



LAT
25 GAZETY
miesięcznik
GDĄSKIĘGÓ UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
ISSN 1506-9745
AMG

Rok 25

Kwiecień 2015

nr 4 (292)



Wesołych Świąt

Z ŻYCIA UCZELNI



Uczestnicy części finałowej Konkursu Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym, od lewej: dr hab. Piotr Kowalski, prof. Jadwiga Renata Ochocka, Kamila Formela, Malwina Krause, Małgorzata Patejko, Iga Czyż, Dominika Glamowska, Wojciech Gostomczyk, Maciej Wittbrodt, dr hab. Anita Kornicka



Wzruszający koncert na rzecz Hospicjum bł. ks. Michała Sopoćki w Wilnie odbył się 28 marca br. w sali Ratusza Staromiejskiego w Gdańsku. Wystąpili bezinteresownie: Julia Iwaszkiewicz – sopran, Karolina Dziwniel – mezzosopran i prof. Bogdan Kułakowski – fortepian. O działalności i trudnościach z jakimi boryka się jedyne na Litwie Hospicjum opowiedziała jego dyrektor – siostra Michaela Rak



Pracownicy Uczelnianego Centrum Rekrutacji uczestniczyli w XXI Targach Akademia 2015, które odbyły się w dniach 30-31 marca br. na Wydziale Prawa i Administracji UG na Bałtyckim Kampusie Uniwersytetu Gdańskiego w Gdańsku-Oliwie

W numerze...

MOBI4Health – rozwój Projektu	4
Futuralia? Portugalia?	6
Czekamy na brazylijskich studentów	7
GUMed w Kartuzach i w Bytowie	8
II Konferencja dermatologów	9
Dr Mirosław Batko laureatem Nagrody im. Aleksandry Gabrysiak	9
Wizyta chirurga w Kraju Kwitnącej Wiśni ..	10
Genetycy kliniczni z Europy w Gdańsku ..	11
Dr Wanda Bieńska „Dokta” (1911-2014) ..	12
Wskaźnik absurdu	14
Wystawa – medycyna wileńska w II RP ..	17
Konkurs Prac Magisterskich na WF	18
XXI Letnia Szkoła Biotechnologii	18
Postępy w diagnostyce i leczeniu PCOS ..	19
Dr hab. Maciej Śmiałowski wyróżniony ..	19
Wileńskie Pogotowie Ratunkowe	20
Podręcznik dla młodych naukowców	24
Dyplomy dla absolwentów arteterapii	25
Akademickie Mistrzostwa Pomorza	25
Zenobia Ewa Boj (1918-2009)	26
Dary dla małych pacjentów	27
Horyzont 2020 – szanse i możliwości ..	28
Spór o aborcję	30
Etyka słuchania – Rozmowy z pacjentem ..	35
Senat GUMed	35
Ważne informacje MNiSW	36
Stowarzyszenie Muzeów Uczelnianych ..	37
Próbné egzaminy Cambridge	38
Tajemnice z muzealnej półki	38
Sukces torakochirurga i IFMSA-Poland ..	39
Światowy Dzień Nerek	40
Nowi doktorzy	41
Na Targach Ofert Edukacji Akademickiej ..	42
Kadry GUMed i UCK	42
Nocne zmagania wodnych ratowników ..	43
Akcja <i>Nie bądź gapa, skasuj raka!</i>	44

GAZETA AMG

Redaguje zespół: Wiesław Makarewicz (red. naczelny), Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok, Wiktoria Filipkowska (Remedium), Przemysław Waszak (Remedium), Tadeusz Skowrya (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 720 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 WKB S.A. Oddz. Gdańsk
76 10901098 0000 0000 0901 5327



W dniu 12 marca 2015 r. zmarła

lek. Krystyna RADATZ-TRZASKA

absolwentka Oddziału Pediatrycznego Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z roku 1958. Dyplom lekarza otrzymała w 1961 r. Specjalista drugiego stopnia w zakresie chorób dziecięcych. Przez wiele lat zajmowała się sprawami adopcji dzieci i rodzin zastępczych oraz pracowała w Szpitalu Dziecięcym przy ul. Polanki w Gdańsku-Oliwie jako ordynator Oddziału Przewlekłych Chorób Płuc. Po przejściu na emeryturę w 62 roku życia przez kolejnych 10 lat pracowała w Konsultacyjnej Poradni Chorób Płuc i Alergii w tym samym Szpitalu. Z wielkim żalem i smutkiem żegnamy troskliwego i zasłużonego lekarza, wielkiego przyjaciela małych pacjentów.

W dniu 22 marca 2015 r. zmarła

dr n. przyr. Magdalena SZTABA-KANIA

absolwentka kierunku analytyka medyczna na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Gdańsku; dyplom magistra otrzymała w 1974 r. W latach 1974-1978 pracowała w Szpitalu Wojewódzkim w Gdańsku, Wojewódzkiej Przychodni Skórno-Wenerologicznej, następnie od 1979 r. w Wojewódzkim Zespole Chorób Zakaźnych z oddelegowaniem do Samodzielnej Pracowni Immunologii Instytutu Patologii AMG. Od 1986 r. przeszła na stanowisko starszego asystenta jako nauczyciel akademicki w Katedrze i Klinice Dermatologii, Wenerologii i Alergologii. W 1982 r. uzyskała stopień naukowy doktora nauk przyrodniczych i awansowała na stanowisko adiunkta, na którym pozostawała do roku 2001. Uznana za specjalistę II stopnia w zakresie immunologii klinicznej. Następnie pracowała w Klinice nadal jako specjalista do roku 2005. Z bólem i smutkiem żegnamy wybitnego znawcę immunologii klinicznej i utalentowanego nauczyciela akademickiego.

Centrum Biotechnologii Molekularnej dla Zdrowego Życia
na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii UG i GUMed

Do wyzwań przyszłości trzeba się szybko dostosować

Jak to się zaczęło?

Uruchomienie projektu MOBI4Health, czyli tzw. *kick-off meeting* odbyło się 16 października 2013 r. na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii UG i GUMed (MWB). Przedstawiono wtedy cele Projektu, na które otrzymano wsparcie z funduszy europejskich na 3,5 roku realizacji (1.06.2013-30.11.2016) w wysokości 5,2 mln €, w tym dotacja UE 4,7 mln €. Sukces ten był rezultatem długich starań o finansowanie w ramach poziomej inicjatywy REGPOT z 7 Programu Ramowego Unii Europejskiej na zwiększenie potencjału jednostek naukowo-badawczych znajdujących się w regionach konwergencji. Wygrana w mocno obsadzonym konkursie była znaczącym osiągnięciem Wydziału, a w szczególności koordynatora Projektu – prof. Krzysztofa Bielawskiego i zgromadzonej wokół niego grupy inicjatywnej.

Co już osiągnęliśmy?

Głównym celem Projektu jest uzyskanie znaczącego wzrostu potencjału badawczego MWB w dziedzinie biotechnologii molekularnej opartej na nowoczesnej analityce spektralnej mas cząsteczek biologicznych. W tym celu zakupiliśmy dwa systemy spektrometrii mas MALDI TOF dla genomiki i proteomiki funkcjonujące z systemami wizualizacji MALDI Imaging i Orbitrap LC-MS System do rozdzielu związków natywnych. Pozybrane aparaty to: MassArray® Analyser 4MALDI-TOF/TOF 5800, QTRAP6500, TripleTOF 5600+ i parę nieco mniejszych. Do ich obsługi zatrudniono i przeszkolono na miejscu 2 naukowców, dzięki czemu aktualnie Laboratorium Spektrometrii Mas jest w pełni operacyjne. Fundusze przeznaczone na wzrost potencjału osobowego Wydziału pozwoliły na zatrudnienie na czas realizacji Projektu, poza specjalistami w zakresie spektrometrii mas, jeszcze 6 doświadczonych badaczy w drodze otwartego konkursu. W tej grupie jedna osoba pochodzi z kraju spoza UE, a trzy inne to nasi rodacy, którzy powrócili do kraju po dłuższych stażach zagranicznych. Jest oczywiste, że



stabilizacja ich pozycji w przyszłości, poza okresem finansowania z Projektu zależeć będzie od sukcesów w prowadzonych badaniach i staraniach o granty naukowe.

Od samego początku trwa aktywna wymiana doświadczeń z 10 naukowymi instytucjami zagranicznymi zaproszonymi do Projektu. Dotychczas była realizowana w formie wizyt eksperckich u naszych konsorcjantów (7 osób), krótszych pobytów partnerskich naszych (4) lub zagranicznych (2) naukowców i 2 dłuższych pobytów naszych badaczy za granicą. Te kontakty dały możliwość przyspieszenia zarówno wspólnie prowadzonych badań, jak i publikowania ich wyników w najlepszych czasopismach naukowych.

Fundusze Projektu pozwoliły na opłacenie kosztów 9 publikacji w renomowanych czasopismach naukowych działających w systemie *Open Access*, co dało lepszą rozpoznawalność naszych osiągnięć w środowisku. Dzięki funduszom Projektu łącznie 53 naukowców z Wydziału mogło aktywnie uczestniczyć w 8 krajowych, 16 zagranicznych europejskich i 9 pozaeuropejskich konferencjach i warsztatach naukowych. Te ostatnie dotyczyły szkolenia w dziedzinie spektroskopii mas przeprowadzonych w tzw. laboratoriach demonstracyjnych firmy Agena Biosciences (dawniej Sequenom) oraz AB Sciex.

Wydział, aspirując do pozycji ośrodka referencyjnego w dziedzinie spektrometrii mas w naukach przyrodniczych, zorganizował w ramach Projektu 3 praktyczne warsztaty dotyczące zastosowań tej techniki w proteomice i genomice (24-27.06.2014 r.), w molekularnej diagnostyce chorób ludzi, zwierząt i roślin (21-22.10.2014 r.) oraz w syntezie przyjaznych środowisku białek i lipidów przeznaczonych dla przemysłu (17-19.03.2015 r.). Wzięto w nich udział od 6 do 9 zaproszonych wykładowców/instruktorów i łącznie od 90 do 140 uczestników, z których ok. 30-40 uczestniczyło również w zajęciach praktycznych.



Wysokorozdzielczy system mikroLC-ESI-MS/MS AB SCIEX TripleTOF 5600+

Systematycznie dbamy o promocję Projektu i działalności naukowej Wydziału, co przede wszystkim objawia się wyraźnym wzrostem liczby publikacji w najlepszych czasopismach naukowych w ostatnim okresie, ale również w postaci szeregu artykułów informacyjnych i promocyjnych w prasie uniwersyteckiej i w Internecie. Wreszcie, nie mniej ważna jest promocja aktywności innowacyjnej Wydziału, która zorganizowana została w formie implementowanego programu sieciowego *Technology Watch* identyfikującego patentowalne osiągnięcia naukowe. W jej wyniku wysłano już 3 zgłoszenia patentowe i analizowano kilka kolejnych projektów o potencjalnych walorach komercyjnych. Do zgłoszenia przygotowywane są m.in. metody dotyczące: 1) nowej szczepionki przeciwko *Helicobacter pylori*, 2) nowoczesnej platformy detekcji i różnicowania infekcji wirusowych, 3) użycia bakulowirusa jako biopestycydu, 4) nowej metody detekcji wirusów RNA, 5) nowej platformy produkcji szczepionki przeciwwirusowej.

Przewidując, że kontakt ze stroną biznesową będzie kluczowy w przyszłym rozwoju Wydziału, stworzyliśmy bazę danych i program tworzenia więzi partnerskich o nazwie *Long Healthy Life – Innovations in prevention, diagnostics and therapy of civilization diseases and aging society*. Jest on partnerem zewnętrznego programu *Intelligentne Specjalizacje* działającego



SpectroChip do systemu MALDI TOF Sequenom MassArray Sequenom do analiz genetycznych

w skali regionalnej, ale otwartego na szerszą współpracę krajową i zagraniczną. W tworzonym przez nas porozumieniu *Long Healthy Life* obecnie uczestniczy 48 różnych przedsiębiorstw i instytucji. Pracownicy Wydziału są też systematycznie szkoleni podczas otwartych seminariów o tematyce ochrony innowacji i własności intelektualnej, których już 3 edycje odbyły się w ramach projektu MOBI4Health.

Co planujemy w najbliższym czasie?

Wkrótce (pierwszy wykład w piątek, 10 kwietnia br. o godz. 12.30 w Auli Wydziału przy ul. Kładki 24) rozpoczną się wykłady popularyzujące nauki przyrodnicze przeznaczone dla uczniów i nauczycieli szkół ponadgimnazjalnych prowadzone przez naszych naukowców.

Następne przygotowywane wydarzenia to m.in.: kolejne, trzecie spotkanie międzynarodowej rady naukowej, najważniejsza w projekcie międzynarodowa konferencja o roboczej nazwie *Biotechnologia molekularna w oparciu o spektrometrię mas* oraz ostateczna ocena efektów projektu przez zewnętrznych ewaluatorów. Będą one zsynchronizowane z przeniesieniem się Wydziału do nowej siedziby w budynku na Kampusie UG Oliwa i jego przystosowaniem do celów naukowych, prezentacyjnych i szkoleniowych.

Co dalej?

Powstający nowy budynek na terenie Kampusu Oliwa będzie niewątpliwie solidnym fundamentem działalności Wydziału. Jego 7,9 tys. m² całkowitej powierzchni dostarczy wystarczająco dużo przestrzeni dla badań podstawowych i aplikacyjnych, jakkolwiek prowadzenie działalności komercyjnej nie będzie na razie możliwe ze względu na ograniczenia wynikające z dotacji na jego budowę z Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko. Nie oznacza to jednak, że nie można się do tego typu działań przygotowywać. Sieci powiązań biznesowo-naukowych są przyszłością rozwoju kraju i do takiej przyszłości trzeba się szybko dostosować. Temu wyzwaniu bardzo pomaga realizacja projektu MOBI4Health będąca u podstaw długofalowej strategii rozwoju Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

prof. Andrzej C. Składanowski,
lider pakietu pracy WP6 w projekcie MOBI4Health



System mikroLC-ESI-MS/MS AB SCIEX QTRAP 6500

Dane Projektu:

koordynator Projektu: prof. Krzysztof Bielawski
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed,
ul. Kładki 24, 80-822 Gdańsk
tel. +48 58 523 63 14
e-mail: bielawski@biotech.ug.edu.pl
www.mobi4health.ug.edu.pl

kierownik Projektu: mgr Izabela Raszczuk
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed,
ul. Kładki 24, 80-822 Gdańsk
tel. +48 58 523 64 06
e-mail: i.raszczuk@biotech.ug.edu.pl

Projekt MOBI4Health jest finansowany z 7 Programu Ramowego Unii Europejskiej w zakresie badań i rozwoju technologicznego, grant nr 316094 jest dofinansowany ze środków Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

Futuralia? Portugalia?

Na największych uczelniach wyższych w Portugalii studenci zagraniczni stanowią ponad 10% ogółu studentów, średnia wynosi 7,3%. Jest to spore osiągnięcie jak na kraj, w którym poziom organizacji i finansowania wyższych uczelni nie jest wysoki. Dla porównania w Polsce współczynnik ten wynosi 1,3%. Studia licencjackie (*licenciatura*) na uniwersytetach trwają 3 lub 4 lata i umożliwiają uzyskanie tytułu *licenciado*. Na politechnikach nauka trwa 3 lata. Studia II stopnia (*mestrado*) – trwające od 1,5 roku do 2 lat – kończą się tytułem magistra (*mestre*). Tytuł doktora (*doutor*) otrzymuje się po kolejnych 3 latach nauki, zakończonej obroną pracy doktorskiej. W przypadku niektórych kierunków dostępna jest też ścieżka zintegrowana, tzn. 5- lub

W XV-XVI wieku Portugalia była potęgą światową, ale utraciła znaczną część swojej zamożności i statusu wraz ze zniszczeniem Lizbony przez trzęsienie ziemi (1755 r.), okupacją w czasie wojen napoleońskich oraz utratą kolonii brazylijskiej (1822 r.). W 1985 r. Portugalia została przyjęta do Unii Europejskiej. Publiczne szkolnictwo wyższe w Portugalii obejmuje 15 uniwersytetów i 20 szkół zawodowych, między innymi technicznych, hotelarskich, pielęgnarskich. Sektor prywatny obejmuje kilkadziesiąt szkół szczebla uniwersyteckiego i pozauniwersyteckiego. Działają tam również cztery wyższe uczelnie wojskowe oraz jeden uniwersytet katolicki. Najstarszą wyższą uczelnią Portugalii jest Coimbra University, założony w 1290 r., wielokrotnie przenoszony do Lizbony, aby na stałe powrócić do Coimbrzy w 1354 r.

6-letnie studia magisterskie (od razu po maturze).

Od 7 lat w Lizbonie odbywają się targi edukacyjne FUTURALIA. W tegorocznej edycji, która odbyła się w dniach 11-14 marca br. w ramach projektu *Study in Poland* uczestniczyli przedstawiciele 13 polskich uczelni wyższych. Głównym celem udziału w targach była promocja polskiego szkolnictwa wyższego i przyciągnięcie na studia do Polski młodzieży z Portugalii. W targach wzięli udział również przedstawiciele GUMed-u prezentując naszą ofertę anglojęzyczną z naciskiem na nowy kierunek studiów licencjackich – *Nursing*, który uruchamiamy w nadchodzącym roku akademickim.

Liczny udział polskich uczelni w targach w Lizbonie spowodowany był tym, że Portugalczycy, obok Hiszpanów i Turków, stanowią najszybciej powiększającą się grupę obcokrajowców studiujących w Polsce. W roku akademickim 2009/10 było w Polsce 23 studentów z Portugalii, a w roku akade-



Czekamy na brazylijskich studentów



Ciência sem Fronteiras (Science without Borders) czyli Nauka bez Granic to program rządu brazylijskiego mający na celu promowanie i poprawę współpracy pomiędzy instytucjami szkolnictwa wyższego w Europie i Brazylii oraz wzmocnienie i rozszerzenie inicjatyw brazylijskich związanych z nauką, technologią, innowacją i konkurencyjnością poprzez międzynarodową mobilność studentów, doktorantów i pracowników naukowych.

Program jest skierowany głównie do studentów nauk ścisłych oraz technicznych, medycyny, informatyki i umożliwia

najzdolniejszym studentom kształcenie na najlepszych światowych uniwersytetach. O stypendia mogą się ubiegać studenci brazylijscy odnoszący sukcesy w konkursach naukowych lub mający własny dorobek naukowy. W ramach pierwszej edycji Programu utworzono około 110 tys. stypendiów naukowych do roku 2015 na całym świecie.

Polska przystąpiła do Programu w 2013 roku podpisując dwa porozumienia: między Konferencją Rektorów Akademickich Szkół Polskich (KRASP) a Krajową Radą Rozwoju Naukowego i Technologicznego (CNPq) Federacyjnej Republiki Brazylii oraz Radą Rektorów Uniwersytetów Brazylijskich (CRUB). W ramach umowy podpisanej pomiędzy Polską a Brazylią strony zobowiązały się m.in. do wymiany studentów, doktorantów i pracowników naukowych.

W celu zachęcenia młodych Brazylijczyków do przyjazdu do polskich uczelni Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego i KRASP przy ogromnym wsparciu Ambasady RP w Brazylii rozpoczęły akcję informacyjną na temat polskich uczelni i możliwości, jakie dają studia w Polsce.

W tym roku kampania promocyjna objęła targi edukacyjne w São Paulo i Kurytybie oraz wizyty w uczelniach i towarzystwach polonijnych w Brasílii i Kurytybie. W zeszłym roku akcja informacyjno-promocyjna trwała 7 dni, podczas których odbyło się 15 spotkań, w tym dwa razy targi edukacyjne, wizyty w uczelniach, towarzystwach polonijnych i naszych placówkach dyplomatycznych w trzech miastach: Brasílii, Kurytybie i Rio de Janeiro.

Dzięki naszym staraniom w nadchodzącym roku akademickim GUMed przyjmie pierwszych 10 brazylijskich studentów, którzy odbędą w naszej Uczelni rok swoich studiów medycznych (tzw. Sandwich). Stypendium rządowe opłaca studentom czesne, zakwaterowanie i wyżywienie.

mickim 2013/14 już 166, czyli ponad 7 razy więcej. GUMed co roku, w ramach programu Erasmus+ gości studentów z Politechniki oraz Uniwersytetu Medycznego w Porto.

Udział polskich uczelni w targach bardzo aktywnie wspierała Ambasada RP w Portugalii z ambasadorem prof. Bronisławem Misztalem na czele, dzięki której udało się zaprezentować największe po brytyjskim stoisko zorganizowane przez Fundację Perspektywy, realizującą projekt *Study in Poland*. Przez salony targowe przewinęła się liczba ponad 64 tysięcy młodzieży, dojrzałej, świadomej wagi dokonywanych wyborów, zdyscyplinowanej i z dobrą znajomością języka angielskiego.

Stoisko GUMed odwiedził również przebywający w tym czasie w Lizbonie minister administracji i cyfryzacji Andrzej Halicki. Zaciekał go wątek współpracy Zakładu Medycyny Nuklearnej GUMed oraz Politechniki w Porto, do którego co roku zapraszana jest nasza kadra w celu przeprowadzenia cyklu wykładów (w ramach Programu Erasmus+).

Oprócz targów odbyły się również wizytacje przedstawicieli polskich uczelni na Uniwersytecie Lizbońskim (Wydziale Medycznym) oraz Uniwersytecie ISCTE.

mgr Ewa Kiszka,
kierownik Działu Współpracy z Zagranicą,
Promocji i Projektów Rozwojowych

mgr Ewa Kiszka,
kierownik Działu Współpracy z Zagranicą,
Promocji i Projektów Rozwojowych

GUMed w Kartuzach

Reprezentacja Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawiła ofertę dydaktyczną podczas X Powiatowych Targów *Nauka – praca – kariera*, które zostały zorganizowane 10 marca br. w Zespole Szkół Ogólnokształcących w Kartuzach. Skierowane były one głównie do uczniów dziewięciu szkół ponadgimnazjalnych z terenu powiatu kartuskiego. Podczas imprezy można było zapoznać się z aktualnymi ofertami edukacyjnymi oraz instytucji rynku pracy. W trakcie Targów Uczelniane Centrum Rekrutacji prezentowało nowe stoisko reklamowe, które cieszyło się dużym zainteresowaniem.



GUMed na Targach Edukacyjnych w Bytowie

Pracownicy Uczelnianego Centrum Rekrutacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz studenci promujący kierunek zdrowie środowiskowe prowadzony na Wydziale Nauk o Zdrowiu, uczestniczyli 13 marca 2015 r. w Targach Edukacyjnych *Przyszłość 2015* w Bytowie. Podczas targów, które skierowane były głównie do uczniów z powiatu bytowskiego, swoją ofertę prezentowały uczelnie z województw: pomorskiego, kujawsko-pomorskiego i zachodnio-pomorskiego. W trakcie imprezy przyszli studenci mogli zapoznać się z ofertą edukacyjną oraz warunkami rekrutacji i studiowania.



70-lecie Gdańskiej Kliniki Dermatologicznej 1945-2015

II Konferencja

DERMATOLOGIA, WENEROLOGIA I ALERGOLOGIA 2015

22–24 PAŹDZIERNIKA 2015 ROKU

Szczegółowe informacje oraz rejestracja on-line na stronie:

WWW.DERMATOLOGIA.VIAMEDICA.PL

Dr Mirosław Batko laureatem Nagrody im. Aleksandry Gabrysiak

Podczas XXXIII Okręgowego Zjazdu Lekarzy, który obradował 21 marca br. w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku odbyła się uroczystość wręczenia Nagrody im. Aleksandry Gabrysiak za rok 2014. Na wniosek Kapituły laureatem został dr Mirosław Jerzy Batko z Elbląga, zatrudniony w Hospicjum im. Aleksandry Gabrysiak na stanowisku wicedyrektora ds. medycznych.

Dr M. Batko ukończył Wydział Lekarski Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi w roku 1977, jest specjalistą chirurgii i medycyny paliatywnej. Jego działalność lekarska o charakterze prospołecznym daleko wykracza poza zwykłe obowiązki lekarza. W sposób szczególny należy podkreślić udział dr. Batko w wojskowych misjach pokojowych ONZ w Zatoce Perskiej, w byłej Jugosławii i w Libanie. Na misjach pracował łącznie 5 lat w latach 90. ubiegłego wieku jako chirurg, konsultant, ordynator oddziału chirurgicznego i wreszcie jako szef służby zdrowia całej misji w Libanie.

Oprócz działalności ściśle lekarskiej organizował tam pomoc humanitarną oraz udzielał pomocy leczniczej ludności cywilnej. Za tę działalność dr Batko został ośmiokrotnie odznaczony przez Sekretarza Generalnego ONZ medalem „W Służbie Pokoju”. Od 1995 r. dr Batko pracuje jako lekarz hospicjum domowego i stacjonarnego w Elblągu z przerwą w latach 1997–1998 na misję w Libanie. Po przejściu w 1999 r., w stopniu podpułkownika, z czynnej służby wojskowej do pracy cywilnej, poświęcił się całkowicie służbie chorym. Obok pracy w Hospicjum stacjonarnym i domowym dr Batko opiekuje się pacjentami w Poradni Medycyny Paliatywnej oraz prowadzi szkolenia dla lekarzy, pielęgniarek i wolontariuszy. W przeszłości, jeszcze



Na zdjęciu od prawej: laureat Nagrody dr M. Batko, przewodnicząca Kapituły prof. G. Świątecka, prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku dr R. Budziński

przed etatową pracą w Hospicjum, dr Batko jako wolontariusz współpracował z patronką Nagrody – dr Aleksandrą Gabrysiak.

Dr Mirosław Batko jest lekarzem, który na podobieństwo dr Oli niesie pomoc chorym hospicyjnym, nie szczędząc własnego czasu i sił. Niesie im wsparcie, nadzieję i ukojenie, zawsze ma czas, by wysłuchać chorego. W swoim środowisku pracy postrzegany jest jako człowiek głębokiej wiary. Jest powszechnie cenionym i lubianym kolegą, zwierzchnikiem, lekarzem.



Sakura... see the beauty in falling cherry blossoms

Wizyta chirurga w Kraju Kwitnącej Wiśni

Ulotne piękno natury to chyba najważniejszy przekaz z wizyty w Japonii. Całe rodziny i grupy pracowników spotykają się w czasie kwitnienia drzew wiśni i kontemplują ten niezauważany w innych częściach świata moment. Czy Japończycy widzą co innego niż my patrząc na opadający kwiat wiśni wirujący na delikatnym wietrze? Obawiam się że tak. I od tego trzeba zacząć relację z wyjazdu na Scientific Meeting of Japan-Hungary-Poland Surgical Society Triangle Symposium 2014 w Tokyo w dniach 17-19 października 2014 roku.

W Konferencji wzięli udział także przedstawiciele innych polskich uczelni z Białegostoku, Wrocławia, Lublina, Łodzi i Katowic. Polska delegacja składała się z 33 osób, a jej koordynatorem był prof. Wojciech Kielan. Główną tematyką spotkania było leczenie operacyjne chorób nowotworowych przewodu pokarmowego oraz wątroby. Konferencja została zorganizowana przez narodowe towarzystwa chirurgiczne i była skoncentrowana na praktycznym aspekcie leczenia i strategii postępowania. Spośród poruszanych tematów najbardziej ciekawe zagadnienia dotyczyły japońskich doświadczeń w leczeniu raka żołądka w postaci wczesnej oraz raka przełyku. Diagnostyka i leczenie tych dwóch schorzeń w Japonii stanowi niedościgniony model dla zachodniego świata. Niesamowitym doświadczeniem zawodowym było zagłębienie się na kilka dni w atmosferę tego jak oni to robią.



Od prawej: prof. Paweł Lampe z Katowic, Masaki Kitajima – prezydent Konferencji, dr Katarzyna Kuśnierz i Sławomir Mrowiec (oboje z Katowic) oraz piszący te słowa

Miałem możliwość spędzić w Uniwersytecie w Nagoi staż naukowy w dziedzinie chirurgii wątroby i żołądka w Division of Surgical Oncology, Department of Surgery kierowanym przez prof. Masato Nagino. Profesor Nagino wyraził gotowość prowadzenia wspólnego programu kwalifikacji do zabiegów resekcyjnych wątroby w oparciu o protokół stosowany w Nagoi.

Dzięki uprzejmości strony japońskiej i polskiemu koordynatorowi spotkania prof. Wojciechowi Kielanowi, otrzymałem także możliwość pozostania w Uniwersytecie Keyo w Tokyo po zakończeniu sympozjum. Przebywałem w jednostce kierowanej przez prof. Masaki Kitajima, a moim patronem był prof. Norihito Wada. Poznałem sposoby prowadzenia badań w zakresie leczenia wczesnego raka żołądka i chirurgii wątroby oraz programów klinicznych i oceny wyników odległych leczenia. Miałem także możliwość obejrzenia zabiegów chirurgicznych. Szczególnie w raku żołądka, ale także w raku trzustki, japońscy chirurdzy wykonują najbardziej rozległe usunięcie węzłów chłonnych. Zasadność takiego postępowania to przedmiot nierozstrzygniętej dyskusji między naukowcami z Japonii i światem zachodnim. Obserwowałem jaką jest ich strategia postępowania i sam aspekt techniczny tego typu zabiegów. Uczestniczyłem w pracy szpi-



Świątynia Shibamata Taishakuten w Tokio. Drzewo w głębi to 700-letnia sosna, której wysokość jest znacznie niższa niż długość dwóch najniższych konarów. Drzewo jest przedmiotem dumy i zachwytu Japończyków



Zjazdowy lunch – w górnej części produkty surowe, ser, grzybki, coś na słodko i mały kawałek mięsa, u dołu po lewej porcja ryżu ze smażonymi larwami, po prawej marynaty

tala Uniwersytetu Keyo od izby przyjęć, przez kwalifikacje interdyscyplinarne i zabiegi operacyjne, zabezpieczenie materiału do badań naukowych po pracę w poradni chirurgicznej i ocenę wyników leczenia. Doświadczylem wielkiej serdeczności i otwartości gospodarzy.

Czy można wdrożyć japoński sposób pracy w Polsce? To pytanie towarzyszy nam od słynnego stwierdzenia Lecha Wałęsy z września 1981 roku, że Polska może być drugą Japonią... Jestem pewien, że tak, potrzebni są jednak do tego Japończycy, a przynajmniej ludzie, którzy potrafią kontemplować przez kilka godzin opadające kwiaty drzew wiśniowych. To oczywiście przenośnia, ale nie do końca. Praca naukowców i lekarzy japońskich jest oparta na fundamentach kultury tego narodu i filozofii Shinto.

Po powrocie z tego egzotycznego kraju przypomniałem sobie wykład prof. Takashi Wakabayashi z 12 maja 2006 roku wygłoszony w restauracji na Starym Mieście w Gdańsku w czasie konferencji studenckiej ISSC. Profesor Wakabayashi rozdał słuchaczom agendę wykładu w formie spisanych na kartce trzech punktów. Pierwszy z nich to: *Difference in the way of thinking between inside and outside of Japan*. Przez lata myślałem, że należy podpatrywać sposoby postępowania największych ośrodków naukowych w Europie, Stanach Zjednoczonych czy właśnie w Japonii. Po wizycie w dwóch japońskich uczelniach doszedłem do wniosku, że największą różnicą, która determinuje osiągnięcia za granicą jest sposób myślenia i rozwiązywania zagadnień... czyli filozofia pracy lub filozofia nauki, jak kto woli, a nie aspekt techniczny czy koncepcyjny.

Podczas pobytu miałem okazję zobaczyć kilka zabytków kultury tej odległej cywilizacji. Pojechałem zobaczyć tysiącletni las z tysiącletnią ostoją kultury w Nikko i wdrapałem się do ósmej z dziesięciu stacji, zamkniętego niestety od sierpnia, szlaku na świętą górę Fuji.

W mojej ocenie wyjazd uważam za niezwykle ciekawy i owocny. Dzięki niemu nawiązałem kontakty naukowe z dwoma ośrodkami uniwersyteckimi. Zakres tej współpracy koresponduje z zainteresowaniami naukowymi jednostki, w której pracuję. Liczę na to, że ta współpraca przyniesie wymierne efekty w przyszłości. Czekam na czas kwitnienia wiśni w naszym kraju, chcę spróbować zobaczyć Sakura...

dr hab. Stanisław Hać,
Klinika Chirurgii Ogólnej,
Endokrynologicznej i Transplantacyjnej

Genetycy kliniczni z Europy obradowali w Gdańsku

Prof. Janusz Limon oraz **dr Beata Lipska-Ziętkiewicz**, pracownicy Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki GUMed uczestniczyli w spotkaniu grupy roboczej ds. unifikacji programu nauczania z zakresu genetyki klinicznej Europejskiej Rady Lekarzy Specjalistów (fr. Union Européenne des Médecins Spécialistes – UEMS). Odbывало się ono w dniach 3-5 marca br. w Gdańsku. Spotkaniu przewodniczył prof. Ulf Kristoffersson, przewodniczący Sekcji ds. genetyki klinicznej UEMS.



Naszą Uczelnię reprezentowali prof. Janusz Limon oraz dr Beata Lipska-Ziętkiewicz, pracownicy Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki

W czerwcu 2014 r. Sekcja ds. genetyki klinicznej przy UMES wraz z Europejskim Towarzystwem Genetyki Człowieka wystąpiła z inicjatywą opracowania wspólnego minimum programowego specjalizacji w tej dziedzinie dla lekarzy podejmujących szkolenie w państwach członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego (obecnie w UEMS reprezentowanych jest 30 państw). W związku z obserwowanym w ostatnim czasie lawinowym postępowaniem wiedzy z zakresu genetyki człowieka, jak również związanym z tym coraz szerszym dostępem do nowoczesnej diagnostyki molekularnej konieczne jest ustalenie zakresu wiedzy i umiejętności praktycznych, jakimi charakteryzować powinien się lekarz specjalista w tej dziedzinie.

In memoriam

Dr Wanda Błęńska „Dokta” (1911-2014)

W wieku 103 lat odeszła wybitna lekarka, misjonarka i patriotka, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego z roku 1934. Gimnazjum żeńskie ukończyła w Toruniu. Na studiach działała w Akademickim Kole Misyjnym. W latach 1934-1936 pracowała w Szpitalu Miejskim w Toruniu, w latach 1936-1939 jako zastępca kierownika Filii Państwowego Zakładu Higieny w Toruniu (PZH), a w latach 1939-1945 jako laborantka.

Wanda Maria Błęńska urodziła się 30 października 1911 r. w Poznaniu. Ojciec miał na imię Teofil, a matka Helena z domu Brunz. W czasie wojny była podporucznikiem AK, członkiem organizacji Gryf Pomorski, komendantką oddziału kobiecego w obwodzie toruńskim AK. Po wojnie prowadziła szpital miejski w Toruniu. W latach 1945-1946 pracowała w Państwowym Zakładzie Higieny i w Akademii Lekarskiej w Gdańsku.

Dokumenty zachowane w aktach osobowych ówczesnej Akademii Lekarskiej w Gdańsku (teczka 175/76) wskazują, że ubiegała się o zatrudnienie w Klinice Położniczo-Ginekologicznej, jednak etatu nie otrzymała. Została natomiast przyjęta z dniem 28 września 1945 r. na etat starszego asystenta w Zakładzie Biologii i Parazytologii ze względu na opanowaną technikę bakteriologiczną i zainteresowania medycyną tropikalną. Zakładem kierował wówczas doc. Eugeniusz Nowicki, który jednocześnie został dyrektorem Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej wchodzącego wówczas w skład Akademii. Wanda



Dr Wanda Błęńska, 2013 r. (zdjęcie z archiwum redakcji Faktów UMP)

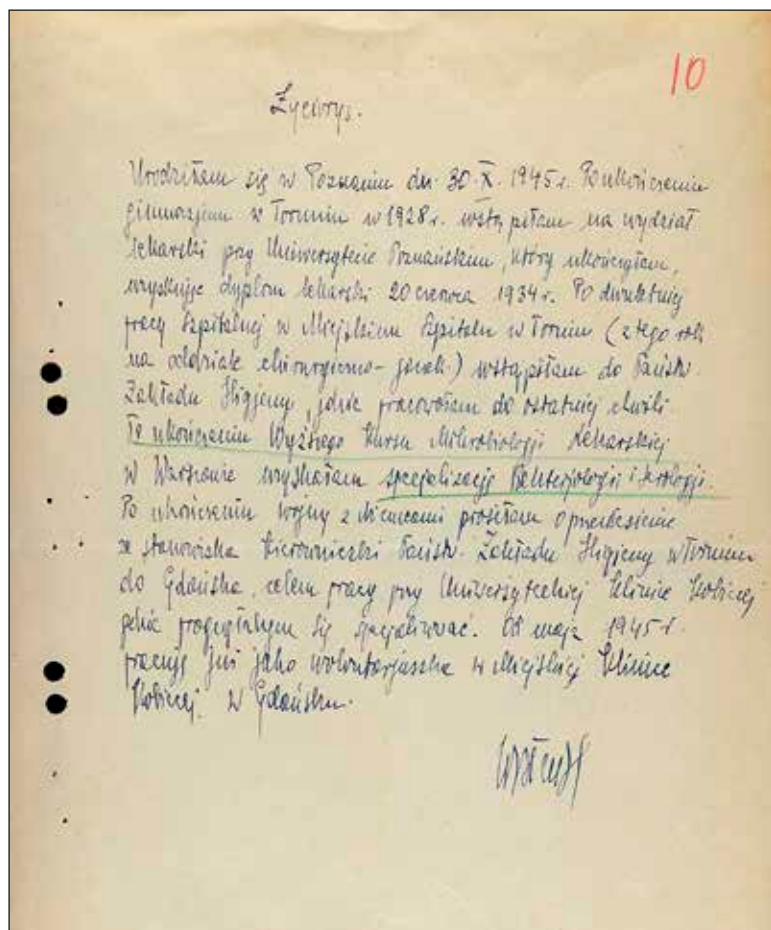
Błęńska była także zatrudniona jako kierownik Działu Bakteriologii Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej (PZH) oraz prowadziła równolegle zajęcia z parazytologii ogólnej i parazytologii tropikalnej dla studentów Wydziału Lekarskiego. W maju 1946 roku ubiegała się o przedłużenie zatrudnienia na tym stanowisku, jednak Rada Wydziału nie poparła jej wniosku i stosunek pracy został rozwiązany z dniem 31 sierpnia 1946 r. Pismo w tej sprawie w imieniu Rektora podpisał ówczesny prodziekan Wydziału Lekarskiego prof. Tadeusz Pawlas. W roku 1946 doc. E. Nowicki wyjechał z kraju.

W 1946 r. przeniosła się do brata do Hanoweru. Tam ukończyła kursy medycyny tropikalnej, następnie odbyła podyplomowe studia w Instytucie Medycyny Tropikalnej i Higieny na Uniwersytecie w Liverpoolu. Wyjechała do Afryki, gdzie w latach 1951-1994 pracowała w ośrodku leczenia trądu w Bulubie nad Jeziorem Wiktorii w Ugandzie; w latach 1951-1983 była tam lekarzem naczelnym. W Afryce spędziła 43 lata, rozwijając działalność lekarską i edukacyjną. Nazywano ją Matką Trędowatych i „Doktą”. Tego pseudonimu używała także w Armii Krajowej podczas okupacji.

Do Polski wróciła w 1993 r. i osiedliła się w Poznaniu. Zmarła 17 listopada 2014 r. Pochowana została 3 grudnia na Cmentarzu Jeżyckim w Poznaniu.

Zasługi Zmarłej zostały uznane przez autorytety akademickie, polityczne i moralne na świecie. Między innymi została uhonorowana Krzyżem Wielkim Orderu Odrodzenia Polski przez prezydenta Bronisława Komorowskiego, Orderem Świętego Sylwestra przez papieża Jana Pawła II, Krzyżem Komandorskim z Gwiazdą Orderu Odrodzenia Polski przez prezydenta Lecha Wałęsę, dwukrotnie Krzyżem Kawalerów Maltańskich, a także wyróżnieniami akademickimi, honorowym obywatelstwem miast w Polsce oraz patronatem szkół i oddziałów szpitalnych.

Odeszła Osoba wielkiego serca, nieustraszonego ducha, niezwyklej skromności i siły, którą dawała innym. Każdy komu było dane spotkać na swej drodze śp. Wandę Błęską, na pewno nigdy Jej nie zapomni.





Dr Wanda Błęńska (zdjęcie z akt osobowych ALG, teczka 175/76, 1945 r.)

Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. Jacek Wysocki pożegnał Zmarłą na łamach dwumiesięcznika *Fakty UMP* 6/2014 takimi pięknymi słowami: *Z głębokim żalem informuję, że w ostatnim czasie odeszły z grona uniwersyteckiej społeczności wybitne Osoby, które swoją pracą, osiągnięciami, postawą przyczyniły się do budowania autorytetu naszego Uniwersytetu. Stanowiły i stanowią będą wzór dla grona współpracowników i studentów.*

Doktor Wanda Błęńska

Doktor honoris causa Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

lekarz, leprolog, absolwentka Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Poznańskiego z roku 1934, nauczyciel wielu pokoleń lekarzy leprologów oraz studentów, organizatorka centrum leczenia trędowatych w Bulubie oraz systemu stacji leczniczych w Ugandzie, uhonorowana tytułem Matka Trędowatych, twórcza ośrodka edukacyjnego Wanda Błęńska Leprosy Training Center dla personelu paramedycznego w stacjach opieki nad trędowatymi w Afryce, honorowy wykładowca leprologii na Uniwersytecie w Kampali (Uganda), animatorka fundacji pomocy humanitarnej Redemptoris Missio powstałej dla wspierania ośrodków medycznych przy misjach w krajach Trzeciego Świata. W czasie II wojny światowej żołnierz Armii Krajowej i więzień gestapo. Żyła 103 lata. Jej pracowite i piękne życie stanowić będzie niekwestionowany wzorzec dla lekarzy i studentów.



Powołanie Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii

Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii powstał w dniu 1 czerwca 1993 roku, w wyniku integracji środowiska akademickiego Wybrzeża. Różni się on od innych wydziałów międzyuczelnianym charakterem – w jego tworzeniu wzięły udział Akademia Medyczna w Gdańsku, Uniwersytet Gdański oraz inne instytucje naukowe. Powstały Wydział ma charakter uniikatowy także ze względu na całkowicie indywidualny (kredytowy) system nauki. Studenci Wydziału będą korzystali z wiedzy i doświadczenia pracowników Akademii Medycznej, Uniwersytetu Gdańskiego i Politechniki Gdańskiej oraz kilku innych placówek naukowych Wybrzeża. Do ich dyspozycji będą laboratoria i aparatura badawcza powyższych instytucji. W kształceniu przewidziany jest także udział zagranicznych specjalistów. Wydział skupia naukowców wielu dziedzin nauk biologicznych. Aktualnie strukturę Wydziału tworzy 16 zespołów naukowo-badawczych, dysponujących wysokim potencjałem intelektualnym i nowoczesną aparaturą naukową. [...] Uroczysta inauguracja działalności Wydziału, połączona z immatrykulacją 34 studentów przyjętych na pierwszy rok studiów, odbyła się 14 października 1993 roku w sali Domu Technika z udziałem rektorów obu Uczelni. Wykład inauguracyjny *Biotechnologia 1940-1993* wygłosił doktor *honoris causa* Uniwersytetu Gdańskiego prof. Wacław Szybalski z Uniwersytetu Wisconsin (USA).

prof. Wiesław Makarewicz, dziekan Wydziału,
Gazeta AMG 12/1993, s. 5

354 zabiegi PTCA w Akademii Medycznej w Gdańsku

[...] Pierwszy zabieg PTCA przeprowadzono w Gdańsku dopiero 5.04.1990 r. u pacjenta I Kliniki Chorób Serca. W tym samym roku wykonano tylko 3 zabiegi PTCA. Opóźnienie to wynikało między innymi z braku odpowiednio wyszkolonych kardiologów oraz kardiologicznej pracowni hemodynamicznej. Początkowo Zabiegi PTCA w naszym ośrodku wykonywane były tylko przez radiologa zajmującego się diagnostyką inwazyjną dr. O. Pętłaka. W tym czasie kardiolodzy przeprowadzali już cewnikowania serca i koronarografie, szkolili się również w Niemczech i innych ośrodkach kardiologicznych w Polsce, aby wkrótce rozpocząć już samodzielne wykonywanie tych zabiegów. Systematycznie zwiększano liczbę badań i zabiegów, mimo, że w tej samej pracowni odbywała się również większość badań naczyniowych wykonywanych przez radiologów, jak też wszystkie badania z kardiologii dziecięcej. W 1990 roku wykonano ogółem 337 badań naczyniowych, w tym około 200 koronarografii i 3 zabiegi PTCA. [...] W 1993 r. została powołana Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia. Od 1990 r. wykonano łącznie 354 zabiegi PTCA. W 1995 r. wśród prawie 1000 badań naczyniowych było już około 700 koronarografii i 132 zabiegi PTCA. [...] Kolejnym przełomem w rozwoju kardiologii inwazyjnej w AMG było rozpoczęcie w 1995 r. implantacji stentów do tętnic wieńcowych.

dr Dariusz Ciećwierz,
Gazeta AMG, 2/1996, s.15

Wskaźnik absurdu

Get me off Your Fucking Mailing List – artykuł pod takim tytułem, składający się z powtarzanego przez 10 stron tego samego dosadnego zdania, został w zeszłym roku oficjalnie przyjęty do publikacji przez naukowe czasopismo *International Journal of Advanced Computer Technology*. Wystarczyło, że autor wpłaci jeszcze 150 dolarów opłaty manipulacyjnej i materiał poszedłby do druku. E-mail z załączonym tekstem obelgą podesłał redakcji tego periodyku australijski naukowiec dr Peter Vamplew, mając nadzieję, że jego adres poczty elektronicznej zostanie w końcu usunięty z listy spammerskiej – był bowiem zasypywany ofertami udziału w bezwartościowych pseudokonferencjach naukowych czy płatnych publikacji w „prestizowych” wydawnictwach. Vamplew sam nie napisał tych słów, sięgnął po głośny list otwarty z 2005 r. dwóch amerykańskich badaczy: Davida Mazieresa i Eddiego Kohlera. Protestowali oni w ten sposób przeciwko organizowaniu spotkań naukowców, których jedynym celem jest zarabianie pieniędzy przez organizatorów. Jakim zaskoczeniem musiała być dla Vamplewa reakcja pisma, które oceniło jego załącznik jako doskonały i zaproponowało publikację za „drobną opłatą”.

Tę kuriozalną historię opisał w blogu Scholarly Open Access Jeffrey Beall, który od 2012 r. na bieżąco aktualizuje swoją listę drapieżnych wydawców, czyli takich, którzy jego zdaniem – delikatnie mówiąc – nie przykładają się do rzetelnej, jakościowej oceny publikowanych artykułów naukowych, byle tylko zarabiać na tym pieniądze.

Swoją środowiskową skandalik miała też Polska – w 2007 r. psycholog Tomasz Witkowski opublikował w popularnonaukowym miesięczniku *Charaktery* pod fikcyjnym nazwiskiem – nieistniejącej w rzeczywistości psychoterapeutki z Francji Renaty Aulagnier – artykuł pt. *Wiedza prosto z pola*, opisujący nową psychoterapię. – Artykuł zawiera same kłamstwa i fantazje niemające absolutnie żadnych podstaw naukowych oraz plagiat dodany przez redakcję. Mogę to stwierdzić ponad wszelką wątpliwość, ponieważ jestem jego autorem, występującym pod pseudonimem Renata Aulagnier – oświadczył po ukazaniu się materiału Witkowski. Tłumaczył, że chciał w ten sposób m.in. wykazać, jak łatwo można rozpowszechnić kompletną bzdurę, przy okazji na tym zarabiając. Że nawet poważne czasopisma chwaliące się radami naukowymi z profesorami i doktorami nie dają gwarancji rzetelności treści, które się na ich łamach ukazują. Redakcja *Charakterów* przyjęła cios z godnością. Przyznała się do błędu, przeprosiła i ogłosiła wprowadzenie zmian proceduralnych, które będą zapobiegać tego typu wypadkom.

Wszystko można policzyć

Te nagłośnione przez media przykłady patologii to niestety tylko wierzchołek góry lodowej. Gra toczy się o zbyt duże pieniądze, dotyczy zbyt wielu grup interesów i zbyt silnie decyduje o losie ludzi i instytucji, by – skądinąd słuszny w założeniach – ogólnosiwiatowy system oceniania jakości pracy naukowej pozostał wolny od degeneracyjnego wpływu ciemnej strony ludzkiej natury. System ten, którego początki sięgają lat 60. ubiegłego wieku, zakłada ilościową ocenę jakości nauki. Wprowadza przeróżnego rodzaju punkty, mierniki, rankingi czy wskaźniki, które dzięki skomplikowanym programom komputerowym nieustannie przeliczają – wydawać by się mogło – niewymierną przestrzeń, czyli wiedzę. Podstawową informacją,

którą komputery miały w swoich systemach operacyjnych, jest publikacja pracy naukowej.

– Publikacja stała się dla naukowców narzędziem wykorzystywanym do rywalizacji na globalnym rynku. A walczyliśmy o ograniczone zasoby – nie tylko uznanie środowiska, lecz przede wszystkim sponsorów. Bez pieniędzy rozwój nauki, badań nie jest dziś możliwy. Dlatego tak istotne było stworzenie systemu ocen pracy naukowców, który byłby akceptowalny na całym świecie, a przy tym uczciwy i prosty. Jest on oczywiście pełen wad i nieustannie jest krytykowany, lecz nikt nie wymyślił na razie innego sposobu. A przecież rządy czy uczelnie muszą mieć jakąś wymierną podstawę, kryterium, by sensownie dzielić i tak niepokrywające wszystkich potrzeb pieniądze – zauważa prof. Roman Cieślak, prorektor ds. nauki Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie.

W połowie lat 50. XX wieku badacz z Filadelfii Eugene Garfield wpadł na pomysł, jak efektywnie wykorzystywać informacje pojawiające się w literaturze naukowej. Opracował metodę oceny czasopism, która miała pomóc w wytypowaniu tych lepszych, publikujących bardziej wartościowe materiały. Swoją metodę nazwał Impact Factorem, wskaźnikiem wpływu czy miarą oddziaływania. Polegało to na obliczaniu średniej liczby cytowań z każdego pisma, które otrzymywał. Rozumował tak: o wartości publikacji decydują inni badacze, którzy się na nią powołują. Tworzony w ten sposób niejako z automatu wskaźnik cytowań wydawał się sprawiedliwym miernikiem osiągnięć naukowca – wszak jeśli na pracę jednego eksperta powołano się stu innych, a na drugiego zaledwie kilku, to wysiłkowi tego pierwszego przypisano większe znaczenie.

Brutalna walka o pieniądze, oszustwa, przekupstwa – najmądrzejsi przedstawiciele ludzkości stworzyli globalny system ocen swoich naukowych dokonań, który zamienił ich świat w piekielko machinacji i tajnych układów. System, który jednocześnie stał się milowym krokiem w rozwoju nauki

Pierwszy indeks cytowań stworzony przez Garfielda – Science Citation Index – ukazał się w 1964 r. i objął około stu tysięcy artykułów opublikowanych dwa lata wcześniej w kilkuset czasopismach. Garfield założył w Filadelfii Instytut Informacji Naukowej (ISI), który zaczął publikować indeks co roku, systematycznie zwiększając listę ocenianych w ten sposób czasopism, czym zapoczątkował trwającą do dziś erę parametryzacji każdej dziedziny nauki. ISI zostało w 1992 r. kupione przez kanadyjską korporację wydawniczą The Thompson Corporation (dziś Thompson Reuters Corporation), która dzięki stworzeniu i przetwarzaniu gigantycznych baz naukowych publikacji i ich autorów uczyniła z Impact Factora ogólnosiwiatowe narzędzie do oceniania. Lista filadelfijska, tak w Polsce przyjęto się nazywać bazy ISI, stała się fetyszem, od którego zależał los jednostek naukowych i pracujących w nich naukowców.

– Nie przewidywaliśmy, że ludzie uczynią z tego wskaźnika narzędzie, za pomocą którego będą podejmowane decyzje o przyznawaniu grantów czy funduszy – dziwił się sam Garfield, widząc, jak jego dziecko podbiło cały glob. – Nadużywanie Impact Factora może doprowadzić do tego, że stanie się on istną plagą – wtórował mu prof. Robert H. Austin z Uniwersytetu w Princeton.

Punkt to pieniądz

Plaga nadeszła. W ślad za Impact Factorem pojawiły się inne wskaźniki – choćby indeks Hirscha, który, mówiąc w uproszczeniu, uwzględnia nie tylko sumaryczną liczbę publikacji i cytowań, lecz także ich częstotliwość. Punktomania szybko zafundowała całemu światu nauki – poszczególne państwa zaczęły wprowadzać własne, lokalne systemy punktacji. Pojawiły się kolejne konkurencyjne bazy i wskaźniki, a jednostki naukowe, autorzy i wydawcy zaczęli bić się o miejsca w tych rankingach. Kilkanaście lat temu szaleńcza parametryzacja literatury pojawiła się także nad Wisłą. Resort nauki zaczął publikować własne listy czasopism naukowych, które są uwzględniane przy ocenie instytucji czy uczelni. Dziś obowiązują listy: A, B i C, ale kryteria umieszczania na nich czasopism zmieniają się – jak kpią krytycy tego rozwiązania – szybciej niż trwa cykl wydawniczy kwartalnika.

W efekcie doszło do sytuacji, w której zbieranie punktów stało się celem samym w sobie. Naukowcy muszą publikować artykuły, by zwiększać swój wskaźnik cytowań. Od tego zależy ich kariera naukowa i szanse na zdobycie sponsorów dla swoich badań. Szukają więc doświadczeń do pism o najwyższej punktacji i szans na wielokrotnienie cytowań. Jednocześnie każda taka publikacja przynosi punkty ich pracodawcom – uczelniom, instytutom czy jednostkom badawczo-rozwojowym. Im więcej te placówki zbierają punktów, tym lepiej wypadają w ocenie parametrycznej ich dorobku naukowego, co z kolei oznacza szansę na większą dotację. Wymagają więc od swoich podopiecznych masowej produkcji artykułów, czasami niezbyt zważając na ich jakość. Z kolei wydawcy starają się awansować w rankingach, by móc oferować autorom publikacji jak najwyższą ich punktację. Wtedy nie będą narzekać na brak chętnych, co oznacza wzrost dochodów. Upowszechnienie internetu okazało się w tej branży przełomem. Wydawcy zaczęli proponować publikację w trybie otwartego dostępu, open access. Oferta jest genialna w swojej prostocie – autor publikuje w czasopiśmie artykuł, który zostaje udostępniony w sieci za darmo dla wszystkich chętnych. Musi jednak za to zapłacić, bo przecież wydawnictwo musi sobie zrekompensować utratę dochodu za mniejszą sprzedaż płatnych egzemplarzy.

– Impact Factor stał się fetyszem. Przy ocenie parametrycznej jednostek naukowych stało się ważniejsze, gdzie publikują ich pracownicy, niż co publikują. W ostatnich czterech latach było w Polsce niemalże milion zdarzeń ewaluacyjnych, czyli przede wszystkim publikacji. Nikt nie jest w stanie tego wszystkiego przeczytać, nie mówiąc o rzetelnej ocenie. System punktowy sprowadził się do oceny naukowca. Dziekan myśli tak: skoro punkty oceniają mój wydział, to ja też ocenę mojego pracownika przez pryzmat punktów, które mi przynosi. Żaden państwowy przepis nie wymaga zdobycia punktów do rozpoczęcia postępowania habilitacyjnego. Ale funkcjonuje niepisane prawo, że bez punktów nie ma na to szans. Młodzi wiedzą to doskonale, dlatego ciążą punkty, jak mogą i bardziej się im oplota pojechać na 15 kiepskich konferencji czy napisać 15 słabych artykułów, niż poświęcić kilka lat na opracowanie dużej monografii – zwraca uwagę na słabość systemu dr Emanuel Kulczycki z Instytutu Filozofii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu, członek Rady Młodych Naukowców.

– Jeśli młody człowiek chce poświęcić się karierze naukowej, musi przede wszystkim myśleć o punktach. Etat na uczelni jest praktycznie nieosiągalny, zawiera się kontrakty czasowe, które łatwo rozwiązać, jeśli nie jest się efektywnym dostawcą punktów swojemu pracodawcy – tłumaczy uczelnianą codzienność Piotr Dzik, wykładowca w Katedrze Projektowania Graficznego i Multimediów Akademii Sztuk Pięknych w Katowicach.

– Warunkiem pozostania na uczelni jest doktorat. A to z kolei oznacza, że trzeba wcześniej zbierać odpowiednią liczbę

punktów. Najlepiej publikować w angielskojęzycznych wydawnictwach, bo są wyżej punktowane od polskich. Oplota się też pisać raczej pojedyncze artykuły niż duże opracowania, bo punktacja podobna, a oszczędza się czas. Niestety, Polakom trudno jest się przebić do prestiżowych pism z teoretyczną pracą, bo tam liczą się konkretne wyniki badań. Ale na ich prowadzenie nie mają zbyt wielu środków, więc jeśli próbują zgłaszać swoje teorie do topowych magazynów, to czekają na odpowiedź po kilka lat. Punktami trzeba się jednak wykazać już teraz, więc pozostaje im publikacja w trybie open access. Niestety, za taki artykuł na 8-10 stron z podaniem źródeł trzeba zapłacić np. tysiąc funtów. A skoro punkty za publikacje jako miernik oceny w ogóle nie mają związku z dydaktyką, to w tych warunkach to cud i wyraz wysokiej etyki środowiska, że jeszcze w ogóle cegogokolwiek uczymy studentów – opisuje Piotr Dzik.

Fabryki cytowań

Gdzie jest popyt, pojawia się podaż. W odpowiedzi na pustawę kieszenie naukowców wyrosły jak grzyby po deszczu firmy, które oferują stosunkowo tani i szybki sposób na podreperowanie punktowego konta. Organizują np. konferencje naukowe, w których udział kosztuje 500-700 zł. W zamian uczestnik spotkania może wygłosić referat, a następnie zostanie on wydany jako rozdział w konferencyjnej monografii.

– Za taką publikację ministerialne przepisy dają z automatu cztery punkty. Spotkałem się z ofertą konferencji, w której uczestnik może zaprezentować dowolny temat z zakresu wszystkich nauk – opisuje dr Emanuel Kulczycki.



W myśl zasady: klient nasz pan, dla zapracowanych naukowców są oferty umożliwiające dopisanie się do monografii bez potrzeby uciążliwych wyjazdów na konferencję. Wystarczy w internetowej ofercie wyszukać interesujący nas temat, wysłać plik z własnym tekstem, opłacić koszt wydania i gotowe. *Cena wydania rozdziału o objętości nie przekraczającej 1 arkusza wydawniczego (40 tys. znaków licząc ze spacjami) wynosi 850 zł netto. Do tej ceny należy doliczyć podatek VAT w wysokości 23 proc.* – brzmi treść jednej z takich ofert.

Ale degeneracja podgryza nawet świat prestiżowych wydawnictw. Redaktor naczelny pewnego estońskiego wydawnictwa z listy filadelfijskiej wymusza od autorów umieszczanie cytatów z jego pisma. Inne każą dopisywać swoich autorów do literatury zawartej na końcu artykułu. Powstają całe spółdzielnie czy farmy cytowań – szefowie kilku pism umawiają się ze sobą i nawzajem wymieniają w publikacjach, by sztucznie zwiększać Impact Factor. Ba, nawet tylko po to są zakładane

w różnych krajach nowe magazyny, by stawać się fabryczkami cytowań. Istnieje nieformalna giełda, na której można po prostu je kupić. Za pieniądze można też załatwić sobie publikację w piśmie z listy filadelfijskiej, z gwarancją pozytywnych recenzji – koszt zaledwie 2 tys. dol., jak obiecuje autor oferty rozsyłanej e-mailem także do polskich naukowców.

Znany jest przypadek wydawnictwa z Ameryki Południowej, które dzięki takim machlojkom zostało sztucznie wywindowane w prestiżowych wysokopunktowanych bazach, dzięki czemu w ciągu roku zarobiło milion dolarów. Ale nawet przy mniejszym rozmachu pieniądze są duże. Jeśli np. za 10-stronicowy tekst autor płaci pismu tysiąc euro, a takich tekstów magazyn wydaje w druku 20 miesięcznie, to ma z tego 20 tys. euro. Ponieważ pisma te wychodzą w małej liczbie egzemplarzy, koszty druku nie są wysokie, a zarobek spory. Eksperci mówią wprost – to wyjątkowo intratny biznes.

Przy takiej ostrej konkurencji i nieczystych zagraniach nawet najbardziej uczciwi wydawcy muszą sięgać po odpłatność za teksty. To kwestia ich przetrwania na rynku.

– Jeszcze 20 lat temu każdy autor otrzymywał honorarium za swój artykuł – opowiada redaktor naczelny jednego z polskich czasopism naukowych. To było oczywiste. Ale wydawcy mieli dużą prenumeratę, która pokrywała koszty nawet w 80 proc. Do tego dochodziły wpływy z reklam i dofinansowanie od państwa. Kiedyś takie pisma wychodziły w tysiącach egzemplarzy, dziś to kilkadziesiąt sztuk, tymczasem koszty druku poszybowały, a dofinansowanie resortu się skończyło, bo wkroczyła Unia Europejska ze swoimi limitami pomocy państwowej. – Bez wprowadzenia opłat nie byłbym w stanie utrzymać pisma – tłumaczy szef periodyku.

Źle albo jeszcze gorzej

– System jest tak zbudowany, że młody naukowiec jest bity w tyłek. Ma niewielką pensję, pracę tymczasową i jeszcze musi płacić za swoją karierę. To działa jak system zamówień publicznych – w 100 proc. liczy się cena. Tak dzieje się nie tylko u nas, np. w Stanach Zjednoczonych tylko co trzeci doktorant ma szansę zacząć się na uczelni. Jednak tam nie rozebrano tak jak w Polsce poduszki socjalnej dla naukowców. Mają oni o wiele większe szanse na zdobycie funduszy wspierających ich karierę. Polska wersja systemu pozwala państwu nie wydawać pieniędzy. Więc jak słyszę, że jesteśmy krajem nieinnowacyjnym, to odpowiadam: w socjologii poważne, wartościowe badanie społeczne to koszt co najmniej kilkudziesięciu tysięcy złotych. Sam program komputerowy do liczenia wyników sondaży kosztuje od kilkunastu do kilkudziesięciu tysięcy. Chcesz zrobić badanie, to sobie znajdź źródło finansowania. Jednak nieliczni dostaną grant, dofinansowanie komercyjne czy dotację z uczelni – podsumowuje gorzko Piotr Dzik z katowickiej ASP.

– Młodzi i tak mają największe szanse na finansowanie swoich badań. Pustynia zaczyna się po 35 roku życia. Mamy ponad 40 tys. doktorantów, a środków finansowych coraz mniej. Ponadto nie powinniśmy się zgadzać na dofinansowywanie wszystkich projektów, bo polityka miski ryżu dla każdego spowoduje, że badań nikt nie będzie mógł zrobić. Doktorantów przybyło w ciągu 20 lat 10-krotnie. To jest prawdziwa patologia, a nie system punktowy. To jak spirala zbrojeń, przypomina Armię Czerwoną, gdzie liczyła się liczba żołnierzy, a nie ich wykształcenie. To zresztą nie wina samych doktorantów, ale tego, że rozbudowano w nich złudne nadzieje. Z perspektywy uczelni opłaca się mieć naukowców z doktoratami. Zdarza się, że na jednym kierunku jest ich stu. To się szkole opłaca, bo przekłada się na większe dotacje. System parametryczny, sam w sobie sensowny, sprowadzony na poziom poszczególnych naukowców prowadzi do absurdu. Bo filolog z 15 punktami jest teore-

tycznie gorszy od fizyka z 70 punktami – podkreśla dr Emanuel Kulczycki z poznańskiej UAM.

Profesor Roman Cieślak dodaje do tego problem z nierównym traktowaniem uczelni państwowych i prywatnych. – Wydział uczelni prywatnej z kategorią A+ dostaje od państwa kilkakrotnie mniej pieniędzy na badania niż wydział uczelni państwowej z kategorią niższą. Niepubliczne placówki startują z państwowymi w tej samej grze, lecz rywalizują o inne nagrody, chociaż także realizują zadania publiczne. Wydaje się więc, że hochsztaplerka w zdobywaniu punktów, po którą rzekomo sięgają szkoły wyższe, nie jest problemem na tych prywatnych, tylko państwowych, bo to one mają dużo więcej do stracenia – zaznacza ekspert z SWPS w Warszawie.

Punktomania zawładnęła światem nauki
– poszczególne państwa zaczęły wprowadzać własne lokalne systemy punktacji. Pojawiły się kolejne konkurencyjne bazy i wskaźniki, a jednostki naukowe, autorzy i wydawcy zaczęli bić się o miejsca w tych rankingach

Uważa jednak, że mimo wielu niewątpliwych wad czy nawet przypadków degeneracji system punktowy przyniósł nauce więcej dobrego niż złego. Dzięki niemu efekty prac naukowców stały się łatwo dostępne na całym świecie, zasady ocen są przejrzyste, a wszelkie błędy czy nieprawidłowości w metodologii badań łatwiejsze do wykrycia. – Dzięki Internetowi coraz bardziej się ze sobą komunikujemy, a nauka się umiędzynarodowiła. Nigdy wcześniej nie było warunków na tak efektywną współpracę naukowców z różnych stron globu. To właśnie ilościowy system ocen pozwolił przyjąć podobne standardy na całym akademickim świecie, dzięki czemu możemy się ze sobą łatwiej porozumieć. To właśnie ten nieustannie krytykowany system daje moim naukowcom szansę na zdobycie zagranicznych grantów, na podzielenie się osiągnięciami naukowymi. Stworzenie szans to nowa funkcja światowej nauki – wtóruje prof. Aleksandra Łuszczynska z SWPS we Wrocławiu, redaktor naczelna czasopisma *Anxiety, Stress, and Coping*.

Przyznaje, że wydawnictwa dobrze zarabiają na naukowych publikacjach, lecz podkreśla, że to dzięki nim wyniki badań są powszechnie znane. Bez wsparcia wydawców – uważa – nie udałoby się tak dynamicznie poszerzać nauki. A że robią na tym duże pieniądze?

– To biznes, który jednak się opłaca wszystkim. Oczywiście, zdarzają się pisma, które nie przestrzegają procesu edytorskiego, nie trzymają jakości recenzji i przyjmują cokolwiek, byle autor zapłacił. Lecz takie pisma nie trafiają do baz, gdzie notowane są prestiżowe wydawnictwa. Bo te odrzucają 80-90% nadsyłanych artykułów. Co więcej, ujawniają powody negatywnej weryfikacji. Nie można też powiedzieć, że tylko od liczby publikacji zależy kariera naukowca. Medycznego Nobla dostała ostatnio osoba, która ma na swoim koncie zaledwie 39 publikacji. Tu najwyraźniej liczyła się ich jakość, a nie liczba – zastrzega prof. Aleksandra Łuszczynska.

– Nie jest tak, że materiały publikowane w stosunkowo łatwiej dostępnym dla autorów trybie open access są nierecenzowane. Tygodniowo recenzuję kilka artykułów z całego świata. Robię to bez wynagrodzenia, dlatego wspieram te czasopisma, które sam uznaję za najbardziej wartościowe. Jeśli to nie ma sensu, to nauka nie ma sensu. To kwestia etyki badacza,

czy wybierze trudniejszą drogę do publikacji swoich dokonań, czy postawi na publikację byle czego byle gdzie. Musimy głośno, publicznie krytykować wadliwie działający system, lecz nie wolno nam oskarżać, bo nauka opiera się na zaufaniu. Wierzę, że nasze środowisko działa tak, iż samo ujawnia wypaczenia czy oszustwa, i samo się oczyszcza z toksycznych elementów – wskazuje prof. Roman Cieślak.

Walka z degeneracją

Ten samooczyszczający trend działa już w innym krajach. Po szaleństwie z bezkrytycznym stosowaniem statystycznych kryteriów oceny np. Wielka Brytania postawiła na ekspercki system ocen. Ta zmiana nadchodzi też w Polsce.

– Mówi się, że jesteśmy jeszcze niegotowi na system ekspercki, bo cechuje nas niskie zaufanie społeczne. Symptomatyczne, że przy ostatniej kategoryzacji jednostek naukowych, gdzie były cztery kryteria oceny, najwięcej odwołań dotyczyło punktu ostatniego – właśnie eksperckiej oceny. Jednak projałowski kierunek jest nieunikniony. Humanistyka nie powinna być oceniana takimi samymi narzędziami jak np. nauki przyrod-

nicze. Ministerialny zespół ds. oceny czasopism naukowych, którego jestem członkiem, przygotowuje już pierwsze takie zmiany. W połowie tego roku chcemy ogłosić nowe zasady oceny pism, które będą w końcu oparte na ocenie eksperckiej – zapowiada dr Emanuel Kulczycki.

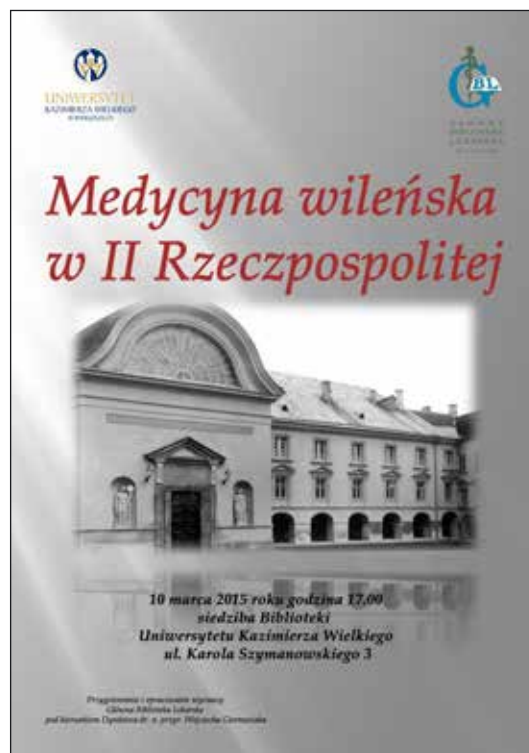
Mimo wielu patologii oceny parametryczne doprowadziły do tego, że nauka się otworzyła – w tym są zgodni nawet najwięksi krytycy tego systemu. Każdy jest przezroczysty i nie da się dzisiaj już osiągnąć dorobku tylko przez znajomości. W żadnej dziedzinie życia nie ma całkowitej sprawiedliwości i uczciwości, lecz w środowisku naukowym – jak podkreślają sami zainteresowani – funkcjonują chyba najbardziej przejrzyste kryteria awansu. A problem degeneracji? Środowisko zaczyna być mocno krytyczne i listę filadelfijską wkrótce zapewne zastąpi nowy system ocen. Bo to ludzie powinni oceniać ludzi, bo powinniśmy wierzyć, że będą w tym uczciwi, tak jak wierzymy, że dzisiejsi recenzenci, pracując bez wynagrodzenia, rzetelnie i sumiennie oceniają prace innych kolegów. Inaczej to wszystko nie miałyby sensu.

Rafał Drzewiecki

Wystawa poświęcona medycynie wileńskiej w II RP

Wernisaż wystawy przygotowanej i opracowanej przez zespół Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie pod dyktando dr. Wojciecha Giermaziaka odbył się 10 marca br. w Bibliotece Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy. Ekspozycja dokumentuje i popularyzuje historię znaczącego okresu rozwoju nauki polskiej na Kresach Wschodnich. Ma także na celu przybliżenie sylwetki prof. Aleksandra Januszkiewicza, znanego internisty, który w latach 1930-1932 piastował urząd rektora USB oraz historii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Dokumenty przedstawione na wystawie pochodzą m.in. ze spuścizny po prof. A. Januszkiewiczu, zakupionej od jego żony przez Główną Bibliotekę Lekarską. Wystawa będzie czynna w godzinach otwarcia biblioteki do 10 kwietnia br.

Kultywowanie pamięci o USB jako znaczącym dla kultury i medycyny polskiej ośrodku nauki na Kresach Wschodnich, obejmującym swoimi wpływami całą II Rzeczpospolitą jest godne najwyższej pochwały. Niestety prezentowana wystawa nie została przygotowana z należytą starannością. Lista profesorów USB przedstawiona na jednej z plansz zawiera istotne luki, nie znaleźli się na niej m.in. dobrze znani w środowisku gdańskim profesorowie: Ignacy Abramowicz, Włodzimierz Mozołowski i Tadeusz Pawlas, jak również wielu innych. Uzyskałem wyjaśnienie, że GBL nie dysponuje ich dokumentacją – ale przecież sam tytuł wystawy sugeruje, że przedmiotem jest ogólnie medycyna wileńska, a na planszy brak jakiegokolwiek komentarza, że prezentowana lista nazwisk oparta jest wyłącznie na zasobach GBL. O braku staranności świadczą też bardzo liczne błędy w pisowni bardzo znanych nazwisk, zarówno w wydrukowanym katalogu, jak i na planszach wystawowych. I tak, malarz Ludomir Sienkiewicz zapisany jest jako *Sieńdziński*, inny znakomity artysta prof. Ferdynand Ruszczyc został zapisany jako *Raszczyc*, prawnik i rektor USB prof. Alfons Parczewski jako *Paczewski*, kolejny rektor USB prof. Wiktor E. Staniewicz został zapisany jako *Stankiewicz*. Przy prof. Michejdzie, który był chirurgiem napisano *ortopeda*, a w tamtych czasach ortopedia nie była wyodrębnioną specjalnością.



Tym niemniej należy się cieszyć, że dzieje USB są przedmiotem żywego zainteresowania bibliotek i historyków nauki. Wskazuje to także na wielkie znaczenie inicjatywy, podjętej przez historyków UMK, opracowania monograficznego całości dziejów USB, co znalazło wsparcie w granie z Narodowego Programu Rozwoju Humanistyki i będzie godną formą uczczenia zbliżającej się setnej rocznicy (1919-2019) wskrzeszenia Uniwersytetu Wileńskiego jako Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

prof. Wiesław Makarewicz

Najlepsze prace magisterskie na kierunku farmacja

Dominika Glamowska wygrała Konkurs Prac Magisterskich na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, który odbył się 17 marca br. Nagrodzona praca pt. *Badanie barierowości skóry dla polisiloksanu o strukturze cyklicznej w warunkach ex-vivo* powstała pod kierunkiem dr hab. Krystyny Pieńkowskiej z Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej. Drugie miejsce przyznano **Małgorzacie Patejko** za pracę zatytułowaną *Zastosowanie metabolomiki w badaniu krótkowzroczności: opracowanie metody analizy cieczy wodnistej za pomocą GC-MS i LC-MS*. Jej promotorem jest dr hab. Michał

Markuszewski, prof. nadzw. z Zakładu Biofarmacji i Farmakokinetiki. Trzecie miejsce przypadło **Idze Czyż** za pracę pt. *Opracowanie metody HPLC do oznaczenia enrofloksacyny i cyprofloksacyny w osoczu gadów po podaniu leku drogą transdermalną* wykonaną pod kierunkiem dr hab. Danuty Siluk z Zakładu Farmakodynamiki. W głosowaniu na Nagrodę Publiczności pierwsze miejsce zajęła Iga Czyż, drugie Małgorzata Patejko, a trzecie miejsce przypadło Dominice Glamowskiej.

Konkurs został zorganizowany przez dziekana Wydziału Farmaceutycznego prof. Wiesława Sawickiego oraz Gdański

Oddział Młodej Farmacji. W pierwszym etapie tegorocznej edycji konkursu zgłoszone prace były oceniane przez recenzentów: dr hab. Alinę Plenis, dr hab. Jarosława Sączewskiego i dr hab. Bartosza Wielgomasa. W części finałowej zaprezentowano publicznie pięć prac. Oceniała je komisja w składzie: dr hab. Anita Kornicka – przewodnicząca, prof. J. Renata Ochocka, dr hab. Piotr Kowalski, Maciej Wittbrodt – przedstawiciel Młodej Farmacji oraz Wojciech Gostomczyk – przedstawiciel Uczelnianego Samorządu Studenckiego.

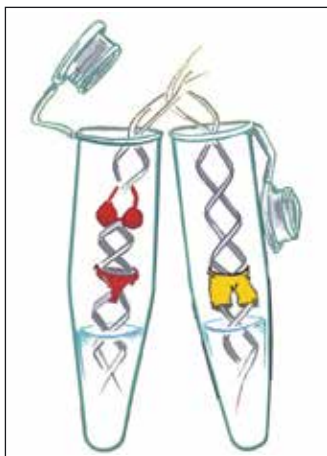
Wystąpieniom finalistek przysłuchiwali się z uwagą dziekan Wydziału prof. Wiesław Sawicki i promotor jednej z nagrodzonych prac prof. Michał Markuszewski



XXI Letnia Szkoła Biotechnologii w Kadynach

Rozpoczęła się rekrutacja do XXI edycji Letniej Szkoły Biotechnologii organizowanej przez Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Tegoroczna edycja odbędzie się w dniach 30 czerwca – 4 lipca br. w miejscowości Kadyny, a jej tematami będą innowacje w biotechnologii i międzynarodowa współpraca badawcza. Swoje referaty wygłoszą prelegenci krajowi i zagraniczni. Uczestnicy Szkoły wezmą udział w cyklu wykładów poświęconych badaniom, innowacjom i najnowszym osiągnięciom na polu biotechnologii.

Wśród potwierdzonych prelegentów znajdują się: prof. Zbigniew Brzózka (Politechnika Warszawska), dr Filip Dutka (Instytut Chemii Fizycznej PAN), prof. Rafael Giraldo (Centro de Investigaciones Biológicas – CSIC, Madrid), dr Florian Hollfelder (University of Cambridge), prof. Ezio Ricca



(University of Naples), dr Pierre Savatier (INSERM U846 Stem Cell and Brain Research Institute, Francja). Językiem wykładowym Szkoły Letniej będzie język angielski. Szczegółowy program konferencji zostanie zamieszczony wkrótce na stronie Szkoły Letniej: bss.ug.edu.pl. Rejestracja: bss.ug.edu.pl/?page_id=20 jest otwarta do końca maja 2015 r. lub do wyczerpania miejsc.

Zapraszamy wszystkich studentów, doktorantów, naukowców zainteresowanych zdobyciem wiedzy o najnowszych osiągnięciach biotechnologicznych, którzy pragną nawiązać współpracę badawczą z instytucjami naukowo-badawczymi z Polski i zagranicy.

Elżbieta Moroz,
specjalista ds. projektów badawczych,
Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed

Międzynarodowa konferencja

Postępy w diagnostyce i leczeniu zespołu wielotorbielowatych jajników (PCOS)

Konferencja, której patronuje Androgen Excess and PCOS Society odbędzie się w Gdańsku w dniach 12-13 czerwca br. Językiem obrad będzie język angielski.

Konferencja będzie pierwszym na skalę światową wydarzeniem, które pozwoli na międzynarodową wymianę doświadczeń pomiędzy endokrynologami, ginekologami, chemikami analitycznymi, dietetykami, psychologami i biologami molekularnymi.

Dyskusja w wielodyscyplinarnym gronie, wykłady światowej sławy ekspertów w dziedzinie PCOS pomogą uzupełnić luki w wiedzy dotyczącej patogenetyki tego zespołu. Towarzyszące sesje satelitarne i warsztaty to dodatkowo świetna okazja do przedyskutowania obecnych metod diagnostyki i terapii PCOS.

Oprócz polskich autoritetów medycznych, swój udział potwierdzili także światowej sławy eksperci, profesorowie: Enrico Carmina (Włochy), Evanthis Diamanti-Kanadarakis (Grecja), Anuja Dokras (USA), Lourdes Ibáñez (Hiszpania), Renato Pasquali (Włochy), Harpal Randeva (Wielka Brytania) i Helena Teede (Australia).

Organizatorami Konferencji są: dr Aleksandra Rutkowska, prof. Dominik Rachoń z Zakładu Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz



prof. Andrzej Milewicz – prezes Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego.

Szczegółowy program i rejestracja na stronie pcos.med.pl

Termin wczesnej rejestracji upływa 31 maja 2015 r.

Serdecznie zapraszamy!

Dr hab. Maciej Śmietański wyróżniony

Dr hab. Maciej Śmietański z II Zakładu Radiologii odebrał 6 marca br. tytuł honorowego profesora (odpowiednik doktora *honoris causa*) na Uniwersytecie Medycznym w Iwano-Frankowsku na Ukrainie. W laudacji prof. M. Rożko, rektor ukraińskiego Uniwersytetu podkreślił wkład dr. hab. Śmietańskiego w rozwój chirurgii przepuklin na Ukrainie i zbliżenie tego kraju do państw UE. Wręczenie dyplomu odbyło się w czasie szkolenia z zakresu współczesnych metod leczenia przepuklin i rekonstrukcji przedniej ściany jamy brzusznej. Było to już 10 szkolenie z cyklu warsztatów teoretyczno-praktycznych (zabiegi operacyjne na żywo) zorganizowanych w ciągu ostatnich 5 lat przez dr. hab. Macieja Śmietańskiego we współpracy z przyjaciółmi z Ukrainy. Podkreślono również zaangażowanie



fol. Michał Szlaga



naukowca GUMed w zwiększanie możliwości udziału młodych chirurgów z Ukrainy w zjazdach naukowych i stażach przez zbieranie funduszy oraz organizowanie koncertów charytatywnych. Prace te znacznie przyczyniły się do powstania Towarzystwa Przepuklinowego Ukrainy i włączeniu go do struktury Europejskiego Towarzystwa Przepuklinowego w 2014 roku.

W grudniu 2014 r. dr hab. Maciej Śmietański został również honorowym członkiem Ukraińskiego Towarzystwa Przepuklinowego oraz wyróżniony medalem im. prof. Rydygiera, Szrama, Ostrowskiego i Karawanowa za wybitny wkład w rozwój Kliniki Chirurgii Uniwersytetu we Lwowie.

Z dziejów Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego

Na ulicy przy Skopiówce padł człowiek w ataku padaczki. Wokół było wielu gapiów i ktoś krzyknął, że należy nie gapić się, a wezwać pogotowie. Posypały się obelgi, a kobieta z tłumu krzyknęła: poleży, poleży i wstanie, a doktory go dobiją – zanotował Kurier Litewski z dnia 1 grudnia 1910 roku.

Przytoczony fragment z dziennika wileńskiego potwierdza, jak ważną do spełnienia rolę w społeczeństwie miało Wileńskie Pogotowie Ratunkowe – nie tylko udzielać pomocy poszkodowanym i chorym, ale też informować, iż w nagłych wypadkach zapadnięcia na zdrowiu należy zwracać się do lekarza. W *Kurjerze Litewskim* były zamieszczane wiadomości w rubryce *Pogotowie Ratunkowe*, informujące w ilu wypadkach było wykorzystywane i wyjeżdżało np. za miasto lub też opatrzyło na miejscu. Z drugiej strony była to też informacja o pożyteczności prywatnej organizacji, która ciągle szukała środków pieniężnych na utrzymanie, chociaż częściowo była subsydiowana przez miasto.

Wileńskie Towarzystwo Doraźnej Pomocy

Późniejsze Pogotowie Ratunkowe, kolejne po Krakowie (1891 r.), Lwowie (1893 r.), Warszawie (1897 r.) i Łodzi (1899 r.) zostało założone w grudniu 1902 roku. Inicjatorem powołania tej placówki i długoletnim protektorem był właściciel Landwarowa hrabia Władysław Tyszkiewicz z małżonką Marią Krystyną z Lubomirskich. Przez dłuższy czas utrzymywał on Towarzystwo, o czym świadczą m.in. przechowywane weksle w Państwowym Archiwum Litwy. Pogotowie, które początkowo nazywało się Wileńskim Towarzystwem Doraźnej Pomocy, mieściło się przy ulicy Dominikańskiej 2, w dawnym klasztorze poddominikańskim. Okna wychodziły na ulicę Wileńską, co potwierdza kierownik Pogotowia dr Kazimierz Kodź w piśmie do sekcji zdrowia magistratu wileńskiego, prosząc o wstawienie wybitej szyby (18-19 lutego 1922 r.). Na terenie Pogotowia znajdowały się pomieszczenia do przyjmowania pacjentów i ogrzewane węglem kamiennym i drzewem mieszkania służbowe. Tabor Pogotowia znajdował się przy ulicy Franciszkańskiej 2, w późniejszej głównej siedzibie (od 1932 r.). Pierwszym prezesem Towarzystwa został lekarz dziecięcy dr Witold Węstawski (ur. w 1855 r.). Kolejnymi kierownikami Pogotowia Ratunkowego (wedle zachowanych dokumentów archiwalnych) byli m.in. internista dr Kazimierz Kodź (ur. w 1887) i chirurg dr Mieczysław Trzeciak (ur. w 1889 r.).

Pogotowie Ratunkowe organizowało do I wojny światowej „Dzień Pogotowia”, podczas którego zbierało datki na działalność. Organizowano też m.in. loterię. Wszyscy ofiarodawcy mieli otrzymywać odpowiednie znaczki zaprojektowane przez prof. Ferdynanda Ruszczyca i zatwierdzone przez gubernatora.



Zakres działalności Pogotowia

Prezes Związku Lekarzy Polaków dr Ludwik Czarkowski zwrócił się (1922 r.) do naczelnego lekarza sekcji zdrowia z pismem, iż są skargi ze strony lekarzy na działalność Pogotowia Ratunkowego, zwłaszcza w porze nocnej, gdyż *nie pełni ono należytej funkcji*. Z powodu braku konkretnych przykładów, 5 dni później sekcja zdrowia odpowiedziała: *publiczność wileńska, a po części widocznie i Związek Lekarzy nie zdają sobie sprawy z zadań*

Pogotowia. Jest ono zobowiązane wyjeżdżać w nagłych wypadkach skaleczeń, zatruc, zaślubnić na ulicach, ale nie jest jego obowiązkiem zabezpieczania spokojnego snu lekarzom wolnopraktykującym, których pacjentów w nocy stan zdrowia się pogorszył.

Z pewnością występowała konkurencja o posadę w Pogotowiu i dbałość o wizerunek, bo w 1922 r. Związek Lekarzy zwrócił się do lekarza naczelnego Wilna, by zwolniono felczera, a na jego miejsce przyjęto lekarza. Uczyniono to od 1 stycznia 1923 r. Należy dodać, że pomimo długoletniego funkcjonowania, mieszkańcy Wilna wciąż jeszcze zwracali się o pomoc w sytuacjach nieodpowiadających zadaniom Pogotowia, np. w razie chorób przewlekłych lub też lekkich niedomagań, które wcale nie wymagają natychmiastowej pomocy lekarskiej albo wzywali Pogotowie, chcąc dostać się do szpitala. W 1937 roku dr Kazimierz Kodź sugerował władzom miasta, iż *bardzo jest potrzebne opracowanie nowego regulaminu i instrukcji zgodnego i z obecnymi wymaganiami natury ogólnej, i z wymaganiami obecnego, własnego prawa, a nie jak stary regulamin jest osnuty jak na wymaganiach, tak i prawach naszych zaborców*. Wileńskie Pogotowie Ratunkowe działało według regulaminu

Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego z 1912 roku.

Najczęściej Pogotowie Ratunkowe miało do czynienia z różnego rodzaju ranami kłutymi i ciętymi, tłuczonymi i postrzałowymi, jak również ze stłuczeniami i innymi urazami. Doznawali ich poszkodowani w bójkach, podczas napadów rabunkowych lub zemsty. Do tej kategorii zaliczały się również zranienia i urazy podczas pracy w fabrykach, pracowniach, przy budowie domów, robotach ziemnych itp. Liczba tego rodzaju urazów wzrastała z roku na rok. – *Przyczyną tego zła zdaje się być wciąż wzrastające w Wilnie nożownictwo. Rozprawy na noże w bójkach i napadanie na ulicach w celu rabunku lub zemsty stały się w ostatnich czasach w Wilnie zjawiskiem powszechnym, co łatwo daje się zaobserwować, pracując w Pogotowiu* – pisały gazety. Resztę przypadków stanowiły zatrucia gazami, pokarmami i alkoholem, samobójstwa różnego rodzaju, nagłe zachorowania i zaślubnięcia.



Nalepki-marki zaprojektowane i wykonane bezinteresownie dla Pogotowia w 1914 r. przez Ferdynanda Ruszczyca. Aby uniknąć języka rosyjskiego nie miały innego tekstu jak tylko cyfry roku i wartość w kopiejkach (fot. Jan Buthak)



Pogotowie stało się instytucją miejską

Podczas okupacji niemieckiej (1914 r.) fundusze Towarzystwa zostały całkowicie wyczerpane i zaciągnęło ono dług u ziemianki kowieńskiej Marii Kwintowej. Członkowie Towarzystwa Doraźnej Pomocy w osobach: dr. W. Węstawskiego, ks. D. Czerniawskiego, dr. L. Łukowskiego, J. Margowickiego, W. Makowskiego, J. Mineyko, dr. M. Minkiewicz, Z. Nagrodzkiego i dr. W. Zahorskiego zobowiązali się zwrócić dług po upływie 6 miesięcy po zawarciu pokoju między Niemcami a Rosją, a także wznowieniu komunikacji w Rosji. W międzyczasie, na początku 1919 roku bolszewicy usunęli cały zarząd Pogotowia i stało się ono instytucją miejską. Magistrat miasta (1922 r.) bezskutecznie zwracał się do dr. Węstawskiego jako byłego prezesa Towarzystwa Doraźnej Pomocy z prośbą o zwołanie zarządu celem omówienia sprawy wznowienia działalności Towarzystwa. W 1925 roku spadkobiercy p. Kwintowej – generałowa Wincenta z Kwintów Konarzewska, Henryka Przewysz-Kwinto, Maria z Żołądziów Dymśa, Henryk Kwinto – zaapelowali do dr. Węstawskiego z prośbą zwrócenia zaciągniętego długu. Były prezes szukał rozwiązania tej sprawy i ratunku w magistracie, przekonując, że urząd powinien spłacić zaciągniętą pożyczkę, a zostaną mu przekazane środki z kont Towarzystwa: 2120 rubli i 1303 marki, także 7 weksli na sumę 16 tys. rubli hrabstwa Tyszkiewiczów. Po długich wyjaśnieniach prawnych, rada miejska uchwaliła, że przejmuje aktywa i pasywa Towarzystwa. Dług, na podstawie rozporządzenia prezydenta RP o konwersji zobowiązań prywatno-prawnych, po kolejnych przeliczeniach z kwoty wypożyczonych 3000 rubli wyniósł z odsetkami 501 zł. Wydział prawny przeliczył, że środki Towarzystwa stanowią 125 zł, natomiast weksle są bezwartościowe, bowiem weksle mają wartość skoro są zaopatrzone w tekst.

Wspólnie ze strażą ogniową

Towarzystwo dzieliło dziedziniec dawnego klasztoru ze strażą ogniową (tak w międzywojniu określano straż pożarną), która wypożyczala też Pogotowiu konie. Ciągnęły one karetkę na wezwania oraz przewoziły chorych. Boksy w stajni, gdzie były konie, furmani wykonywali własnymi siłami, deski otrzymywali od straży ogniowej, a jeżeli ich brakowało – nabywali.

Zdarzały się też skargi ze strony lekarzy Pogotowia na strażaków. W styczniu 1922 r. kierownik Pogotowia dr Mieczysław

Kodź pisał do wydziału sanitarnego skargę na strażaka woźnicę Konstantego Jacuńskiego, który narzekał i kłął po rosyjsku z powodu długiego oczekiwania na odjazd. Powodem ku temu stało się następujące wydarzenie: dr Tatjana Paszkowa-Junowicz została wezwana do pacjenta, który uległ zatruciu strychniną. Na miejscu nie było możliwości udzielenia pomocy, więc zatrutego wieziono do szpitala św. Jakuba. Tam z kolei nie było lekarza, a tylko felczer, z którym lekarz Pogotowia przystąpiła do ratowania chorego. Trwało to pół godziny i sanitariusz wyszedł do karetki po medykamenty. Został zrugany przez woźnicę. Kierownik Pogotowia i lekarz sugerowali wydziałowi sanitarnemu, by zwrócił uwagę naczelnikowi straży ogniowej na trzymanie swych podwładnych w ryzach większej subordynacji i karności. Widocznie skarga podziała, gdyż Jacuński przepraszał pracowników Pogotowia i dr Kodź pisał do urzędu miasta, by darować strażakowi to wykroczenie ze względu na długotrwałą służbę i skrucę.

Do sekcji zdrowia zwracał się Aleksander Bałasz, zabiegając o otrzymanie mieszkania od magistratu. Argumentował, iż jest starszym sanitariuszem i jako – posiadającemu specjalne kwalifikacje nałożono mu obowiązek codziennie zaopatrywać apteczkę Pogotowia w opatrunki, dopatrzeć za czystością i porządkiem lokalu, prowadzić statystyki i inne. Mieszkać powinienem bliżej Pogotowia i takie mieszkanie znajduje się w tamtym dziedzincu.

Tabor Pogotowia

Dojazd na miejsce wezwania i przewóz chorych był ciągiem bólcząką kierownika Pogotowia Ratunkowego. Dziennik *Kurier Litewski* zanotował 5 grudnia 1910 roku, że wyjechała na miasto po raz pierwszy karetka pogotowia „Cyklista” sprowadzona z Warszawy. Ciągnęły ją konie, których często brakowało z powodu wzmożonej liczby pożarów w mieście. W 1922 r. Pogotowie miało karetkę „Władysław”. Z biegiem czasu, za zgodą rady miejskiej, Pogotowie Ratunkowe nabyło 2 własne konie, zaakceptowano też 2 etaty furmanów. Byli nimi, aż do zakupu karetek samochodowych, wspomniany już Konstanty Jacuński i Aleksander Jałowski. W dokumentach czytamy: 11 marca został kupiony koń od pani Krystyny Rodziewiczowej za 210 tys. marek polskich. Komisja, która dokonała oględzin, stwierdziła, że ogier, lat 4, 145 centymetrów, kasztan, tysi, cztery nogi od kolan białe i pod brodą ma białą plamę, jest zdrowy i nadaje się do pracy w Pogotowiu Ratunkowym. Już 5 sierpnia komisja z sekcji zdrowia, po informacji z administracji Pogotowia, że koń przez miesiąc nie może się poruszać, konstatawała: koń jest zdrowy, tylko nie może poruszać się po bruku, dlatego powinien być sprzedany albo wynajęty. Za 400 tysięcy marek polskich została kupiona od tej samej pani klacz gniada, 5 lat, wzrost 148 cm i nadaje się do pracy – stwierdziła sekcja zdrowia magistratu 19 sierpnia 1922 r. Nabyte zostały też uprzęże.

Kierownik Pogotowia dr Kazimierz Kodź w piśmie do magistratu (1922 r.) prosił też, aby zwrócić uwagę lekarzom sanitarnym i lekarzom ochron oraz przytułków miejskich, by uciekali się do Pogotowia w celu transportu chorych tylko w wypadkach, gdy jest to nieodzowne. W ostatnich czasach takich wezwań było 3-4 dziennie, a Pogotowie nie jest biurem transportowym – informował kierownik. Magistrat zatwierdził w 1926 roku opłatę 12 zł za przewóz do instytucji leczniczych, 8 zł wynosiła opłata ulgowa.

Sekcja zdrowia zarządu miejskiego informowała magistrat 5 stycznia 1926 r., iż Pogotowie urochomiło karetkę automobilową – marki Ford. Po 11 latach pracy była ona nie do użytku i niebezpieczna w ruchu. Karetka więcej psuła się niż przynosiła pożytku. Miała dymiący, wyprowadzony na dach komin. Wyposażona była w automatyczne ogrzewanie wody, dlatego gdy woda gotowała się, karetka była niemożliwa do eksploatacji ze



Karetka przed siedzibą Pogotowia na ul. Franciszkańskiej 2, lata 30. XX w.



Lekarz naczelny Wilna dr Adolf Narkiewicz z żoną Anną z Umiastowskich i synkiem Olgierdem, późniejszym profesorem anatomii w Gdańsku. Zdjęcie ze zbiorów prof. Krzysztofa Narkiewicza

względem na bezpieczeństwo chorych i personelu. W 1930 roku wyjechała na wyboiste i błotniste drogi karetka marki Tatra. Jej eksploatację tak opisywano: *Wciniała się ona we wgłębioną drogę i swoim ciężarem ścisnęła w wąskim korycie nawierzchni koła z obu stron. Karetka chyliła się na bok, przez co nieraz pękały w niej szyby, nadwyręzały i często nadłamywały się półosi jak też niszczyło się całe podwozie i nadwozie.* Chevrolet był w Pogotowiu od 1933 roku i jak pisano: *...pokładamy w nim więcej nadziei. Też już jest mocno podniszczony w pracy tak przez te same warunki, jak i przez to, że nie zawsze we właściwym czasie mógł być gruntownie przejrany.*

Pensje i urlopy pracowników Pogotowia

Zgodnie z decyzją magistratu niezależnie od funkcji i pory pracy, lekarze pobierali jednakowe wynagrodzenie. Rada miasta zdecydowała (1922 r.) wypłacać kierownikowi pogotowia – starszemu lekarzowi – dodatkowo po 1 tys. marek polskich miesięcznie. Utrzymanie 2 furmanów wynosiło na przykład 20 650 marek polskich miesięcznie. Lekarz kontraktowy Pogotowia Ratunkowego dr Władysław Szemis otrzymywał miesięczną pensję w wysokości 325 zł 80 gr, sanitariusz Zabłocki – 127 zł.

Z zachowanych materiałów archiwalnych wynika, że lekarze Pogotowia początkowo mieli dwutygodniowe urlopy. Świadczy o tym pismo do sekcji zdrowia od lekarzy: Kazimierza Kodzia, Adolfa Narkiewicza i Daniela Jankowskiego z prośbą (1922 r.), by rada miejska zaakceptowała jeden miesiąc urlopu – *by nie jak dla robotników*. Argumenty lekarzy przemówiły do członków rady miejskiej. Podczas urlopów zastępował ich przez 3 miesiące dr Marian Przytykowski (1883 r.), mieszkający przy ulicy Antokolskiej 40. Urodził się i kończył gimnazjum w Kownie, uniwersytet w Dorpacie (1908 r.), pracował w Kownie, Petersburgu, w maju 1923 roku przyjechał do Wilna. Kilka lat

później (1931 r.) dr Marian Przytykowski był jednym z założycieli Wileńskiego Komitetu do Zwalczania Raka.

Dwa lata później, dr Daniel Jankowski, dr Władysław Karol Szemis i dr Kazimierz Kodź, zwrócili się do sekcji zdrowia w sprawie płatnych urlopów (1926 r.). Podawali, że są zmęczeni ciągłymi dyżurami w Pogotowiu i od paru lat nie mają ani jednego dnia wypoczynku. Dlatego prosili o przyznanie płatnych urlopów letnich – *Nadmieniamy, że każdy urzędnik korzysta z niedziel i świąt, my zaś nie tylko tego jesteśmy pozbawieni.*

Sanitariuszom nie udawało się jednak rozwiązać polubownie z magistratem sprawy organizacji pracy. *Pracuje w Pogotowiu nas wszystkich czterech sanitariuszy, z których jeden dyżuruje na stacji, dwu zaś dyżurują dla wyjazdów podczas nieszczęśliwych wypadków lub nagłych zachorowań w mieście, czwarty bywa swobodny – w ten sposób mamy czwartą dobę wolną.* Zwrócili się więc sanitariusze Aleksander Bałasz, Michał Chmielewski, Józef Zabłocki, Władysław Czerniuk do inspektora pracy (1927 r.) z prośbą o organizację pracy co dobę. *Pełniąc taką służbę, nam nie przychodzi się skorzystać ani z wolnego powietrza, ani ze świąt, ani z nawiedzenia kościoła, ani ze spokojnych nocy normalnego odpoczynku. Bywa, że całe miasto w głębokiej nocy spokojnie odpoczywa, my zaś wyjeżdżamy na ratunek chorych przy nagłych nieszczęśliwych wypadkach. Dzieci nasze rosną i nie znają prawie nas.* Rozwiązanie tej sprawy nie jest znane z powodu braku dokumentów.

Sanitariusz Chmielewski, Czerniuk i były starszy sanitariusz, później dozorca sanitarny Franciszek Maliszewski zwrócili się do Rady Miejskiej (1927 r.) z prośbą o uznanie ich pracy w Pogotowiu od 1902 roku do 1919 jako na służbie miejskiej. Miasto nie zgodziło się, gdyż *wówczas była to instytucja prywatna*. W sierpniu 1927 r. sanitariusz Zabłocki został zwolniony, gdyż podczas służby nadużywał morfiny z apteczki Pogotowia i pobrał bez zgody morfinę. *Znaleziono go z oznakami zatrucia morfiną w dyżurce szoferów Straży Ogniowej* – pisał Kodź do naczelnego lekarza magistratu. Sanitariusz Pogotowia Paweł Bartoszewicz samowolnie opuścił służbę podczas dyżuru w Pogotowiu (4.11.1930 r.), prezydent miasta udzielił mu nagany i zarządził pełnienia kolejnych 5 dyżurów codziennie.

Zachowane dokumenty archiwalne pozwalają na stwierdzenie, że na koszt miasta były dla sanitariuszy nabyte 4 kurtki, 4 pary spodni, 2 palta zimowe do połowy na wacie, 4 czapki (maciejówki). Oferta Domu Handlowego K. Rutkowskiego, mieszczącego się przy ulicy Wielkiej wyniosła 246 000 mk (1922 r.). Sekcja zdrowia zwracała się 12 maja 1930 r. do magistratu m. Wilna o zgodę na nabycie 10 czapek dla sanitariuszy Pogotowia po 9 zł.

Trudności finansowe Pogotowia

Miejski magistrat poszukiwał środków na utrzymywanie Pogotowia Ratunkowego albo nowych zwierzchników. Część wydatków przyjęta na siebie niedawno powołana kasa chorych (1922 r.), sugerując, by jej członkowie i ich rodziny mogli korzystać z pomocy lekarskiej Pogotowia. Opłata od każdej udzielonej pomocy wynosiła 2000 marek polskich. Dla stwierdzenia członkostwa wystarczyło wezwanie karetki przez Kasę Chorych i podanie numeru legitymacji członkowskiej, imienia, nazwiska i adresu chorego z wymienieniem miejsca zatrudnienia. Władze miasta zwróciły się do Polskiego Czerwonego Krzyża (PCK) z propozycją przejęcia Pogotowia z inwentarzem. Prezes wileńskiego oddziału dr med. J. Michniewicz odpowiedział, że *Pogotowie ma lokalne znaczenie i nie może być subsydiowane przez zarząd główny PCK*.

Po nieudanych próbach magistratu przekazania Pogotowia Ratunkowego w inne ręce, z pomocą przyszły niektóre instytucje. Na przykład Wileńska Dyrekcja Kolejowa, której pracownicy wydziału przewoźno-taryfowego ofiarowali 41 tys. marek na

Pogotowie (1922 r.). Za pośrednictwem redakcji *Dziennika Wileńskiego* funkcjonariusze państwowej policji w Wilnie wpłacili dla Pogotowia 1.106.439 marek (1923 r.). Nie uchroniło to jednak Pogotowia od redukcji etatów lekarzy. Został tylko jeden etatowy lekarz. *Lekarze sanitarni, uznali dla siebie możliwe, celem przyjscia miastu z pomocą w utrzymaniu tak ważnej placówki, jaką jest Pogotowie, zaoferować swą pracę bez dodatkowego wynagrodzenia i organizować kolejne dyżury w Pogotowiu.* Magistrat podziękował lekarzom Bądryńskiemu, Brodzkiemu, Dokalskiemu, Jankowskiemu, Kiewliczowi, Legiejce, Narkiewiczowi, Poczterowi i Wrześniowi za ich wysoce obywatelskie zachowanie się w zaistniałej sytuacji.

Życie osobiste lekarzy i inspekcja

Dr Kodź zwrócił się 8 października 1924 r. do magistratu z prośbą o wydanie zaliczki w kwocie pensji, gdyż nie ustępowała choroba córki. Po następnych kilku dniach Jolanta Kodziówna zmarła. Dwa lata później kierownik Pogotowia zwracał się do pracodawców o kolejną zaliczkę pensji kwietniowej w wysokości 150 zł z powodu choroby żony. Równolegle z tragicznymi przeżyciami w rodzinie, kierownik Pogotowia borykał się z problemami w pracy. W urzędzie wojewódzkim została złożona skarga na Pogotowie. Wojewoda wnioskował do prezydenta miasta o niezwłoczną reorganizację Pogotowia i urządzenie przychodni oraz wyszkolenie personelu pomocniczego. W sierpniu 1929 r. naczelný lekarz wydziału zdrowia dr H. Rudziński w obecności szefa sekcji zdrowia dr W. Maleszewskiego, przeprowadził inspekcję w Pogotowiu Ratunkowym. Wykazała ona, że *personel urzęduje bez fartuchów, chociaż takie są. Sanitariusze, którzy podczas nieobecności lekarzy dokonują opatrunków, nie mają pojęcia o aseptryce oraz jak obchodzić się z materiałem aseptycznym opatrunkowym i instrumentami. Dość brudno, wiele zanieczyszczeń. Brak wyszkolonego personelu. Sterylizacja jest problematyczna, gdyż puszka do sterylizacji poddawana jest działaniu pary bez należytego ciśnienia, rozczyzny dezynfekcyjne nalewane są prosto ręką z butli. Pracujący w przychodni niższy personel nie ma podzielonych funkcji. Ci sami więc w porządku kolejności myją podłogi i wc, robią opatrunki. Tylko starszy sanitariusz ma fachowe wykształcenie, gdyż skończył roczny kurs Ziemskiej Szkoły Felczerskiej i służył kilka lat w instytucjach ziemskich, 2 sanitariusze służy od lat 20 i nie byli przez ten czas poddawani przeszkoleniu.*

Magistrat informował wileński urząd wojewódzki, że został zaangażowany nowy kierownik w osobie dr. M. Trzeciaka, sanitariusze byli na kilkumiesięcznych kursach przy oddziale chirurgicznym Szpitala św. Jakuba. *Personel został zaopatrzony w odpowiednią ilość fartuchów płóciennych i gumowych; nabyto stół opatrunkowy i naczynie na brudny materiał opatrunkowy; instrumenty chirurgiczne zostały uzupełnione i przechowywane w odpowiedniej szafie; materiał opatrunkowy jest odpowiednio przechowywany i sterylizowany w nabytym sterylizatorze.*

Lekarz Kazimierz Kodź nadal pracował w Pogotowiu. Mieczysławowi Trzeciakowi przyszła na świat córka Maria Danuta (1930 r.), Władysławowi Szemisowi syn Witold Roman (1930 r.). Wiadomo, że dr Szemis z synem wyjechał pierwszym transportem repatriantów (29 stycznia 1945 r.) przez Białystok do Poznania. Lekarz Pogotowia Feliks Dźwill zawarł związek małżeński z Heleną. W sierpniu 1930 roku był on w 3 baonie sanitarnym w Sokółce, dokąd został powołany do odbycia 6-tygodniowych ćwiczeń w rezerwie. Dr Jan Makarewicz (ur. 1902 r.) po prawie dwóch latach pracy w Pogotowiu został lekarzem powiatowym w Postawach (1937 r.), a po II wojnie światowej wyjechał z rodziną do Trójmiasta, gdzie jego syn Wiesław Antoni Makarewicz został profesorem biochemii i rektorem, a wnuk Wojciech Jan chirurgiem w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Magistrat miasta tymczasem zapowiedział w najbliższym czasie przystąpienie do remontu lokalu dla Pogotowia w domu miejskim, gdzie poprzednio mieścił się tabor. Pogotowie Ratunkowe miało rozpocząć kolejny etap działalności przy ul. Franciszkańskiej 2 (dziś Franciskonu 4). Kierownikiem ponownie był dr Kodź.

Magistrat miasta tymczasem zapowiedział w najbliższym czasie przystąpienie do remontu lokalu dla Pogotowia w domu miejskim, gdzie poprzednio mieścił się tabor. Pogotowie Ratunkowe miało rozpocząć kolejny etap działalności przy ul. Franciszkańskiej 2 (dziś Franciskonu 4). Kierownikiem ponownie był dr Kodź.

Stacja Pogotowia – Franciszkańska 2

Stacja Pogotowia przy ul. Franciszkańskiej 2 mieściła się w osobnym murowanym domu. Został on przez miasto gruntownie odrestaurowany i dostosowany do wymagań Doraźnej Pomocy Lekarskiej. Na parterze była poczekalnia, sala opatrunkowa.



Karetka z załogą przed siedzibą Pogotowia na ul. Franciszkańskiej 2. Drugi od prawej dr Jan Makarewicz, lata 1935-1936



Budynek przy Franciskonu 4 – stan obecny. Tytuł własności do tego budynku odzyskał zakon franciszkański, aktualnie trwa jego remont

kowa i sala przyjęć chorych, po drugiej stronie klatki schodowej znajdowały się dwa nieduże pokoje, w których mieściła się kancelaria i apteczka. Tu przechowywano przyrządy i narzędzia lekarskie niebędące w codziennym użytku, zapasowe kufry wyjazdowe, bieliznę i inny drobny inwentarz oraz materiały gospodarcze. Na piętrze były pokoje dyżurne lekarzy, sanitariuszy, kierowców samochodowych, kuchnia, łazienka z wanną, ubikacja i przedpokój. *Lokal był wilgotny, a także brakowało schronu przeciwołtowo-gazowego, chociaż miał on ogromną na całą długość piwnicę z potężnym murowanym sklepieniem, które podczas remontu rzekomo zostało zasypane gruzem, a wejściowe drzwi do niej zamurowano.* W podwórku tegoż domu miasto wybudowało nowe garaże samochodowe na trzy karetki. W jednym z większych urządzono specjalny kanał dla przeglądu i drobnych remontów karetek. Mieścił się tu mały podręczny warsztat samochodowy dla dokonywania drobnych remontów karetek. Lokal, garaże i podwórze były skanalizowane i wszędzie została doprowadzona woda. Pomiedzy lokalem a garażem znajdował się obszerny skład na opał. Poczekalnia posiadała aparat telefoniczny z dodatkowym aparatem w pokoju lekarzy dyżurnych. Stacja Pogotowia posiada urządzenie elektrycznych dzwonków alarmowych połączonych lekarz dyżurny – sanitariusz dyżurny – garaże. Urządzenie to pomagało szybciej porozumieć się w czasie alarmu i nie trzeba było np. biegać przez podwórkę do garaży.

Sala przyjęć chorych (sala opatrunkowa) posiadała stół chirurgiczny, stół opatrunkowy, stół na którym mieściła się księga

do wpisywania chorych, szafa metalowa z przyrządami i narzędziami lekarskimi do udzielania doraźnej pomocy lekarskiej, szafka z lekarstwami i półka do podręcznych płynów przy opatrunkach oraz statyw metalowy z dwoma rezerwuarami do płynów odkażających. Brakowało jeszcze Pogotowiu dobrego sterylizatora do materiałów opatrunkowych, jak również dobrego urządzenia do stałego ogrzewania wody na stacji, np. do przepłukiwań bardzo potrzebnych w wypadkach zatruc.

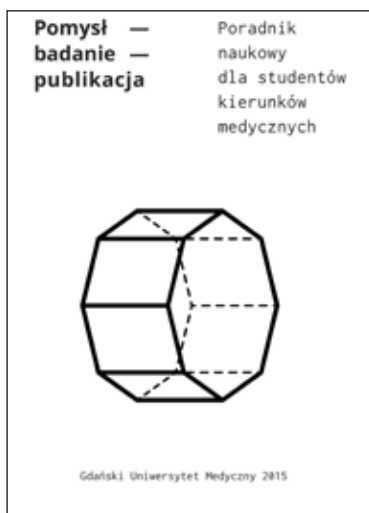
Zyta Kołoszewska



Zyta Kołoszewska jest magistrem administracji publicznej. Jej specjalizacją jest międzynarodowa turystyka. Mieszka i pracuje w Wilnie. Prezes Stowarzyszenia „Memoriale”, którego celem jest dokumentacja i odnowa miejsc pamięci narodowej. Aktywna działaczka harcerska oraz Społecznego Komitetu Opieki nad Starą Rossą, przewodnik wycieczek po Wilnie. Odznaczona Srebrnym Krzyżem Zasługi RP.

Pomysł – badanie – publikacja

Premiera podręcznika dla młodych naukowców



Historie wybitnych odkryć naukowych bywają gotowym tematem dla opowieści. Stanowią świadectwo zmagania ludzi z przeciwnościami losu, są niewyczerpanym źródłem nowych idei i nietuzinkowych pomysłów. W dzisiejszych czasach dużą część społeczeństwa szczególnie fascynuje medycyna. Według powszechnej opinii, oprócz niewątpliwych korzyści praktycznych, pomaga odkryć prawdę o samym człowieku. Medycyna

pyta: jak będzie przebiegać dana choroba? Czy oferowane leczenie będzie jednakowo dobre dla wszystkich pacjentów? Na czym polega wyższość jednego leku nad drugim? Dla młodych osób to czasem wystarczające powody, aby samemu spróbować sił na polu badań naukowych. Bardzo wielu z nas pragnie zajmować się nauką. Niestety tylko nieliczni wiedzą, jak robić to prawidłowo.

Chcielibyśmy wyjść naprzeciwko tym potrzebom. Naszym zdaniem to właśnie *Alma Mater* powinna być miejscem, gdzie każdy student będzie mógł zdobyć pierwsze, najważniejsze szlify w działalności badawczej. Macie Państwo przed sobą podręcznik *Pomysł – badanie – publikacja* – pierwsze polskie

wydawnictwo o tworzeniu nauki skierowane do studentów kierunków medycznych. Powstało w wyniku całkowicie oddolnej inicjatywy, a jego redakcją i składem zajęli się sami zainteresowani – studenci oraz młodzi absolwenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Elektroniczna wersja książki jest również dostępna na otwartej licencji poprzez stronę www.naukapoludku.pl

23 kwietnia 2015 r. o godz. 14 w ramach międzynarodowej konferencji studenckiej ISSC książka *Pomysł – badanie – publikacja* zostanie po raz pierwszy zaprezentowana szerokiej publiczności. Premiera odbędzie się w audytorium im. prof. Z. Kieturakisa w Centrum Medycyny Inwazyjnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego (UCK), ul. Smoluchowskiego 17, Gdańsk.

W programie:

- Oficjalne powitanie oraz otwarcie konferencji *ISSC International Student Scientific Conference in Gdańsk*.
- Wykład inauguracyjny *Ups and downs of evidence-based medicine* – prof. Jacek Jassem.
- Przedstawienie publikacji *Pomysł – badanie – publikacja. Poradnik naukowy dla studentów kierunków medycznych*.
- Debata z udziałem autorów Książki o przyszłości nauki i naukowców w Polsce.

Gości serdecznie zapraszamy do udziału w pozostałych, regularnych sesjach naukowych i warsztatach odbywających się w ramach konferencji ISSC. Organizatorami są *Remedium* – pismo studentów GUMed oraz Studenckie Towarzystwo Naukowe naszej Uczelni.

Przemysław Waszak,
student VI r. kierunku lekarskiego

Wręczono dyplomy absolwentom arteterapii

Zakończyła się III edycja studiów podyplomowych arteterapia. Ukończyły ją 23 słuchaczki. Oficjalna uroczystość odbyła się 14 marca br. w Sali Senatu Akademii Muzycznej w Gdańsku. Absolwentki otrzymały dyplomy ukończenia studiów wraz z suplementem tematycznym i godzinowym wykazem zajęć zawierającym nazwiska osób prowadzących zajęcia. Dyplomy wręczył rektor Akademii Muzycznej prof. Maciej Sobczak.

W tym samym dniu w Galerii Mariackiej w Gdańsku odbył się wernisaż malarski Katarzyny Kaczmarek, absolwentki I edycji studiów podyplomowych arteterapia. Wśród gości znaleźli się przedstawiciele trzech gdańskich uczelni prowadzących wspomniane studia: Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Akademii Sztuk Pięknych i Akademii Muzycznej oraz liczne grono słuchaczy I edycji studiów podyplomowych arteterapia.



Akademickie Mistrzostwa Pomorza w Narciarstwie i Snowboardzie

Srebrny medal wywalczyła drużyna studentek Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w narciarstwie w konkurencjach slalom i slalom gigant podczas VI Akademickich Mistrzostw Pomorza w Narciarstwie i Snowboardzie. Rywalizacja na stoku „Koszałkowo” w Wieżycy toczyła się 27 lutego br. Drużyna studentów GUMed w klasyfikacji drużynowej zajęła 3 miejsce. Najlepiej w indywidualnej klasyfikacji wypadł Adam Kroczyk (VI rok, kierunek lekarski), który w slalomie gigancie uplasował się na 3 miejscu. W rywalizacji, która toczyła się także o punkty do Akademickich Mistrzostw Polski, udział wzięło 54 zawodników z 6 pomorskich uczelni.

mgr Dariusz Łyżwiński,
Studium Wychowania
Fizycznego i Sportu





z *Wilna* do *Gdańska*



10

Zenobia Ewa Boj (1918-2009)



W domu przy nieodłącznym mikroskopie, 2008 r.

Zenobia Ewa Boj urodziła się 1 listopada 1918 r. w Niebożynie w województwie poznańskim. Matka Felicja z domu Bidzińska była nauczycielką w szkole powszechnej. Wychowywał ją dziadek, z zawodu gajowy, gdyż ojciec opuścił jej matkę i nigdy nie powrócił. Felicja osierociła ją w 1933 r. w następstwie zatrucia jadem kiełbasianym. Podstawową edukacją małej Zenki i jej wychowaniem zajęli się właściciele majątku ziemskiego w Niebożynie. Umożliwili jej naukę razem z własnymi dziećmi. Żyjący do niedawna jej młodszy kolega szkolny wspominał ją jako bardzo zdolną i pilną uczennicę. Do Gimnazjum im. Elizy Orzeszkowej uczęszczała w Wilnie, zdając maturę w 1938 r. z oceną celującą. W tym samym roku podjęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Po zaliczeniu I roku, wybuch wojny zastał ją u przyjaciółki w Białej

Podlaskiej. Pozostała tam do marca 1942 r., pracując jako pomoc pielęgniarki w tamtejszym szpitalu. Wyjechała do Lwowa, gdzie początkowo pracowała jako pielęgniarka, następnie jako karmicielka wszy w Instytucie kierowanym przez prof. Rudolfa Weigla. Równocześnie podjęła przerwane studia, zaliczając we Lwowie II i III rok studiów lekarskich. W lutym 1944 r. wyszła za mąż za kolegę ze studiów – Eugeniusza Boja. Z tego związku urodziło się dwóch synów – Jerzy (1950) i Jacek (1956). Od kwietnia 1945 r. kontynuowała studia lekarskie na IV i V roku w Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, uzyskując absolutorium w czerwcu 1946 r. W tym okresie pracowała jako pielęgniarka operacyjna w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie. W Krakowie zdała część egzaminów dyplomowych, a pozostałe już w Akademii Lekarskiej w Gdańsku, gdzie 2 sierpnia 1946 r. otrzymała dyplom lekarza. Już w kwietniu 1946 r. podjęła pracę w Zakładzie Anatomii Patologicznej ALG, początkowo jako młodszy asystent, następnie jako starszy asystent, a potem adiunkt. W 1949 r. doktoryzowała się na podstawie pracy *Przyczynki do anatomii patologicznej i histologii tzw. zaburzeń odżywiania u osesków*, w 1953 r. uzyskała specjalizację drugiego stopnia z zakresu anatomii patologicznej. Tytuł naukowy docenta uzyskała w czerwcu 1955 r., przechodząc na stanowisko docenta etatowego. Tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego otrzymała w 1975 r., a profesora zwyczajnego w 1985 r. Po śmierci prof. W. Czarnockiego w 1963 r. przez pewien czas pełniła obowiązki kierownika Zakładu. Katedry jednak nie objęła, natomiast w 1971 r. powierzono jej kierownictwo Samodzielnej Pracowni Patomorfologii Wieku Dziecięcego w Insty-



Podczas spaceru w pobliżu domu letniskowego we wsi Długie w Borach Tucholskich, 2006 r.



Z synem Jerzym, lipiec 1953 r.

tucie Patologii AMG. W kwietniu 1973 r. objęła kierownictwo Zakładu Patomorfologii i sprawowała tę funkcję do roku 1988. W 1989 roku przeszła na emeryturę, nadal aktywnie przez wiele następnych lat uczestnicząc w działalności Katedry. Nigdy nie zrezygnowała z aktywności zawodowej. Będąc już na emeryturze nie rozstawała się z mikroskopem, nawet latem, gdy większość czasu spędzała z mężem w jej ukochanym wiejskim domu. Aż do śmierci w wieku 91 lat zajmowała się diagnozowaniem dla Zakładu Medycyny Sądowej.

Była opiekunem 26 specjalizacji, promotorem 12 doktoratów i opiekunem 2 habilitacji. Recenzowała 22 prace doktorskie, 11 rozpraw habilitacyjnych oraz oceniała dorobek naukowy w dwóch postępowaniach o nadanie tytułu profesora. Była człowiekiem wielkiej pracowitości, rzetelności i wielkiego poczucia obowiązku. Obdarzona talentem pedagogicznym miała doskonały kontakt z młodzieżą. Była prawdziwym nauczycielem akademickim. Wykładając i kształcąc studentów oraz współpracowników służyła im chętnie swoim bogatym doświadczeniem. Do studentów zwracała się nie inaczej jak *panie kolego*, szanowała ich czas stawiając się punktualnie na umówione egzaminy, nawet w środku lata. Była jednak bardzo wymagająca, co wspomina jest po dziś dzień.

– Syn Jerzy tak wspomina: *Będąc harcerzem, na jednym z obozów poparzyłem sobie bardzo poważnie stopę. Poszedłem na piechotę 5 km do najbliższej przychodni. Tam przyjął mnie*



Eugeniusz i Ewa Bojowie, Bory Tucholskie 2005 r.

ZAKŁAD ANATOMII PATOLOGICZNEJ	
Kierownik: Wilhelm Czarnocki, dr w. n. lek., prof. zwyczaj. anatomii patologicznej	
Adiunkt: Ewa Boj, lek.	
Asystenci starsi: Eugeniusz Madyjewicz, lek., Michał Tomaszewski, lek.	
ZAKŁAD MIKROBIOLOGII	
Kierownik: Jerzy Morzycki, dr w. n. lek., prof. zwyczaj. mikrobiologii	
Adiunkt: Abdon Stryszak, dr wet., doc. U. W.	
Adiunkt tytularny: Stefan Kryński, dr w. n. lek.	
Asystent młodszy: Witold Kühnberg	
ZAKŁAD FARMAKOLOGII	
Kierownik: vacat	
ZAKŁAD HIGIENY	
Kierownik: Edward Grzegorzewski, dr w. n. lek., prof. zwyczaj. higieny	
Kierownik Szkoleniowego Ośrodka Zdrowia: Jerzy Lubczyński, dr w. n. lek., zast. prof. higieny	
Adiunkt: Walerian Bogusławski, dr med.	
Asystent starszy: Jan Makarewicz, lek.	
Asystent młodszy: Antoni Urbanowicz	
ZAKŁAD MEDYCYNY SĄDOWEJ	
Kierownik: Stanisław Manczarski, dr w. n. lek., prof. nadzw. medycyny sądowej	
Asystent starszy: Eugeniusz Boj, lek.	
Asystent młodszy: Lech Czarnecki	
ZAKŁAD HISTORII I FILOZOFII MEDYCYNY	
Kierownik: Tadeusz Bilikiewicz, dr w. n. lek. i dr fil., prof. zwyczaj. historii i filozofii medycyny	
Asystent młodszy: Klementyna Bilikiewiczowa	
21	

Skład osobowy ALG, rok akademicki 1947/48

smutny lekarz. Gdy skojarzył moje nazwisko z mamą, ówczesnie docent Bojową, powiedział tak: dostałem od twojej mamy mocny wycisk. Bałem się jej jak ognia. Dwa razy zdawałem egzamin. Jednak dziś jestem jej wdzięczny za to. Potem głośno zawołał do pielęgniarki: – Siostró, mamy specjalnego pacjenta. Noga wygoiła się w kilka dni. Do dziś moja córka, psycholog, spotyka się z lekarzami wspominającymi babcię Ewę ciepło i z szacunkiem.

Zmarła 2 czerwca 2009 r. w Gdańsku. Została pochowana na cmentarzu w Oliwie.

oprac. prof. Wiesław Makarewicz
fot. z archiwum rodzinnego Jerzego Boja

Dary dla małych pacjentów

Atomówki ponownie odwiedziły pacjentów Oddziału Hematologii Dziecięcej. Siatkarki PGE Atom Trefl Sopot: Maja Tokarska, Katarzyna Zaroślińska i Izabela Bełcik przekazały sprzęt kupiony



fot. Yoorek Czapkowski

przez Fundację z Pompą – Pomóż Dzieciom z Białaczką. Ten sprzęt to kardiomonitor EMTEL, na który pieniądze zostały zabrane przez nauczycieli, uczniów i ich rodziców z Amerykańskiej Szkoły Podstawowej w Gdyni podczas przedświątecznej akcji charytatywnej. Ponadto specjalistyczna waga, pulsoksymetry i tace do leków będące efektem grudniowej zbiórki w akcji *Napompuj worek* zorganizowanej przez ambasadorkę Fundacji Maję Tokarską. Oddział otrzymał także 42 komplety pościeli ufundowanej przez producenta firmę Kieczmerski z Nakła nad Notecią. Kolejne pulsoksymetry i inhalatory Philips zawdzięczamy nauczycielom, uczniom i ich rodzicom szkół: Gimnazjum nr 29 w Gdańsku i Zespołu Szkół na Rotmance im. Karola Wojtyły oraz klasy VI a ze SP nr 1 w Gdańsku. Łączna wartość przekazanych darów to około 20 tys. zł. W przekazaniu sprzętu uczestniczyły również dyrektor Amerykańskiej Szkoły Podstawowej w Gdyni Jolanta Gudyka oraz Joanna Klimowicz-Szymczak, przedstawicielka Rady Rodziców.

Marta Czyż-Taraszkiewicz, prezes Fundacji z Pompą

Horyzont 2020 – szanse i możliwości wsparcia dla pomorskich uczelni

Badania, innowacje, współpraca nauki i biznesu – to nie tylko hasła, którymi naszpikowane są europejskie, krajowe i regionalne dokumenty strategiczne. Za nimi idą konkretne narzędzia utworzone z myślą o wsparciu pomorskich beneficjentów. Jednym z nich jest projekt INNOpomorze, który narodził się z chęci wzmocnienia współpracy między środowiskami biznesu, nauki i administracji. Obecnie trwa czwarta edycja tego funkcjonującego już od 2009 r. projektu systemowego – INNOpomorze IV – Innowacyjne Powiązania. Projekt realizowany jest przez samorząd województwa pomorskiego, spółkę InnoBaltica oraz stowarzyszenie Pomorskie w Unii Europejskiej, w ramach którego działa Biuro Regionalne Województwa Pomorskiego w Brukseli.

Horyzont 2020 w pigułce

Jednym z tematów wiodących w trwającej obecnie edycji projektu INNOpomorze IV – Innowacyjne Powiązania jest niewątpliwie nowy program ramowy UE w zakresie badań i innowacji Horyzont 2020. Powstał on w wyniku połączenia dotychczasowych funduszy unijnych: 7 Programu Ramowego w zakresie badań, rozwoju technologicznego i demonstracji, komponentu poświęconego innowacyjności Programu Ramowego na rzecz Konkurencyjności i Innowacji (CIP) oraz działań Europejskiego Instytutu Innowacji i Technologii (EIT). O dofinansowanie w programie mogą się ubiegać wszystkie grupy zainteresowane badaniami i innowacjami: od indywidualnych naukowców, instytucji naukowych, konsorcjów naukowo-przemysłowych do przedsiębiorstw, zwłaszcza MŚP. To uczelnie są jednak głównym beneficjentem programu, ponieważ bez zaangażowania środowiska akademickiego trudno jest wyobrazić sobie realizację jakiegokolwiek projektu badawczego lub działań innowacyjnych. Projekty w programie Horyzont 2020 wybierane są w drodze naborów ogłaszanych przez Komisję Europejską w ramach dwuletnich programów pracy. Obecnie obowiązującymi są programy na lata 2014-2015. Niedługo poznamy końcowe wersje programów prac na lata 2016-2017, w których określone zostaną tematyka i terminy naborów wniosków na kolejne dwa lata. Moment ten będzie w praktyce oznaczać intensywny czas przygotowań do tworzenia nowych koncepcji propozycji projektowych, które będą ubiegać się o dofinansowanie od początku 2016 roku.

Horyzont 2020 a pomorskie uczelnie

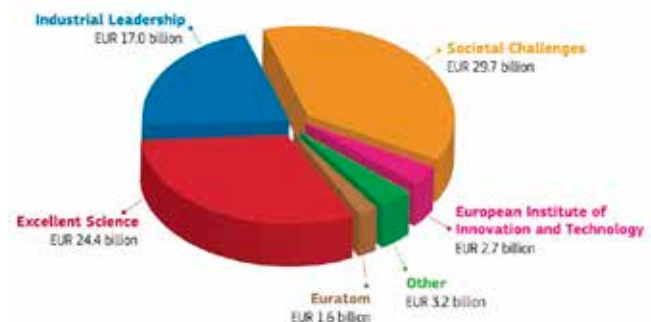
Dlaczego właściwie ten nowy instrument powinien zainteresować pomorskie uczelnie i w czym dokładnie tkwi jego potencjał?

Po pierwsze, to największy w historii program badawczy UE. Horyzont 2020 to budżet ponad 78 mld € (na lata 2014-2020) przeznaczony na realizację projektów w trzech kluczowych obszarach: doskonała baza naukowa, wiodąca pozycja w przemyśle oraz wyzwania społeczne. Ta niebagatelna suma środków zostanie rozdysponowana bezpośrednio z poziomu Komisji Europejskiej pomiędzy partnerstwa projektowe z całej UE (i państw stowarzyszonych). Warto więc, aby i pomorskie uczelnie coraz aktywniej sięgały po część tego tortu i nabierały doświadczenia w zabieganiu o środki, o które konkurować trzeba z partnerami z całej Europy.

Po drugie, Horyzont 2020 oferuje niepowtarzalną szansę na realizację projektów w międzynarodowych partnerstwach. Zaprośzenia do składania wniosków są najczęściej skierowane

do konsorcjów składających się z co najmniej trzech partnerów z trzech różnych państw europejskich. Zawijanie takich partnerstw to kolejny krok w kierunku internacjonalizacji naszych uczelni poprzez rozszerzenie sieci kontaktów i wymianę najlepszych praktyk z partnerami z całej UE.

HORIZON 2020 BUDGET (EUR 78.6 billion, current prices)



Po trzecie, Horyzont 2020 oferuje konkretne narzędzia skierowane do państw członkowskich, które, tak jak Polska, napotykały wyzwania w ubieganiu się o środki z 7 Programu Ramowego (poprzednika Horyzontu 2020) i które w związku z tym są, póki co, słabiej przygotowane do konkurencyjności z bardziej doświadczonymi graczami w pozyskiwaniu środków z programów badawczych. Kwestia tzw. poszerzania udziału (*widening participation*) została w Horyzoncie 2020 bardzo mocno zaakcentowana poprzez utworzenie instrumentów, takich jak: *teaming* (środki na utworzenie lub rozbudowę tzw. centrów doskonałości), *twinning* (środki na budowanie partnerstw między instytucjami badawczymi o międzynarodowej renomie, a ich odpowiednikami w mniej rozwiniętych regionach UE) i *ERA CHAIRs* (środki na przyciągnięcie do regionu wybitnych specjalistów w dowolnej dziedzinie naukowej). Sięgając po dostępne w ramach tych narzędzi środki, uczelnie mogą nie tylko zdobywać cenne doświadczenie owocujące kolejnymi projektami, ale również stają się atrakcyjnym partnerem do współpracy dla wiodących ośrodków badawczych z całej Europy. Warto tę szansę wykorzystać.

Po czwarte, Horyzont 2020 oferuje szereg możliwości związanych z komercjalizacją badań naukowych i kładzie szczególny nacisk na współpracę z firmami, w tym MŚP. W bogatej ofercie Horyzontu 2020 znajduje się np. instrument pilotażowy *Fast-track to Innovation* (FTI), który został uruchomiony w styczniu 2015 r. FTI dedykowany jest innowacjom wykazującym wysoki potencjał wdrożeniowy. Wymaga on konsorcjum projektowego, które pozwoli na zbudowanie trwałej współpracy, dotarcie do nowych rynków i szybkie wdrożenie dojrzałego rozwiązania (m.in. na poziomie 6 TRL). W zamian Komisja Europejska oferuje szybką ewaluację i wsparcie na poziomie nawet 2 mln € na projekt.

Wreszcie, przykłady konsorcjów z udziałem pomorskich beneficjentów pokazują, że mimo swojej skomplikowanej struktury i wielowątkowości Horyzont 2020 jest narzędziem dostępnym, dającym duże możliwości i znajdującym praktyczne zastosowanie. A w odnalezieniu się w gąszczu informacji związanych z programem beneficjentom pomagają m.in. Regionalny Punkt Kontaktowy ds. Horyzontu 2020 działający na Politech-

nice Gdańskiej oraz agent innowacji działający w Biurze Regionalnym Województwa Pomorskiego w Brukseli.

Agent Innowacji – brukselski łącznik

Pomysł na poszerzenie zespołu Biura Regionalnego Województwa Pomorskiego w Brukseli o specjalistę ds. innowacji wspomagającego pomorskie uczelnie pojawił się kilka lat temu w związku z rosnącą rolą innowacji i planami Komisji Europejskiej dotyczącymi zwiększenia środków na badania, innowacje i rozwój. Realizacja tego zamierzenia odbyła się dzięki środkom ze wspomnianego projektu InnoPOMORZE IV – Innowacyjne Powiązania, ale utworzenie tego stanowiska nie byłoby możliwe, gdyby nie wsparcie pięciu pomorskich uczelni należących do stowarzyszenia Pomorskie w Unii Europejskiej, w ramach którego działa Biuro Regionalne Województwa Pomorskiego w Brukseli. Pomysł uzyskał wsparcie i dofinansowanie ze strony: Akademii Marynarki Wojennej, Akademii Morskiej, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Politechniki Gdańskiej i Uniwersytetu Gdańskiego. Warto wspomnieć, że obok agenta brukselskiego współfinansowanego przez pomorskie uczelnie działa również zespół trzech agentów regionalnych przy spółce InnoBaltica.

Podstawowym zadaniem specjalisty ds. innowacji w Biurze Regionalnym Województwa Pomorskiego w Brukseli jest inicjowanie i wspieranie działań projektowych pomorskich jednostek, ze szczególnym uwzględnieniem uczelni, w ramach programów wspólnotowych UE, zwłaszcza Programu Horyzont 2020. Na podstawie pozyskiwanej informacji, której źródłem są liczne konferencje, seminaria informacyjne organizowane przez instytucje europejskie i regiony partnerskie w Brukseli, a także stały monitoring unijnej legislacji oraz ogłoszeń o naborach wniosków, przygotowana jest korespondencja mailowa, wysyłana następnie do szerokiego grona potencjalnych beneficjentów w naszym regionie. Obejmuje ona także liczne propozycje współpracy projektowej (*partner search*), które pochodzą od konkretnych partnerów z całej Europy, zainteresowanych pozyskaniem kolejnego podmiotu w ramach tworzonego międzynarodowego partnerstwa projektowego. Także pomorskie jednostki mają możliwość wysłania poprzez agenta innowacji swojego zapytania w celu znalezienia partnerów projektowych w innych regionach europejskich, wskazując w nim tematykę, zakres planowanych działań oraz kraj pochodzenia poszukiwanego podmiotu do współpracy. Z takiej możliwości skorzystało już kilka zespołów projektowych z Politechniki Gdańskiej oraz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

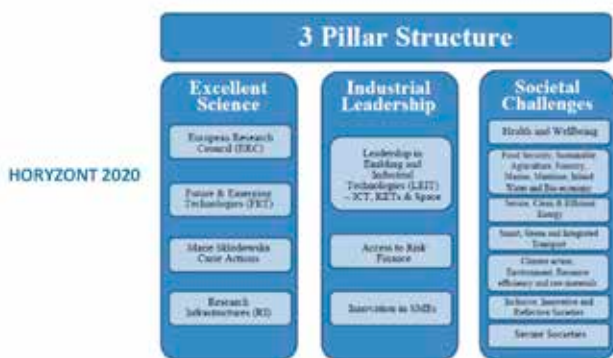
Do zadań specjalisty ds. innowacji należy również reprezentowanie pomorskich jednostek w sieci ERRIN (European Regions Research and Innovation Network – Europejska Sieć Współpracy Regionów na rzecz Badań i Innowacji). ERRIN, zrzeszając głównie przedstawicielstwa regionalne usytuowane w Brukseli, umożliwia szeroką współpracę ponadregionalną w celu wzmocnienia potencjału badawczego i innowacyjnego

swoich członków, m.in. w ramach funkcjonujących tematycznych grup roboczych. Dla przykładu, największą z dotychczasowych inicjatyw ERRIN, która zgromadziła w listopadzie ubiegłego roku w Brukseli ponad 700 osób z całej Europy, było zorganizowanie serii spotkań pod hasłem *New Horizon 2020 Brokerage Events*. W siedmiu wydarzeniach o szerokim spektrum tematycznym (energetyka, zdrowie, transport, woda, zaawansowane materiały i nanotechnologia, ICT oraz bioekonomia) wzięli udział przedstawiciele jednostek zainteresowanych aplikowaniem do programu Horyzont 2020 w ramach naborów wniosków w roku 2015. Wśród uczestników tej imprezy znaleźli się także Pomorzanie (m.in. przedstawiciele Politechniki Gdańskiej, Instytutu Maszyn Przepływowych, Instytutu Morskiego, Gdańskiej Fundacji Przedsiębiorczości (Inkubatora Starter) czy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego). Udział w tego typu spotkaniach to szansa uzyskania wiedzy na temat warunków tegorocznych naborów projektowych, wskazówek odnośnie etapu przygotowania i realizacji projektów, a także nawiązania kontaktów z europejskimi partnerami zainteresowanymi aplikowaniem do programu.

Od pomysłu do wniosku aplikacyjnego

Mamy nadzieję, że przedstawiona poniżej propozycja kompleksowego wsparcia na rzecz pomorskiego beneficjenta przyczyni się do zwiększonego udziału pomorskich uczelni w Horyzoncie 2020. Obejmuje ona połączenie działań brukselskiego agenta innowacji z działaniami Krajowego Punktu Kontaktowego Programów Badawczych UE w Warszawie oraz Regionalnego Punktu Kontaktowego Programów Ramowych UE w Gdańsku. Agent usytuowany w Brukseli pozyskuje u źródła bieżące informacje o programach wspólnotowych oraz naborach wniosków w zakresie tematycznym badań i innowacji, wysyłając je następnie do osób kontaktowych w regionie. Na podstawie zgłoszeń od zainteresowanych jednostek, dokonuje wstępnej oceny potencjalnych propozycji projektowych. Pełna ocena potencjału pomysłu projektowego oraz identyfikacja odpowiednich dla nich naborów wniosków następuje w Krajowym lub Regionalnym Punkcie Kontaktowym. Po potwierdzeniu ze strony ekspertów z Punktu Kontaktowego, agent rozpoczyna szeroki proces poszukiwania zagranicznych partnerów do wspólnej realizacji projektu, dodatkowo oferując zainteresowanym stronom możliwość organizacji spotkań projektowych w Biurze Regionalnym Województwa Pomorskiego w Brukseli. Ostatnim krokiem jest proces konsultacji, który odbywa się w Regionalnym Punkcie Kontaktowym przy Politechnice Gdańskiej i dotyczy strony administracyjnej projektu, to jest właściwego przygotowania wniosku aplikacyjnego. To oferta, z której warto skorzystać, aby zmaksymalizować swoje szanse na uzyskanie dofinansowania.

Sylwia Skwara,
agent innowacji w Biurze Regionalnym
Województwa Pomorskiego w Brukseli,
e-mail: innobroker@pomorskieregion.eu,
tel. (PL)+48 58 333 43 13 lub (BE)+32 2 207 13 75,
www.pomorskieregion.eu



Sylwia Skwara, agent innowacji: *Moim głównym zadaniem w Brukseli jest wspieranie udziału pomorskich uczelni w programach międzynarodowych – głównie w zakresie Horyzontu 2020 – poprzez zdobywanie u źródła informacji o możliwościach współpracy projektowej oraz pozyskiwania zagranicznych partnerów dla zespołów projektowych zainteresowanych aplikowaniem do programów wspólnotowych.*

ks. prof. dr hab. Marian Machinek MSF
Wydział Teologii, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Spór o aborcję w kontekście kontrowersji wokół wymiaru etycznego medycyny

Chociaż powszechne w starożytności wyobrażenia na temat sposobu poczęcia i rozwoju życia człowieka były w porównaniu ze współczesną wiedzą bardzo prymitywne, to jednak spędzanie płodu już wtedy budziło poważne kontrowersje. Znany i często przywoływany w tym kontekście fragment *Przysięgi Hipokratesa*, zgodnie z którą podanie kobiecie środka powodującego poronienie jest równoznaczne z czynem niegodnym lekarza i niemalże splamieniem sztuki medycznej¹, wskazuje na obecność w ówczesnej kulturze silnego nurtu antyaborcyjnego. Dyskusja na ten temat nie milnie przez wieki, a współcześnie nabiera szczególnego wymiaru, który warto uczynić przedmiotem refleksji. Wiąże się ona bowiem z samym kształtem i rozumieniem medycyny.

Specyfika medycyny

Nie ulega wątpliwości, że medycyna jest nauką specyficzną. Z jednej strony ma wszystkie cechy nauki przyrodniczej. Wiedza medyczna gromadzona jest dzięki właściwej dla tej grupy nauk metodzie empirycznej, z charakterystyczną dla niej obserwacją oraz doświadczeniem, a wyniki dociekań są intersubiektywnie sprawdzalne, można je potwierdzić lub falsyfikować. Ciało ludzkie, jego normalne funkcjonowanie wraz z zachodzącymi w nim procesami chorobowymi to wielkości mierzalne i podatne na obserwację, a więc także przewidywalne, przynajmniej do pewnego stopnia. Jednak to jest tylko jeden wymiar medycyny i kto chciałby w tym miejscu postawić kropkę, zubożyłby ją bardzo, a nawet ostatecznie określiłby jej sens zupełnie nieadekwatnie. Z drugiej strony bowiem medycyna jest niewątpliwie nauką humanistyczną. Wynika to wprost ze specyfiki przedmiotu jej zainteresowań. Posiadając ciało, albo precyzyjniej – będąc ciałem, człowiek jest jednocześnie nie tylko ciałem. Stanowi go również owa wewnętrzna przestrzeń, którą zwykło się określać jako sfera duchowa albo po prostu dusza. Cokolwiek by sądzić na temat jej pochodzenia i istoty, jedno wydaje się pewne: narzędzia nauk przyrodniczych wydają się tu raczej siermiężne i ostatecznie zupełnie nieprzydatne. Współczesny lekarz zdaje sobie sprawę, że nie może się jedynie skoncentrować na zaburzeniach cielesnych, gdyż nie leczy jakiegoś anonimowego serca, nerki czy mózgu, ale – lecząc pojedynczy organ – leczy żywego człowieka. By móc w procesie leczenia poznać i uwzględnić tę wewnętrzną przestrzeń człowieka, trzeba sięgnąć po inne metody, właściwe dla nauk humanistycznych: filozofii, a także – biorąc pod uwagę specyfikę zadawanych przez chorych pytań – teologii. W tym sensie medycyna jest więc również nauką humanistyczną.

Ta specyfika medycyny ukazuje się bardzo wyraźnie w wyjątkowości relacji, którą zwykło się określać jako terapeutyczną: relacji między lekarzem a pacjentem. To właśnie jej zdefiniowanie będzie decydowało o sposobie spojrzenia na tytułowy spór niniejszego przedłożenia – spór o aborcję. Jej etyczna ocena jest pochodną sposobu, w jaki będzie się definiowało istotę medycyny, a w niej – istotę relacji terapeutycznej. O głę-

bokich przemianach w medycynie nie trzeba nikogo przekonywać. Szereg aspektów tych przemian jest nieuchronna. Do takich należą problemy związane z eksplozją kosztów w związku z rozwojem możliwości diagnostycznych i terapeutycznych, kwestie zarządzania dostępnymi środkami czy też nieuchronna fragmentaryzacja, wynikająca ze specjalizacji. Wśród dokonujących się przemian nie sposób nie dostrzec również wielu aspektów pozytywnych, do których należy np. myślenie całościowe, uwzględniające również elementy psychosomatyczne, czy też uwrażliwienie na samostanowienie pacjenta. Szereg zmian jest jednak niepokojących, a wśród nich najpoważniejsze dotyczą samych podstaw etyki medycznej.

Dotychczasowa koncepcja medycyny związana z tradycją proveniencji hipokratejskiej była nierzadko oskarżana o paternalizm, którego symbolem jest obraz lekarza jako „boga w biele”. Nie ulega wątpliwości, że tego typu nadużycia, uzależnione w ogromnej większości przypadków bardziej od osobowości lekarza niż od samej wizji relacji terapeutycznej, miały rzeczywiście miejsce. Medycyna hipokratejska miała jednak jedną istotną zaletę: jasno formułowała *wiodącą wartość*, wokół której ogniskowała się relacja terapeutyczna, a którą było przywrócenie zdrowia i ochrona życia pacjenta. Ta koncepcja wiodącej wartości, rozumianej jako etyczny punkt odniesienia, przetrwała wieki i pozostała aktualna nawet wtedy, gdy zredukowano zagrożenie związane ze zbytnim paternalizmem i niedopuszczalnym uprzedmiotowieniem pacjenta. Dzięki temu relacja terapeutyczna była oparta na czymś, co można by określić jako *wspólną przestrzeń etyczną*, zobowiązującą tak lekarza, jak i pacjenta. Akceptacja tej wspólnej przestrzeni etycznej nie musiała być ani każdorazowo na nowo negocjowana, ani też specjalnie deklarowana, gdyż dla wszystkich było jasne: lekarz to ktoś, kto chroni życie i usiłuje przywrócić zdrowie, a pacjent to ktoś, kto dla osiągnięcia tych celów powierza siebie lekarzowi. Właśnie z takiego nastawienia wyrosła najwyższa zasada etosu lekarskiego: *salus aegroti suprema lex esto*, do dzisiaj obecna w Kodeksie Etyki Lekarskiej².

Nie ulega wątpliwości, że pogłębione rozumienie owego *salus aegroti*, czyli dobra chorego nie może być definiowane wyłącznie przez samego lekarza, ale dokonuje się w ścisłej interakcji z pacjentem i z poszanowaniem jego decyzji. Tendencja do zredukowania zbytniego nachylenia paternalistycznego doprowadza jednak czasem do tego, że w miejsce dyktatu „boga w biele” postulowany jest dyktat „boga bez stetoskopu”, a główną wartością etyczną i punktem odniesienia nie jest już *salus aegroti*, ale *voluntas aegroti*. Ta zmiana prowadzi do zupełnie odmiennej wizji medycyny, którą można by określić jako *medycyna (spełniania) życzeń*. Nie jest to zmiana kosmetyczna, ale fundamentalna. Staje się to widoczne już na poziomie języka. Nie mówi się już o (obiektywnym) dobru pacjenta, ale o jego (subiektywnym) interesie. Nie ma już leczenia, jest po prostu usługa medyczna, którą świadczy nie lekarz, ale usłu-

¹ *Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiercionośnej trucizny, ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją. Por. Przysięga Hipokratesa na <http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil68/tematy/hipokr> [dostęp: 29.01.2015].*

² *KEL Art. 2. 1. Powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu; lekarz nie może posługiwać się wiedzą i umiejętnością lekarską w działaniach sprzecznych z tym powołaniem. 2. Największym nakazem etycznym dla lekarza jest dobro chorego – *salus aegroti suprema lex esto*. Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne i wymagania administracyjne nie zwalniają lekarza z przestrzegania tej zasady.*

godawca. Ostatecznie w miejsce etosu pojawia się procedura, a od osobistej odpowiedzialności chroni system oraz procedury, których ścisłe stosowanie ma decydować o moralnej kwalifikacji lekarza. W ramach takiej koncepcji lekarz zostaje zredukowany do instancji spełniającej wolę pacjenta zgodnie ze standardami, czyli z zastosowaniem wiedzy medycznej i współczesnej techniki medycznej. Taka koncepcja medycyny, radykalnie rozumiana, nie bierze poważnie pod uwagę ani wiedzy i kompetencji lekarza, dzięki której może i powinien działać również nieszablonowo, ani też jego integralności moralnej jako osoby, a więc autonomicznego podmiotu. Wspomniana wyżej wspólna etyczna przestrzeń, jaką stanowią wartość zdrowia i życia, która miałaby zobowiązywać tak lekarza, jak i pacjenta, rozpada się.

Te obserwacje, związane z dokonującymi się przemianami w rozumieniu podstaw medycyny, pozwalają zrozumieć współczesną odstonę sporu o etyczny wymiar aborcji.

Prawo do aborcji?

Spór ten znowu wyraża się w języku. Chodzi o coraz częściej stosowany zwrot „prawo do aborcji”. Jest ona częścią propagowanych od lat 60. XX w. tzw. praw reprodukcyjnych. Gdyby chcieć je rozumieć w sensie *praw ochronnych* (w języku niemieckim używa się określenia *Abwehrrechte*), ich prawomocność nie sposób byłoby zaprzeczyć. Decyzje prokreacyjne stanowią kwestię tak dalece intymną i dotykającą moralnego samostanowienia każdej osoby, że każda ingerencja zewnętrzna w decyzje dotyczące tej sfery (zakładając oczywiście, że decyzje te nie naruszają podstawowych praw i godności innych osób) byłaby czymś niedopuszczalnym. Tak rozumiane prawa reprodukcyjne wyrażają się w stwierdzeniu, że państwo ani inne instytucje i osoby nie mają prawa stawiać przeszkód bądź stosować przymusu wobec swoich obywateli w zakresie zakładania rodziny i posiadania potomstwa.

Wraz z przesunięciem w kierunku wspomnianej powyżej medycyny życzeniowej, pojawiło jednak nowe rozumienie praw reprodukcyjnych. Celem wielu kampanii społecznych jest uczynienie z nich już nie tylko praw ochronnych, ale *uprawnień* (niem. *Anspruchsrechte*), spełnienia, których jednostka może się domagać od państwa. Oznacza to nie tylko stworzenie odpowiednich warunków ustawowych dla decyzji prokreacyjnych, ale także (przynajmniej częściowe) zainwestowanie w tym celu logistycznych, materialnych i finansowych resursów, którymi państwo dysponuje. Wśród tak rozumianych „praw reprodukcyjnych” wymienia się także prawo do „legalnego i bezpiecznego przerwania ciąży”, które, jak się twierdzi, powinno być powszechnie zapewnione, respektowane i wspierane. Dotychczas postulaty tego typu formułowane były w formie tzw. miękiego prawa (*soft law*), jak określane są różnego rodzaju deklaracje, postulaty, odezwy czy rekomendacje organizacji lobbujących czy gremiów międzynarodowych. Nagromadzenie tego typu teoretycznie niewiążących dokumentów ma jednak doprowadzić do tego, że „prawa reprodukcyjne” wraz z prawem do aborcji staną się elementami „twardego prawa” (*hard law*), co sprawiłoby, że prawodawcy w poszczególnych państwach zostaliby zobligowani do dostosowania do nich lokalnych kodyfikacji prawnych. Jednocześnie usiłuje się jak najściślej powiązać prawo do aborcji z katalogiem podstawowych praw człowieka, jako uprawnienie wprost z tego katalogu wynikające. Przy takim rozumieniu odmowa dostosowania regulacji prawnych do tego wymogu, ale także odmowa wykonania aborcji czy też współdziałania w jej wykonaniu przez pracowników służby zdrowia byłaby traktowana jako naruszenie praw człowieka. To usytuowałoby lekarza (czy innego przedstawiciela jakiegos zawodu medycznego) odmawiającego aborcji w roli przestępcy i do tego jeszcze traktującego pacjentkę ze szcze-

gólnym okrucieństwem przez naruszenie podstawowych praw człowieka. W przypadku takiego rozumienia prawa nie można by również powołać się na sprzeciw sumienia.

Patos praw reprodukcyjnych nabiera nowego wymiaru w kontekście wprowadzenia na rynek i upowszechnienia preparatów działających przeciwnieźdźdzeniowo, do których należy także tabletką ellaOne, znana także pod nazwą pigułki „po”³. W wielu wypowiedziach ginekologów i przedstawicieli przemysłu farmaceutycznego podkreśla się, że nie należy jej wymieniać w kontekście aborcji, gdyż *nie powoduje przerwania istniejącej ciąży*. Taki dobór słów jest nieprzypadkowy. Stoi za nim określona definicja ciąży, w ramach której za początek ciąży traktuje się dopiero zagnieżdżenie embrionu w macicy. Wszystko, co dzieje się wcześniej, w pierwszych kilku dniach życia embrionu, gdy wędruje on w jajowodzie w kierunku macicy, intensywnie się rozwijając, a więc od zapłodnienia do zagnieżdżenia, nie podpada tu pod definicję ciąży. Powstały już embrion, a więc istota ludzka, która rozpoczęła swoje unikalne i jedyne życie, jest traktowany jako lekko zmodyfikowana (bo zapłodniona) komórka jajowa, której nie trzeba poświęcać wiele uwagi. Zabicie takiego wczesnego embrionu nie będzie więc także traktowane jako działanie wczesnoporonne. Kwestia aborcji znika tu zupełnie z pola widzenia jako problem moralny, a staje się kwestią prywatną, ograniczoną do dostępności preparatu medycznego lub jej braku.

Nowe akcenty w argumentacji etycznej dotyczącej aborcji

Dyskusja o dopuszczalności aborcji była przez całe dziesięciolecie prowadzona w kontekście obowiązku państwa do ochrony życia wszystkich obywateli z jednej, ale także szacunku dla wyjątkowości sytuacji ciąży oraz okoliczności z nią związanych i konsekwencji, jakie za sobą pociąga, z drugiej strony. Obecna dyskusja etyczna, prowadzona w ramach wzrastającej popularności medycyny (spełniania) życzeń, przechyla się coraz bardziej w kierunku wyakcentowania prawa kobiety do samostanowienia, powiązanej z negacją osobowego statusu dziecka poczętego. Obydwa te założenia wymagają krytycznej analizy.

Najpierw należy przyrzeć się definicji prawa do samostanowienia. Nie ulega wątpliwości, że należy ono do podstawowych praw osoby i również w odniesieniu do zachowań prokreacyjnych, jak to już wyżej stwierdzono, pozostaje ono w mocy. Trudno też negować fakt, że nieplanowana bądź wręcz niechciana ciąża jest związana zazwyczaj z ogromną burzą emocjonalną i może stanowić poważną życiową próbę. Mimo tego nie można stwierdzić, że sprzeciw wobec aborcji narusza prawo kobiety do samostanowienia, gdyż prawo to nie pojawia się dopiero w momencie stwierdzenia ciąży. Właśnie w oparciu o prawo do samostanowienia podejmowane są kontakty seksualne, które mogą doprowadzić do poczęcia dziecka. Poczęcie nie jest nieprzewidywalnym zjawiskiem naturalnym, ale wynikiem decyzji, chociaż czasami niezamierzonym lub niechcianym wprost. Konsekwencją prawa do samostanowienia jest więc i to, że człowiek powinien przejąć odpowiedzialność za skutki swoich własnych decyzji⁴. Trudno więc zobowiązywać ustawodawcę lub pojedynczego lekarza do przejęcia odpowiedzialności za czyjeś osobiste, wolne wybory. Poza tym żaden człowiek nie może być przedmiotem niczyich uprawnień, jak mogą być nimi rzeczy czy dobra intelektualne, ale ma samo-

³ W początkach 2015 r. Komisja Europejska podjęła decyzję o zniesieniu obowiązku recepty i dostępności ellaOne w aptekach na życzenie konsumentów. Polskie władze zastosowały się do tej decyzji, wprowadzając jedynie ograniczenie wieku – 15 lat.

⁴ Por. E. Schockenhoff, *Etyka życia. Podstawy i nowe wyzwania*, tłum. K. Glombik, Wyd. Wydziału Teologicznego UO, Opole 2014, s. 494-501.

dzielne prawo do życia, które powinno być respektowane. Dotyczy to również dziecka poczętego. W szczególnie trudnych sytuacjach, np. gwałtu (gdzie nie można mówić o dobrowolnie podjętym współżyciu) czy poważnego upośledzenia dziecka, w których spontanicznie pojawia się współczucie wobec matki, która stała się ofiarą czynu przestępczego bądź też na którą spadnie ciężar opieki, trzeba pamiętać, że dziecko nie jest tu agresorem, a jedynie może stać się kolejną ofiarą sytuacji, w której się bez swojej winy znalazło. Czy jednak w stosunku do ludzkiego płodu można w ogóle używać pojęcia „dziecko”, czy „osoba”? – pytają sceptycy.

Dotykamy tu drugiej z powyższych kwestii, jaką jest pytanie o status embrionu lub płodu ludzkiego. Gdzie prawo kobiety do samostanowienia zostaje nadmiernie wyakcentowane, kwestia ta schodzi na dalszy plan albo w ogóle się nie pojawia, chociaż jest ona w sporze o aborcję bez wątpienia kluczowa. Postęp medycyny sprawił, że nie sposób już twierdzić, iż w przypadku embrionu czy płodu ludzkiego mamy do czynienia jedynie z „grudką komórek” lub z częścią ciała matki. Musi być on określony jako genetycznie i funkcjonalnie odrębny od matczynego organizm, który rozwija się mocą własnej dynamiki, chociaż pozostaje w znacznym stopniu zależny od organizmu matki i jest przezeń stymulowany w swoim autonomicznym rozwoju. By mimo wszystko móc uzasadnić etyczną prawomocność aborcji, stosuje się koncepcję tzw. stopniowanego statusu embrionu. W jej ramach uznaje się, iż embrion ludzki jest wprawdzie istotą ludzką, jednak osobą ludzką, a więc podmiotem praw, staje się dopiero w trakcie rozwoju. Mamy tu zatem do czynienia z koncepcją stopniowego wzrostu wartości, a więc także godności, wraz ze zwiększającą się masą ciała, specjalizacją narządów czy wykształcaniem zdolności. Największą słabością tej koncepcji jest fundamentalne pomieszanie płaszczyzn. Usiłuje bowiem wyrazić pojęcia etyczne, takie jak wartość i godność w kategoriach fizycznych, niemalże procentowych. W ramach takiego podejścia godność człowieka, jego status osobowy byłby stopniowalny, analogicznie do wartości rzeczy. Człowiek byłby zatem najpierw swoim „kandydatem na człowieka”, potem „ćwierćczłowiekiem”, „półczłowiekiem” itp. Gdybyśmy taką koncepcję przyjęli w stosunku do początku życia ludzkiego, dlaczego nie zastosować ją analogicznie również do jego końca? Wtedy umierający byłiby już np. jedynie „ćwierćludźmi”, co pozwoliłoby nie przejmować się tak bardzo ich losem w ramach opieki paliatywnej. Godność ludzka związana jest jednak nie ze stopniem rozwoju, ale z samym faktem istnienia: tam, gdzie istnieje życie konkretnej ludzkiej istoty, tam zasługuje ono na ochronę.

Trudno zatem byłoby obronić tezę, że ochrona dzieci poczętych bazuje jedynie na założeniach światopoglądowych, które wolno każdemu mieć i według nich postępować w przestrzeni prywatnej, natomiast kodyfikacje prawne powinny opierać się na „neutralnej” etyce. Już samo wyrażenie „etyka neutralna” jest tu nonsensem. Żadna etyka nie jest możliwa, bez odpowiedzi na pytanie, kim jest człowiek i jaka jest specyfika jego działania. Odpowiedź ta, obok rzetelnych wiedzy o faktach, będzie zawierała także elementy światopoglądowe. Bez tych elementów każda istota ludzka, nie tylko embrion i płód, ale także niemowlę, dorosły i starzec to jedynie mniej czy bardziej rozwinięta gruda komórek.

Kluczowa sumienia

Wobec prawa, które mimo wszystko dopuszcza aborcję, lekarz (i każdy inny przedstawiciel zawodu medycznego), który chce przestrzegać podstawowej zasady etycznej zawodu lekarskiego – ochrony życia, powinien móc się powołać do sprzeciwu sumienia. Jak to formułuje *Kodeks Etyki Lekarskiej*, lekarz ma obowiązek („powinien”) postępowania zgodnie ze

swoim sumieniem i współczesną wiedzą medyczną⁵. Rzecz ciekawa, że w KEL pojęcie sumienia nie zostało zdefiniowane. Można to interpretować bądź jako wyraz przekonania autorów kodeksu, że jest to pojęcie powszechnie rozumiane i akceptowane bądź też jako wyraz jego kapitulacji wobec sporu o sumienie, jaki toczy się w ramach refleksji etycznej. Nie ulega wątpliwości, że w pojęciu sumienia dochodzi do wniosku najbardziej fundamentalna zdolność ludzkiego rozumu i że działanie zgodnie z własnym sumieniem należy do najgłębszych potrzeb człowieka, a przymus zewnętrzny do działania z nim niezgodnego – do najbardziej brutalnych i odrażających naruszeń ludzkiej godności. Wiadomo jednak, że wrażliwość sumień różnych ludzi bywa odmienna i że nierzadko nie wydają one takich samych ocen w odniesieniu do tych samych sytuacji konfliktu moralnego. Obok tego subiektywnie-indywidualnego aspektu nie można więc zapominać o aspekcie obiektywnym. Nawet w kontekście faktycznego pluralizmu postaw moralnych można wskazać na obiektywizujące punkty odniesienia, którymi są np. fundamentalne wymagania szacunku wobec każdej osoby ludzkiej. Osąd sumienia jest sądem rozumu, a więc aktem poznawczym⁶. Mimo że prawda moralna nie jest mu dana w taki sam sposób jak prawda o rzeczywistości fizycznej, to jednak również w przypadku tej pierwszej człowiek nie jest w stanie ustanowić jej, a może ją jedynie odkryć i zająć wobec niej stanowisko. Sumienie pozwala rozpoznać moralne kordynaty sytuacji, w której znajduje się osoba i wydać werdykt o kwalifikacji moralnej zamierzonych lub dokonanych działań lub zaniechań. Różnica w osądzie sumień różnych osób w odniesieniu do tej samej lub podobnej sytuacji będzie zatem związana ze stanem ich świadomości moralnej, a ten może być uwarunkowany zarówno wychowaniem a potem samowychowaniem, jak i uprzednio dokonanymi decyzjami, za które człowiek ponosi już odpowiedzialność. Postępując zgodnie z własnym sumieniem, człowiek nie ma jedynie świadomości znajdowania się niejako w potrzasku własnej wrażliwości moralnej i nie ubolewa nad własną odmiennością, prosząc otoczenie jedynie o jej uznanie, ale ma świadomość postępowania zgodnego z rozpoznaną prawdą moralną, a więc racjonalnego i obiektywnego, a nie tylko subiektywnie właściwego. Co więcej, suponuje on, że racjonalność tego postępowania powinna być czytelna także dla innych. Jak się zdaje, taka supozycja stoi także za wyżej przywołanym sformułowaniem z Kodeksu Etyki Lekarskiej, gdyż zestawione w jednym zdaniu obie te instancje: sumienie oraz współczesna wiedza medyczna nie wydają się ze sobą konkurować, ale jedna wspiera drugą. Wrażliwość sumienia pomaga lekarzowi właściwie stosować współczesną wiedzę medyczną, wiedza ta z kolei dostarcza sumieniu lekarskiemu niezbędnych informacji do podjęcia odpowiedzialnych decyzji terapeutycznych.

Sprzeciw sumienia lekarza będzie więc, obok pragnienia zachowania integralności moralnej, wyrazem niezgody wobec oceny moralnej danego działania, jaką podzielił ustawodawca, nadając taki, a nie inny kształt prawu. W demokratycznym państwie taki sprzeciw, jeżeli nie narusza fundamentalnych praw innych osób, powinien być respektowany. Jest on nie tylko wyrazem poszanowania konstytucyjnego prawa do wolności sumienia każdego obywatela, ale także wyrazem otwartości ustawodawcy na coraz to lepsze rozwiązania prawne, których inspiracją bywają nierzadko postawy pojedynczych obywateli. Inaczej sytuacja wygląda w państwach totalitarnych, w których władza uzurpuje sobie prawo decydowania nie tylko o kształcie

⁵ KEL, art. 4 oraz art. 41. Osobny problem to zdefiniowanie „współczesnej wiedzy medycznej”. W coraz większym stopniu na to, co określa się jako współczesne standardy medyczne, składają się nie tylko wiedza medyczna, ale także decyzje ideowo-polityczne oraz podyktowane przestankami biznesowo-finansowymi.

⁶ Por. T. Styczeń, *Wprowadzenie do etyki*, Wyd. TN KUL: Lublin 1995, s. 110-112.

ustawodawstwa, ale także do decydowania o moralności jednostek. Wiedza o takich uzurpatorskich zapędach władzy oraz sprzeciw wobec łamania sumień nie jest, jak by się mogło wydawać, zdobyczą współczesności, ale zdaje się należeć do najstarszych intuicji moralnych ludzkości. W mistrzowski sposób wyraził tę intuicję starożytny tragic Sofokles, zestawiając na scenie swojej tragedii, na niemal pięć wieków przed Chrystusem, dwie postawy wobec niesprawiedliwego prawa: Ismeny i Antygony. Obie siostry mają świadomość, że wydany przez Kreona zakaz pogrzebania ich zmarłego brata, Polinejesa jest niesprawiedliwy, jednak zajmują wobec niego odmienną postawę. Ismena deklaruje swoją bezradność i uległość. W poczuciu bycia podległą władzy, jest gotowa *tych słuchać praw i gorszych jeszcze*⁷. Co więcej, pod zewnętrznym naciskiem dokonuje się jej osobista kapitulacja: nie tylko, jak twierdzi musi poddać się temu zakazowi i czuje się nim spętana, ale deklaruje wewnętrzną gotowość poddania się władcy. Ostatecznie jednak uzasadnienie takiej postawy brzmi bardzo pragmatyczne: sprzeciw byłby działaniem ponad siły, co uznaje za nieracjonalne. Jej siostra, Antygona, zajmuje diametralnie odmienną postawę. Choć w dialogu nie pada pojęcie sumienia, Antygona stała się ponadczasowym symbolem sprzeciwu wobec władzy właśnie ze względu na sumienie. Co więcej, stając przed zdumionym Kreonem i odpowiadając na pytanie o to, dlaczego śmiała się sprzeciwić władcy, znając jego zakaz, Antygona wskazuje nie tylko na swój siostrzany obowiązek, jakiego wymaga miłość do brata – mogliśmy to nazwać elementem subiektywnym jej postawy. Kluczem do jej sprzeciwu jest uznanie sprzeczności decyzji Kreona z prawami obwieszczonymi przez największego z bogów: Zeusa oraz bogini sprawiedliwości Dike. Wobec tych najświętszych boskich praw, które choć nie pisane, to jednak są wieczne, wola Kreona nie jest zgoła święta. Ujawnia się tu aspekt obiektywny sprzeciwu Antygony. Dotyczy on bowiem nie tylko konsekwencji decyzji Kreona w stosunku do losu Antygony, ale prawomocności tej decyzji jako takiej. Antygona przedkłada posłuszeństwo prawom bogów nad decyzje ludzkiego władcy, nawet jeżeli ma za to zapłacić życiem⁸.

Przywołanie w tym miejscu arcydzieła Sofoklesa pozwala dostrzec znaczenie sprzeciwu sumienia lekarza oraz innego pracownika medycznego w sytuacji, gdy domaga się od niego dokonania lub też współuczestniczenia w aborcji. Oczekuje on od ustawodawcy szacunku dla jego sumienia, ale jednocześnie wyraża swój sprzeciw wobec prawa legalizującego aborcję. Zapewniającą prawo do sprzeciwu sumienia tzw. klauzula sumienia jest instrumentem prawnym, który zapobiega łamaniu sumienia pracowników służby zdrowia. Warto w tym miejscu przywołać Rezolucję nr 1763 Zgromadzenia Parlamentarnego Rady Europy z 7 października 2010 r. W Rezolucji tej stwierdza się, że żaden szpital, placówka czy osoba nie mogą być przedmiotem jakiegokolwiek presji czy dyskryminacji ani ponosić żadnej odpowiedzialności w wypadku, gdy odmówią przeprowadzenia aborcji czy eutanazji lub wzięcia udziału w którymś z tych zabiegów⁹. Teoretycznie klauzula sumienia jest zapewniona także w ustawodawstwie obowiązującym w Polsce. Teoretycznie, gdyż w Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentystry prawo do sprzeciwu sumienia zostało powiązane z obowiązkiem wskazania realnej możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza¹⁰. Należy krytycznie zapytać ustawodawcę, czy takie sformułowanie nie zawiera w sobie wewnętrznej sprzeczności? Zachowując prawo w takim kształcie, lekarz

musiałby ostatecznie i tak uczestniczyć w dokonaniu czynów, które ze względu na sumienie odrzuca. Trudno inaczej określić jego pośredniczącą rolę, która w każdym innym przypadku musiałaby zostać zakwalifikowana jako współudział. Jako poważną niespójność należy ocenić zapewnienie lekarzowi z jednej strony prawa do sprzeciwu sumienia, a jednocześnie nałożenie na niego obowiązku zapewnienia dostępu do wprawdzie legalnych, ale etycznie kwestionowanych przez niego świadczeń¹¹.

Obserwując dyskusję dotyczącą kształtu opieki medycznej w Polsce, zwłaszcza w kontekście kontrowersyjnych etycznie świadczeń medycznych, dostrzec można niepokojącą tendencję do traktowania sumienia w kategoriach przewrażliwienia moralnego, pewnej osobowościowej słabości, którą trzeba wprawdzie w pewnym zakresie tolerować, ale należy go generalnie postrzegać jako brak. Profesjonalizm lekarza (a więc także potencjalna możliwość awansu i kariery) wiązałby się z brakiem sprzeciwu sumienia i jego gotowością do wykonywania bez sprzeciwu wszystkich świadczeń, które zostały prawnie dopuszczone, niezależnie od oceny sumienia, która uznawana jest jako prywatna¹².

Jakiej medycyny pragniemy?

Mimo nieuchronnych i częściowo pozytywnych przemian w obszarze medycyny, zmiany w jej podstawowym rozumieniu i etycznym wymiarze nie są wydarzeniami naturalnymi, na które nie miałobyśmy wpływu, ale wynikiem refleksji i sporu oraz efektem kampanii społecznych, wpływu grup lobbujących itp. Zmiany w prawie również nie spadają z nieba, ale są uchwalane w efekcie sporów parlamentarnych, prowadzonych nierzadko pod naciskiem ograniczoności resursów, standardów, rekomendacji, rezolucji itp. Nie są to zmiany ani nieistotne, ani peryferyjne, ale dotyczą samego sedna zawodu lekarskiego. W stosunku do przyszłości medycyny w naszym kraju dwa pytania wydają się być fundamentalne: jedno dotyczy kierunku, w jakim kierunku pójdzie ustawodawstwo oraz tego czy prawo do aborcji stanie się w Polsce „twardym prawem”. Drugie dotyczy statusu lekarza i innych pracowników służby zdrowia, a przede wszystkim tego czy zostanie im zagwarantowana pełna wolność sumienia w razie sprzeciwu wobec aborcji i innych działań niezgodnych z podstawowymi zasadami etosu pracownika służby zdrowia. Na kształt tych zmian i ich kierunek niemały wpływ będzie miało samo środowisko lekarskie.

Powyższy tekst jest zapisem wykładu wygłoszonego przez Autora w dniu 18 października 2014 r. podczas X Gdańskich Spotkań z Etyką Lekarską poświęconych aspektem klinicznym i etycznym aborcji. Wyrażone w nim poglądy są opinią Autora i nie odzwierciedlają stanowiska redakcji Gazety AMG.

⁷ Sofokles, *Antygona*, tłum. M. Brożek, Ossolineum: Warszawa.

⁸ Tamże, s. 68-69.

⁹ *No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason.*

¹⁰ UZLiLD, art. 39.

¹¹ Warto w tym miejscu raz jeszcze przypomnieć słowa Jana Pawła II, skierowane 18 czerwca 2001 r. do katolickich położników i ginekologów: *Konflikt między presją społeczną a nakazami prawego sumienia może prowadzić do dylematu: czy porzucić praktykę zawodu lekarskiego, czy pójść na kompromis kosztem własnych przekonań. Stając wobec takiego problemu, winniśmy pamiętać, że istnieje droga pośrednia, dostępna dla katolickich pracowników Służby zdrowia, którzy pozostają wierni swemu sumieniu. Jest to droga sprzeciwu sumienia, który winien być respektowany przez wszystkich, zwłaszcza przez prawodawców.* Por. http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/przemowienia/ginekologodzy_18062001.html [dostęp 31.01.2015].

¹² Takie wrażenie można odnieść z lektury Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN, nr 4/2013 z dnia 12 listopada 2013 roku w sprawie tzw. klauzuli sumienia. Zob. <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/Stnowisko%20KB%20nr%204-2013.pdf> [dostęp: 31.01.2015]. Zob. też zdanie odrębne wobec tego stanowiska s. prof. Barbary Chyrowicz: <http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/4-2013-Chyrowicz.pdf> [dostęp: 31.01.2015].

Komentarz do artykułu ks. prof. M. Machinka

Przerwanie ciąży jest niewątpliwie poważnym aktem ingerującym w naturalny bieg rzeczy. Nie ma co do tego żadnych wątpliwości, niezależnie od światopoglądu i obowiązującego prawa. Ta ingerencja może mieć również swoje namacalne skutki w zdrowiu kobiety. Z tego też powodu budzi wiele kontrowersji, nie tylko na gruncie etyki, ale również od strony czysto medycznej i psychologicznej.

Zagadnienia tego nie można oceniać bez odniesień historycznych, w tym wypadku naszych, polskich. W Polsce przed 1993 rokiem obowiązywała całkowita swoboda prawna, ale i również szerokie przyzwolenie na przerywanie ciąży. Jeszcze jako student, a potem początkujący lekarz spotykałem kobiety nie tylko przerywające swoją ciążę będącą wynikiem jakiegoś wyjątkowego przypadku, ale często przerywające dwudziestą czy trzydziestą ciążę. Z punktu widzenia już tylko medycznego była to skrajna bezmyślność. Trzeba jednak uczciwie przyznać, że dostępność do skutecznych metod antykoncepcji była wtedy znacznie ograniczona, a funkcjonujące metody niedoskonałe. Również wiedza na te tematy była bardzo skąpa, niemalże stanowiła tabu.

Przemiany ustrojowe ostatniego 25-lecia oraz postęp w zakresie medycyny rozrodu doprowadził do udoskonalenia metod antykoncepcji. Dzisiaj prawie każda kobieta znajdzie środek antykoncepcyjny skuteczny i odpowiedni dla jej organizmu, chociaż jest też duża liczba kobiet opierających się skutecznie na naturalnych metodach kontroli urodzin. Te zmiany spowodowały, że tzw. niechcianych ciąż jest wyjątkowo mało.

Wprowadzona w 1993 roku *Ustawa o ochronie płodu ludzkiego* równocześnie uniemożliwiła legalne przerywanie ciąży bez poważnej przyczyny, co kiedyś nazywano wskazaniem społecznymi. To ograniczenie, będące bardzo ważnym kompromisem wielu środowisk, obowiązuje do dzisiaj. Po pierwszych, dość trudnych latach, kiedy to kobiety szukały miejsc tzw. podziemia aborcyjnego, w chwili obecnej nie słyszę już takich pytań. Zapewne jest to również wynikiem rosnącej świadomości własnej fizjologii oraz możliwości stosowania antykoncepcji, ale zapewne również lepszych warunków do zaakceptowania w rodzinie również tych nieplanowanych dzieci.

Nie ma żadnej wątpliwości, że przerywanie ciąży jest aktem nagannym i nie przynosi chwały ośrodkom je wykonującym, nawet z przyczyn uznanych prawnie. Jest to zresztą zgodne z duchem tej Ustawy, która bowiem nie *dopuszcza przerywania ciąży*, jak się potocznie, błędnie o niej mówi. Ustawa ta wskazuje sytuacje, w których przerywanie ciąży tylko *nie jest karalne* w trzech opisanych dość precyzyjnie warunkach, gdy ciąża jest wynikiem gwałtu, gdy płód obciążony jest ciężką i nieodwracalną wadą oraz gdy ciąża zagraża życiu kobiety ciężarnej. Równoległe do tego *prawa kobiety* zostaje określone prawo lekarza do niewykonywania zabiegu przy ściśle opisanej procedurze deklaracji *klauzuli sumienia*.

Skutkiem tej Ustawy było ograniczenie zabiegów przerywania ciąży do kilkuset rocznie w skali Polski. Jedni uważają taki stan za sukces, gdyż liczbę tych legalnych zabiegów ograniczono kilka tysięcy razy. Inni, podchodzący dogmatycznie do wartości życia uważają, że nawet 1 przypadek jest nadużyciem sztuki lekarskiej oraz naruszeniem zasad i norm postępowania lekarskiego. Trudność polega głównie na tym, że położnictwo zajmuje się dwoma pacjentami na raz. Co więcej, w trakcie rozwoju ciąży, w jej sytuacjach patologicznych interes dużego i małego pacjenta bywa sprzeczny. Przykładem z życia codziennego są choroby ciężarnej zaostrzające się w trakcie ciąży i zwiększające ryzyko jej śmierci oraz zmuszające nas do wcześniejszego ukończenia ciąży – tutaj ratując matkę narażamy urodzonego przedwcześnie noworodka na ryzyko powikłań z powodu wcześniactwa. Współczesna perinatologia jest pełna tego typu dylematów.

Koncepcja zdrowia wg WHO bierze pod uwagę również dobrostan psychiczny i społeczny człowieka. Jeżeli ciąża jest wynikiem gwałtu, to niewątpliwie powstały zarodek – przyszłe dziecko jest niewinną ofiarą tego aktu. Doktrynalne podejście antyaborcyjne pozostawiałoby jednak bez żadnej pomocy samą zgwałconą kobietę, dla której taka ciąża jest wyjątkowo traumatycznym przeżyciem. Wyrażane klerykalne opinie są w swej naturze słuszne, ale bardzo odległe od realiów życia codziennego, co powoduje, że są poddawane ostrej i często zbyt agresywnej krytyce.

Inną jest sytuacja, gdy znajdujemy płód znacznie uszkodzony. Wiemy, że związek psychiczny kobiety ciężarnej ze swoim przyszłym dzieckiem wzmacnia się wraz z czasem trwania ciąży. Z tego wynika, że dla niej zakończenie ciąży wcześniej jest mniej traumatyczne niż oczekiwanie z pełną świadomością na nieuniknioną śmierć płodu tuż przed porodem lub noworodka już po urodzeniu.

Trzecia sytuacja mieszcząca się w zakresie obecnie obowiązującej Ustawy to zdrowie kobiety ciężarnej wystawione na szwank. Tego typu sytuacje zdarzają się wyjątkowo rzadko, gdyż w wielu chorobach matki objawy choroby stają się nawet łagodniejsze, aby po porodzie, niestety, wrócić czasem z większą siłą. Na szczęście taka sytuacja zdarza się raz na kilka lat. Zresztą po ponad 30 latach pracy w najtrudniejszej placówce położniczej w naszym województwie doszedłem do wniosku, że w każdej ciąży kobieta oddaje trochę ze swego zdrowia (coś za coś), ale za to otrzymuje najpiękniejszą rzecz na świecie – macierzyństwo, czego niestety mężczyźni nigdy nie doświadczą.

Wracając do tematu aborcyjnego, podejście czysto dogmatyczne jest mocno wątpliwe, zwłaszcza oparte na dogmatach wiary, choć dobrze wyłożone posiada pozory słuszności. Bardzo sztywne stanowisko teologiczne w tej sprawie prowadzi do kontrreakcji przez osoby poddające pod wątpliwość wartość samego dogmatu, co jest niepotrzebne, gdyż grozi niebezpiecznym poddaniem pod wątpliwość sensu całej wiary. Żeby nie być gołosłownym można dla lepszego zrozumienia przytoczyć sytuację ciąży bliźniaczej monozygotycznej, gdzie dwoje ludzi powstaje z jednego zarodka, który to kilka dni po zapłodnieniu podzielił się na dwa osobne byty. Według dogmatu wiary, z chwilą zapłodnienia powstały człowiek otrzymuje duszę. Według innego dogmatu dusza człowieka jest niepodzielna. Jest już anegdotycznie powtarzane w środowisku położniczym pytanie, czy zatem tylko jeden z tych bliźniaków przejął niepodzielną duszę, czy też dogmat, który nie może być poddawany pod wątpliwość jest nieprawdziwy? To tylko przykład, że usztywnianie stanowiska z jednej strony czy nawet prowadzenie kampanii w sprawie własnych poglądów prowadzi do kontrreakcji z drugiej strony. Wydaje się, że tylko elastyczne i tolerancyjne odnoszenie się do osób o odmiennych poglądach jest w stanie zapewnić poszanowanie prawa, przy jednoczesnym szacunku dla osób myślących odmiennie. Widzenie spraw w kategoriach czarno-białych, bez szerokiego zakresu skali szarości, które przynosi życie, również w zakresie prawa do aborcji w naprawdę wyjątkowych sytuacjach medycznych, jest oczywiście wygodne dla uspokojenia sumienia osób o poglądach radykalnych, ale jest również w moim przekonaniu pozbawione empatii.

Co się tyczy prawa lekarza do odmowy udziału w przerywaniu ciąży, to prawo to jest generalnie szanowane, a sytuacje podrysowane i demonizowane w mediach są tylko zdarzeniami wyjątkowymi. W poprawnie działającym zespole, pracującym jako jedna rodzina, wszyscy wiedzą, kto ma poglądy odrębne i nie chce się angażować w proces przerywania ciąży. Szanując to prawo po prostu omija się personalne sytuacje drażliwe z korzyścią dla tej rodziny lekarskiej i dla pacjenta, bez żądania

radycznie brzmiących deklaracji na piśmie zgodnie z zapisem Ustawy.

Przepisy mówią, że lekarz odmawiający uczestnictwa w akcie przerwania ciąży musi wskazać inną osobę, u której ciężarna uzyska ustawową pomoc. Z punktu widzenia prawnego, lekarz będący lekarzem państwowego ubezpieczenia społecznego, musi wywiązywać się z zapisów ustawowych tego państwa. To uzasadnienie wydaje się być oczywiste. Odwrotnie, uważanie przekazania samej informacji za „współuczestnictwo w zbrodni” wydaje się kuriozalne i nieco naciągane. Można nie akceptować prawa do przerwania ciąży, można nawet uwiadomić o tym pacjenta, ale nie można nie szanować prawa. Czy

lekarz z grupy świadków Jehowy ma prawo do niezastosowania przetoczenia preparatów krwiopochodnych, tylko dlatego że uważa to za niewłaściwe?

Zakończyć należałoby również pytaniem retorycznym, na które nie otrzymam zapewne odpowiedzi, dlaczego na temat całkowitego braku prawa do aborcji najgłośniej mówią Ci, których to nigdy nie będzie dotyczyć bezpośrednio, czyli mężczyźni, księża i osoby wieku pozaprokreacyjnym?

prof. Krzysztof Preis,
kierownik Kliniki Położnictwa

Etyka słuchania – Rozmowy z pacjentem



Organizatorzy zapraszają na poczęstunek i dyskusję w kuliach.

Zebranie Oddziału Pomorskiego KSLP
12.45 – 1 termin
13.00 – 2 termin.

Organizatorami Konferencji są: Katolickie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, Oddział Pomorski; Towarzystwo Internistów Polskich, Oddział Gdański; Polskie Towarzystwo Lekarskie, Oddział Gdański; Komisja Etyki Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku.

Sponsorzy: Wydawnictwo medyczne Via Medica, Gdańsk; Polpharma SA.

odbędą się 11 kwietnia 2015 roku (sobota) w Auditorium Primum im. prof. Olgierda Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum, Gdański Uniwersytet Medyczny (al. Zwycięstwa 41-42, wejście od ul. M. Skłodowskiej-Curie).

Patronat nad Konferencją objęli: ks. abp Sławoj Leszek Głódź, metropolita gdański i prof. Janusz Moryś, rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

PROGRAM

- 9.00 – msza św. koncelebrowana w kościele Matki Boskiej Częstochowskiej przy ul. M. Skłodowskiej-Curie (księża Pallotyni); zaprasza ks. Błażej Kwiatkowski – duszpasterz Służby Zdrowia.
- 10.10-10.20 – otwarcie Konferencji w Auditorium Primum im. prof. Olgierda Narkiewicza – prof. Grażyna Świątecka, dr hab. Marcin Renke.
- 10.20-11.00 – *Wartość i sztuka słuchania* – ks. prof. dr Krzysztof Grzywocz, psycholog (Uniwersytet Opolski).
- 11.00-11.15 – dyskusja.
- 11.15-12.30 – dyskusja panelowa *Jak rozmawiam z pacjentem i jego rodziną* – prowadzenie prof. Grażyna Świątecka. Udział biorą: dr hab. Jolanta Wierzbka – pediatra (GUMed); dr Aleksandra Kicińska – internista (Gdańsk); dr Barbara Sęp-Kowalikowa – psychiatra (Gdańsk); dr Mirosław Batko – chirurg (Elbląg); dr Małgorzata Kaczmarek – medycyna paliatywna (Chojnice).
- 12.30 – zakończenie Konferencji.

Senat GUMed

Posiedzenie 19 stycznia 2015 roku

Senat pozytywnie zaopiniował wniosek w sprawie:

- zatrudnienia na stanowisku profesora nadzwyczajnego GUMed dr hab. Małgorzaty Sokołowskiej-Wojdyło.

Senat podjął uchwały dotyczące:

- określenia wzoru umowy o warunkach pobierania opłat związanych z odbywaniem studiów oraz opłat za usługi edukacyjne między Gdańskim Uniwersytetem Medycznym a studentem lub osobą przyjętą na studia,
- postępowania przy awansach nauczycieli akademickich na stanowiska pracowników naukowo-dydaktycznych i naukowych oraz przy ubieganiu się o stopnie i tytuły naukowe,
- kosztów pośrednich z działalności naukowo-badawczej finansowanej ze źródeł krajowych,
- narzutu kosztów ogólnouczelnianych w działalności usługowej, usługowo-badawczej i szkoleniowej,
- aktualizacji planu rzeczowo-finansowego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na 2014 r.

mgr Urszula Skatuba

Ważne informacje MNiSW

Z BIULETYNU MNiSW, 13 marca 2015 r.

16 marca br. rozpoczął się nabór wniosków w trzech konkursach Narodowego Centrum Nauki:

- OPUS – konkurs na projekty badawcze, w tym finansowanie zakupu lub wytworzenia aparatury naukowo-badawczej niezbędnej do realizacji tych projektów.
- PRELUDIUM – konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową nieposiadające stopnia naukowego doktora.
- SONATA – konkurs na projekty badawcze realizowane przez osoby rozpoczynające karierę naukową posiadające stopień naukowy doktora.

Wnioski można składać do **16 czerwca br.** Więcej informacji na stronie NCN.

Szansa dla Polek z innowacyjnymi pomysłami

W ramach Międzynarodowego Dnia Kobiet, komisarz ds. badań, nauki i innowacji C. Moedas ogłosił trzecią edycję Unijnej Nagrody dla Kobiet Innowatorek. Konkurs jest skierowany do kobiet posiadających własną działalność oraz korzystających obecnie lub w przeszłości z funduszy UE na badania i innowacje. Nagroda za pierwsze miejsce wynosić będzie 100 tys. €, za drugie 50 tys. €, a za trzecie 30 tys. €. Uczestnicy będą mogli składać wnioski do 20 października 2015 roku, a wyniki zostaną ogłoszone w 2016 roku.

Komisja Europejska przeznaczyła 1 mln € na opracowanie szybkiego testu, który sprawdzi czy pacjent musi być leczony antybiotykami, czy nie. Projekty można zgłaszać do **17 sierpnia 2016 roku**. Celem nagrody jest zmniejszenie nadmiernego stosowania antybiotyków. Test musi być tani, szybki, łatwy w obsłudze, a dla pacjentów nie- lub mało inwazyjny. Jest to jedna z pięciu nagród, które zostaną uruchomione w 2015 roku w ramach Horyzontu 2020.

Z BIULETYNU MNiSW, 20 marca 2015 r.

Polska Akademia Nauk ma nowego prezesa

Prof. Jerzy Duszyński został 19 marca br. wybrany na prezesa Polskiej Akademii Nauk. W głosowaniu pokonał prof. Mirosławę Marodę. Prof. Jerzy Duszyński jest biochemikiem, profesorem nauk biologicznych. W latach 2008-2009 był podsekretarzem stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Prof. Jerzy Duszyński został wybrany w drugim głosowaniu. Otrzymał 111 głosów.

Dofinansowania w ramach podmiotowej dotacji projakościowej

16 marca br. opublikowana została lista podstawowych jednostek organizacyjnych uczelni, które kwalifikują się do dofinansowania w ramach podmiotowej dotacji projakościowej. Kwoty dotacji nie są jeszcze znane. Wybrane wydziały i jednostki spełniają dwa kryteria: prowadzą kierunek, który uzyskał ocenę wyróżniającą Polskiej Komisji Akredytacyjnej w ramach oceny programowej w latach 2012-2014 i mają kategorię naukową A+ albo A.

Trwa nabór wniosków w programie „Mobilność Plus”

Celem programu „Mobilność Plus” jest umożliwienie młodym naukowcom, w tym uczestnikom studiów doktoranckich,

udziału w badaniach naukowych prowadzonych w renomowanych zagranicznych ośrodkach naukowych pod opieką wybitnych naukowców o międzynarodowym autorytecie w danej dziedzinie nauki. Program zapewnia finansowanie pobytu uczestnika programu w zagranicznej jednostce naukowej. Środki finansowe obejmują również koszty pobytu małżonka i/ lub niepełnoletnich dzieci uczestnika programu. Wniosek, wraz z wymaganymi załącznikami, należy złożyć w formie elektronicznej w systemie OSF do **15 kwietnia br.**

JPI AMR – Otwarcie naboru wniosków w II konkursie

17 marca br. Narodowe Centrum Badań i Rozwoju otworzyło nabór wniosków w ramach II międzynarodowego konkursu organizowanego w ramach programu JPI AMR. Konkurs skupia się na finansowaniu badań obejmujących temat *Repurposing of neglected antibiotics and characterising antibiotics or antibiotic and non-antibiotic combinations to overcome bacterial antibiotic resistance*. Wnioski wstępne należy składać do **12 maja br.** (17:00 CET), zaś wnioski pełne – do 25 sierpnia (17:00 CET).

Zostań ekspertem Komisji Europejskiej

Zachęcamy do rejestracji w bazie ekspertów Komisji Europejskiej, którzy m.in. będą oceniać wnioski składane w programie Horyzont 2020. Oferta skierowana jest do osób, które mają wysoki poziom wiedzy specjalistycznej i doświadczenie oraz dobrze znają język angielski. Potrzebni są naukowcy, przedsiębiorcy oraz specjaliści w dziedzinie innowacji. Rejestracja jest możliwa do końca trwania programu Horyzont 2020, ale warto zarejestrować się już teraz. Rejestracji dokonuje się poprzez Portal Uczestnika (Participant Portal).

Granty indywidualne Marii Skłodowskiej-Curie – konkurs otwarty

Ruszył konkurs na granty indywidualne Marii Skłodowskiej-Curie. Konkurs jest adresowany do doświadczonych naukowców, którzy w dniu zamknięcia konkursu mają więcej niż 4 lata doświadczenia w prowadzeniu badań lub stopień doktora. Są to granty wyjazdowe, na okres od 12 do 24 miesięcy do dowolnego kraju w UE lub stowarzyszonym z programem Horyzont 2020 (European Fellowships) lub do kraju trzeciego z obowiązkową roczną fazą reintegracyjną w dowolnym kraju europejskim (Global Fellowships). Wnioski składane są elektronicznie poprzez Portal Uczestnika przez zainteresowanego naukowca w porozumieniu z instytucją przyjmującą. Rejestracja będzie otwarta do **10 września br.**

Unikalny cyfrowy symulator procesów chemicznych powstaje w Łodzi

W łódzkim BioNanoParku rusza budowa ARUZ-a – Analizatora Rzeczywistych Układów Złożonych – największego na świecie cyfrowego symulatora pozwalającego odtwarzać przebieg złożonych reakcji chemicznych. Symulacje mają skrócić czas badań laboratoryjnych i zmniejszyć ich koszty.



Powstało Stowarzyszenie Muzeów Uczelnianych

W pierwszych dniach lutego br. zarejestrowano Stowarzyszenie Muzeów Uczelnianych. Wydarzenie to wieńczy dotychczasową współpracę polskich muzeów uczelnianych, rozpoczętą prawie 3 lata temu, m.in. z inicjatywy Muzeum GUMed. Nowo utworzona organizacja skupia w tej chwili ponad 20 jednostek z uczelni wyższych o różnym profilu. Uniwersytety medyczne (poza GUMed) reprezentują muzea: Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Lista ta nie jest oczywiście zamknięta, z czasem do Stowarzyszenia mogą przystąpić następne muzea.

Najważniejszym celem Stowarzyszenia jest działalność na rzecz rozwoju muzeów uczelnianych oraz zachowania dziedzictwa akademickiego poprzez jego ochronę, upowszechnianie, promocję, a także wspieranie gromadzenia, dokumentowania i konserwacji zabytków z nim związanych oraz inicjowanie i prowadzenie badań naukowych.

Przedstawiony szeroki zakres zainteresowań Stowarzyszenia wynika ze skali zadań i wyzwań stojących przed muzeami uczelnianymi. Dwa z nich wydają się najważniejsze: wybór obiektów do kolekcji oraz ochrona i zachowanie najnowszej historii nauki i uczelni. Oba wymienione wyżej cele naturalnie łączą się ze sobą. Kwestia kryteriów doboru eksponatów jest kluczową dla tworzenia kolekcji, stanowi również odzwierciedlenie obowiązujących trendów w muzealnictwie uczelnianym. W tym miejscu należy wspomnieć o jednej, niezbyt zresztą oryginalnej, lecz kardynalnej zasadzie – nie można zbierać wszystkiego. Niestety niewiele z niej wynika. Dlatego dyskusja dotycząca koncepcji tworzenia kolekcji, kierunków ich rozwoju i doboru obiektów toczy się nieustannie w środowisku muzealników.

Zachowanie i udostępnianie najnowszej historii uczelni wiąże się z pracami na rzecz historii nauki, która wydaje się być traktowana nieco po macoszemu. Postęp i nowe odkrycia w zakresie wszystkich dziedzin nauki są tak oczywistymi, iż wydają się nie robić na nikim wrażenia i nie prowokują dyskusji. Jesteśmy ich świadkami, a pracując na uczelni również uczestnikami. Z tej perspektywy nie wszystko możemy dostrzec, a w konsekwencji zapamiętać. Wiele drobnych epizodów tej niekończącej się historii bezpowrotnie przechodzi w przeszłość. Przedmioty – od dokumentów, poprzez notatki, korespondencję, wydawnictwa, aż po wielkie obiekty (np. elektrownię jądrową, którą planowano zachować jako muzeum) – z dnia na dzień skazane, przeznaczone do kasacji, zmieniają swój status. W niektórych szczęśliwych przypadkach zmiana ta polega na oddaniu do muzeum. Pełni ono rolę strażnika tradycji i dziedzictwa, gromadząc jak najwięcej z tego co było istotne dla życia uczelni lub stanowiło istotny jej dorobek.

Stowarzyszenie Muzeów Uczelnianych powstało z inicjatywy pracowników muzeów, którzy w 2012 r. rozpoczęli współ-



Okladka katalogu wystawy *Muzea Uczelniane – jesteście!*

pracę na rzecz ochrony i upowszechnienia osiągnięć uczelni wyższych. Truizmem jest stwierdzenie, że w tej dziedzinie jest sporo do zrobienia. Współpraca i nadana jej organizacyjna forma mają pomóc w tych działaniach. Warto przy tej okazji wspomnieć o pierwszej wspólnej wystawie *Muzea uczelniane – jesteście!* przygotowanej przez prawie 20 muzeów – ich liczba wzrastała – które przedstawiały swoje zbiory na plakatach prezentowanych w kolejnych miastach uniwersyteckich. Ta podróżująca po kraju ekspozycja pozwoliła widzom w wielu miastach zajrzeć do muzeów innych miast w przeciągu zaledwie kilku minut. Przykuła uwagę, zaintrygowała, nie pozwalała pozostać obojętnym. Być może zainspirowała zainteresowanie historią nauki. Wystawie towarzyszy wydany wspólnym staraniem i sumptem folder przedstawiający poszczególne muzea oraz – co bardzo ważne – zawierający najważniejsze informacje dotyczące możliwości zwiedzania ekspozycji. Wydawnictwo to spotkało się z życzliwym przyjęciem Czytelników. Planowana jest również angielska wersja tej publikacji. Więcej informacji o polskich muzeach uczelnianych znaleźć można również na stronie www.muzeauczelniane.pl, która dostępna jest już prawie 2 lata, będąc pierwszym zrealizowanym wspólnie projektem zaangażowanych placówek.

U progu działalności Stowarzyszenia Muzeów Uczelnianych żywić trzeba nadzieję, że uda mu się wypełnić statutowe zadania, a muzealnicy w nim skupieni zachowają dzisiejszy entuzjazm i zapał do upowszechniania dziedzictwa i tradycji uniwersyteckiej oraz historii nauki.

Ilustracją tekstu jest okładka wspomnianego katalogu wystawy. Najprawdopodobniej niebawem wydawnictwo będzie również dostępne w formie cyfrowej.

dr Marek Bukowski,
prezes Zarządu Stowarzyszenia Muzeów Uczelnianych

Trzy dyskietki – kolejne etapy postępu

W tym miesiącu zaglądamy na muzealną półkę, na której zgromadziliśmy eksponaty związane z zastosowaniem informatyki w medycynie. Trudno dziś wyobrazić sobie bez niej nie tylko diagnostykę i leczenie, jak również nauczanie i... funkcjonowanie Muzeum Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Trzy dyskietki – polska nazwa wprowadzona przez Jana Bieleckiego, twórcę wielu innych terminów z zakresu informatyki i techniki komputerowej – wyznaczające kolejne etapy postępu. Pozwalały na instalowanie oprogramowania, przenoszenie dokumentów, zapisywanie wyników przeszukiwania Medline'a (początkowo wyniki drukowane były w Bibliotece w postaci długich wstęg papieru), zgłaszania prac na sympozja, zjazdy i konferencje. Na początku egzotyczne, z czasem stały się nieodzownym elementem dekoracyjnym biurka każdego naukowca lub urzędnika. Ich wielkie dni przeminęły wraz z upowszechnieniem płyt CD i pendrive'ów. Około 2010 r. dyskietki 3,5 cala zaczęły znikać ze sklepów, zaprzestano również ich produkcji. Tym nie mniej – jak podaje Wikipedia – nośniki te stosowane są *jeszcze przez użytkowników przestarzałego sprzętu komputerowego w środowisku uniwersyteckim oraz oświacie*.

W 1975 r. rozpoczęto produkcję dyskietek 8-calowych, można było na nich dokonywać zapisu obustronnego – to największy z prezentowanych dziś nośników. Pojemność dyskietki 1024 KB. Należy dodać, że jak na ówczesne standardy to było dużo. Od połowy lat 80. XX w. częściej, można zaryzykować stwierdzenie, że powszechnie stosowano nieco mniejsze, również „miękkie” dyskietki o wymiarze 5,25 cala. Napędy do nich znajdowane są czasem w głębi przeróżnych pótek. Ze względu na swoją budowę były bardziej wrażliwe na uszkodzenia, łatwo natomiast zabezpieczało się je przed zapisem – zaklejając taśmą specjalne

TAJEMNICE Z MUZEALNEJ PÓŁKI



wycięcia na jej boku. Kolejnym ważnym krokiem rozwoju nośników danych było wprowadzenie w 1987 r. dyskietki 3,5-calowej o pojemności 1,44 MB. Masowe stosowanie upowszechniło również różnorodne pojemniki służące do ich przechowywania. Popularne były boxy po 10 sztuk lub większe, o wyrafinowanych kształtach i coraz bardziej skomplikowanych zamkach. Gromadzenie było niezbędne nie tylko dla archiwizacji danych, ale również ze względu na coraz większe programy instalacyjne zajmujące kilka lub nawet kilkadziesiąt dyskietek (Windows 95, Corel Draw, AutoCAD – w wersjach z lat 90.).

Prezentowane dyskietki przekazał do Muzeum prof. Jacek M. Witkowski. Dyskietka 8-calowa wykorzystywana była w pierwszym gdańskim aparacie TK.

dr Marek Bukowski,
Muzeum GUMed

Każdego ósmego dnia miesiąca na stronie internetowej www.gumed.edu.pl prezentowany jest wybrany obiekt z kolekcji Muzeum GUMed. Zostaną one zaprezentowane podczas specjalnej wystawy jesienią 2015 roku.

Próbne egzaminy Cambridge

Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych GUMed przy współpracy z Cambridge English Language Assessment zorganizowało 14 i 16 marca br. II edycję oficjalnego pre-testingu, tym razem na poziomie FCE (B2 – Upper-Intermediate). Egzamin złożony był z 3 części: Listening, Reading oraz Writing. Pre-test był poprzedzony 20-minutowym Anchor Test. Koordynatorem projektu była mgr Magda Warzocha, a nadzór nad egzaminem sprawowała dr Anna Kuciejczyk. Wyniki egzaminu poznamy wkrótce.

W tym roku akademickim Studium planuje kolejne bezpłatne pre-testingi egzaminów Cambridge, tym razem na poziomie IELTS.



Sukces torakochirurga naszej Uczelni i IFMSA-Poland

W tureckiej Antalyi odbyło się w dniach 2-8 marca 2015 r. 64 Międzynarodowe Spotkanie Studentów Medycyny (General Assembly March Meeting 2015).

Podczas kilkudniowego spotkania, odbywającego się dwa razy w roku, studenci biorą udział w sesjach poświęconych Programom Stałym Międzynarodowej Federacji Studentów Medycyny IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations) oraz w sesjach tematycznych. Tematem przewodnim tegorocznej edycji była pomoc humanitarna, która w związku z ostatnimi wydarzeniami na świecie wymaga coraz więcej zasobów ludzkich. Ponadto podczas sesji plenarnych zostały wybrane nowe władze Federacji na kolejny rok. Gdański Uniwersytet Medyczny był reprezentowany przez studentki kierunku lekarskiego – Karolinę Górską (koordynatora narodowego ds. zdrowia reprodukcyjnego i AIDS IFMSA-Poland) oraz Ritę Sharmę (koordynatora narodowego ds. wymiany naukowej IFMSA-Poland).

Najbliższe spotkanie studentów medycyny z całego świata odbędzie się już w sierpniu br. w Macedonii.

Co roku Federacja IFMSA wydaje w marcu i sierpniu magazyn *MSI (Medical Student International Magazine)*. W najnowszym wydaniu ukazał artykuł dr. Tomasza Marjańskiego z Katedry i Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej, który od wielu lat jest tutorem studentów zagranicznych przyjeżdżających na wymianę naukową do Gdańska.

Każdy artykuł, który ukaże się w magazynie *MSI*, to ogromne wyróżnienie w skali Federacji, zarówno dla autora, jak i IFMSA-Poland. W marcowym wydaniu *MSI* ukazał się także artykuł studentki naszej Uczelni Karoliny Górskiej (VI rok, kierunek lekarski) na temat projektu *Pink Lips*, którego celem jest uświadamianie kobietom znaczenia regularnego wykonywania cytologii i prewencji raka szyjki macicy. Podczas prowadzenia kampanii internetowej i bezpośrednich akcji społecznych zwracamy uwagę na problem wysokiej liczby zachorowań na raka szyjki macicy wśród młodych kobiet przez charakterystyczny atrybut – pomalowane na różowo usta. Artykuły dostępne są na stronie http://issuu.com/ifmsa/docs/msi_31_final

IFMSA jest największą organizacją studencką na świecie. Poprzez 123 organizacje członkowskie należą do niej studenci z ponad 100 państw. W strukturach IFMSA działa ponad 1 000 000 młodych ludzi na świecie.

Rita Sharma,
koordynator narodowy ds. wymiany naukowej IFMSA-Poland



Dr Tomasz Marjański



Od prawej: Karolina Górka, Rita Sharma

z Kalendarza Rektora

28.01.2015 r. – uczestniczył w uroczystości wręczenia nagrody im. Heweliusza prof. Krzysztofowi Narkiewiczowi.

5-8.02.2015 r. – wziął udział w 11 Akademii Dermatologii i Alergologii i 23 Światowym Dniu Chorego w Ustce.

16.02.2015 r. – uczestniczył w posiedzeniu Rady Naukowej Głównej Biblioteki Lekarskiej w Warszawie, na którym został

wybrany na sekretarza Rady Naukowej GBL na kadencję 2015-2019.

25.02.2015 r. – wziął udział w spotkaniu okrągłego stołu pielęgniarek i położnych, samorządu lokalnego oraz przedstawicieli NFZ. Rozmowy odbyły się w Filharmonii Bałtyckiej.

27.02.2015 r. – uczestniczył w posiedzeniu Prezydium KRASP, które odbyło się w Uniwersytecie Ekonomicznym w Poznaniu.

5.03.2015 r. – spotkał się z premier RP Ewą Kopacz w Warszawie.

11.03.2015 r. – wziął udział w Regionalnym Spotkaniu Menadżerów Ochrony Zdrowia, które odbyło się w Gdańsku.

Światowy Dzień Nerek

Światowy Dzień Nerek (ang. *World Kidney Day*) był obchodzony w roku bieżącym już po raz dziewiąty. Obchody zainicjowały: Światowa Federacja Narodowych Fundacji Nefrologicznych (International Federation of National Kidney Foundations), Międzynarodowe Towarzystwo Nefrologiczne (International Society of Nephrology), Europejskie Stowarzyszenie Nefrologiczne (European Renal Association, European Dialysis and Transplant Association) i wiele innych. Ze strony polskiej od samego początku obchody Światowego Dnia Nerek są organizowane wspólnie przez Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, Stowarzyszenie Nefrologia Polska (odpowiednik Narodowej Fundacji Nefrologicznej), Krajowy Zespół Konsultanta Medycznego w dziedzinie Nefrologii oraz Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Głównym celem ustanowienia tego Dnia było i jest zwrócenie uwagi na problemy związane z występowaniem chorób nerek w społeczeństwie oraz ich następstwa. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że przewlekłe choroby nerek były i są nadal niedocenionym z punktu widzenia epidemiologicznego zagadnieniem. Jak bowiem wynika z szeregu badań populacyjnych przeprowadzonych w wielu krajach na różnych kontynentach, co najmniej 7-10% ludzkości cierpi na przewlekłą chorobę nerek, w różnym stopniu zaawansowania. Na uwagę, także zasługuje fakt, że częstość występowania przewlekłej choroby nerek w wieku podeszłym jest zdecydowanie większe niż u osób młodszych, poniżej 65 roku życia. Uświadomienie tego faktu zarówno społeczności medycznej, jak też społeczeństwu jest ogromnie istotne, biorąc pod uwagę fakt, iż istnieje szereg nefarmakologicznych i farmakologicznych metod nefroprotekcji, czyli ochrony przed rozwojem i/lub postępowaniem przewlekłej choroby nerek.

Celem tegorocznego Światowego Dnia Nerek było zwrócenie uwagi na ryzyko rozwinięcia przewlekłej choroby nerek w różnych populacjach społeczeństwa, zwłaszcza u osób z czynnikami ryzyka PChN (np. z cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym). A hasłem tegorocznego Dnia było *Zdrowe nerki dla wszystkich* (ang. *Kidney health for all*).

Transplantacja nerki jest najlepszą metodą leczenia nerko zastępczego pacjentów z nieodwracalną, schyłkową niewydolnością nerek (5 stadium przewlekłej choroby nerek), w tym osób starszych. Rozpoczęcie leczenia nerko zastępczego zazwyczaj polega na rozpoczęciu dializ a następnie przeprowadzeniu badań na podstawie, których można włączyć chorego na listę oczekujących na przeszczepienie nerki. Jeżeli jednak przyjmujemy zasadę, że kwalifikacja do leczenia nerko zastępczego obejmuje również kwalifikację do przeszczepienia to pojawia się szansa na przeszczepienie nerki jeszcze zanim chory wymaga dializ (tzw. przeszczepienie wyprzedzające; ang. *pre-emptive kidney transplantation*). W przypadku oczekiwania na przeszczepienie nerki od dawcy zmarłego nie ma gwarancji na transplantację zanim pojawi się konieczność leczenia dializami. Jednak bezsprzeczną korzyścią, jaką odnosi chory nawet w przypadku rozpoczęcia dializ jest jego obecność na liście oczekujących na transplantację. Skraca to czas oczekiwania na transplantację o okres czasu potrzebny do przeprowadzania badań i

konsultacji niezbędnych do zgłoszenia na listę oczekujących. Wykazano, że im dłużej trwa leczenie dializami, tym gorsze są wyniki późniejszej transplantacji. Ponadto pacjenci, którzy otrzymują przeszczep w okresie przeddializacyjnym, unikają powikłań związanych z przewlekłymi dializami, np. znacząco podwyższonego ryzyka sercowo-naczyniowego. Dodatkowo bezpośrednie koszty transplantacji wyprzedzających (m.in. leki, opieka medyczna) są w wymiarze długoterminowym znacząco niższe niż koszty ponoszone w przypadku dializ. Przeszczepienie nerki od dawcy żywego daje szansę na zaplanowanie odpowiedniego terminu zabiegu i tym samym jest postępowaniem wychodzącym naprzeciw idei przeszczepiania wyprzedzającego. Wyniki transplantacji nerek od dawców żywych przewyższają te uzyskane przy przeszczepianiu nerek od dawców zmarłych. W Polsce przeszczepianie nerek od dawców żywych nie jest częste i stanowi od 2 do 5% wszystkich transplantacji. Dla porównania w innych krajach europejskich czy USA odsetek ten stanowi nawet od 20 do 60% wszystkich przeszczepień. W sytuacji niedoboru narządów od dawców zmarłych istotne wydaje się popularyzowanie przeszczepiania nerek od dawców żywych zarówno w społeczeństwie jak i wśród pracowników ochrony zdrowia mających wpływ na podejmowanie decyzji przez chorych i ich rodziny.

Nie wszyscy chorzy z przewlekłą chorobą nerek muszą dojść do jej 5 stadium, kiedy konieczna jest kwalifikacja do leczenia nerko zastępczego. Zawsze należy pamiętać, że gdy choroba wykryta jest we wczesnym stadium zaawansowania to szansa na jej wyleczenie lub zahamowanie dalszego uszkodzenia, bądź też zwolnienie tempa ich uszkodzania jest duża. Pierwszą oznaką uszkodzenia nerek jest obecność albumin w moczu. Badanie moczu pozwala na wykrycie nawet niewielkiej ich ilości już na początku choroby. Dodatkowo bardzo często w tej grupie chorych współistnieje nadciśnienie tętnicze. Nerki są głównym narządem w ustroju, który decyduje o prawidłowości ciśnienia tętniczego. Stąd w przypadku jakichkolwiek zaburzeń ich struktury i funkcji mogą stać się przyczyną nadciśnienia tętniczego. Z drugiej strony nadciśnienie tętnicze, szczególnie długotrwałe i źle kontrolowane może stać się przyczyną choroby nerek lub też spowodować postęp już istniejącego schorzenia tego narządu. Nadciśnienie tętnicze obok cukrzycy są głównymi sprawcami uszkodzenia nerek i konieczności leczenia nerko zastępczego. Dlatego też regularna i dobra kontrola ciśnienia tętniczego oraz właściwe leczenie cu-



Nowi doktorzy

NA WYDZIALE LEKARSKIM

stopień naukowy doktora habilitowanego nauk medycznych uzyskała:

dr n. biol. Anna ŻACZEK – adiunkt, Zakład Biologii Komórki Katedry Biotechnologii Medycznej, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i GUMed, praca pt. *Identyfikacja markerów molekularnych o znaczeniu prognostycznym i predykcyjnym w pierwotnych i przerzutowych ogniskach raka piersi*, uchwała Rady Wydziału Lekarskiego z dnia 12 marca 2015 roku w sprawie nadania stopnia naukowego doktora habilitowanego nauk medycznych w zakresie biologii medycznej – biologia nowotworów (postępowanie habilitacyjne w nowym trybie);

stopień naukowy doktora nauk medycznych w zakresie medycyny uzyskali:

1. lek. Łukasz PLICHTA – doktorant, Katedra i Klinika Otolaryngologii, praca pt. *Rak krtaniowej części gardła – wyniki leczenia i analiza czynników prognostycznych*, promotor – prof. dr hab. Czesław Stankiewicz, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 12 marca 2015 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
2. lek. Katarzyna PODSIADŁO – asystent, Klinika Położnictwa Katedry Perinatologii, praca pt. *Analiza czynników ryzyka i epidemiologia porodu przedwczesnego oraz jego wpływ na dobrostan płodu*, promotor – prof. dr hab. Krzysztof Preis,

krzycy stanowią podstawowe kanony skutecznej nefroprotekcji. Stąd tak ważna jest świadomość konieczności okresowej kontroli ciśnienia tętniczego, oznaczania mikroalbuminurii lub chociażby prostego i taniego badania ogólnego moczu oraz okresowego badania stężenia glukozy we krwi.

12 marca 2015 r. lekarze, pielęgniarki i studenci ze Studenckiego Koła Naukowego Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego wraz z Centrum Handlowym Madison oraz Fundacją Organiści zorganizowali akcję dla społeczeństwa Gdańska, podczas której mierzone było ciśnienie tętnicze, poziom glukozy we krwi i przeprowadzano badanie ogólne moczu. Dodatkowo chętni mieli okazję do konsultacji z lekarzem oraz do poszerzenia swojej wiedzy na temat schorzeń nerek, leczenia dializami, a także przeszczepiania nerki.

Podczas akcji przebadano prawie 100 osób, przeprowadzono liczne rozmowy edukacyjne i konsultacje dotyczące problemów zdrowotnych.

Drugim punktem obchodów Światowego Dnia Nerek w Gdańsku było spotkanie naukowo-szkoleniowe zorganizowane także pod patronatem Towarzystwa Internistów Polskich, które odbyło się 18 marca 2015 r.

Pierwszy wykład zaprezentował prof. Bolesław Rutkowski, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych GUMed. Przedstawił aktualne epidemiologiczne dane dotyczące przewlekłej choroby nerek. Zwrócił szczególną uwagę na problem częstego występowania tego schorzenia w populacji osób starszych (po 65 roku życia), a także na ryzyko rozwinienia choroby nerek, zwłaszcza u chorych z cukrzycą czy nadciśnieniem tętniczym. Dodatkowo zaznaczył, że cukrzyca jest najczęstszą przyczyną schyłkowej niewydolności nerek u pacjentów rozpoczynających leczenie nerkoza-

Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 12 marca 2015 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,

3. lek. Andrzej SADOWSKI – asystent, Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej, praca pt. *Ocena wpływu znieczulenia miejsca operowanego przed dokonaniem cięcia chirurgicznego podczas zabiegów amputacji piersi na jakość życia i natężenie bólu pooperacyjnego u chorych na raka piersi*, promotor – dr hab. Jacek Mirosław Zieliński, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 12 marca 2015 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny,
4. mgr Daria Barbara SCHETZ – pracownik, Katedra i Zakład Farmakologii, praca pt. *Analiza bezpieczeństwa farmakoterapii na terenie województwa pomorskiego*, promotor – prof. dr hab. Ivan Kocić, Rada Wydziału Lekarskiego w dniu 12 marca 2015 roku nadała stopień doktora nauk medycznych w zakresie medycyny.

NA WYDZIALE FARMACEUTYCZNYM

stopień naukowy doktora nauk farmaceutycznych uzyskał

mgr Zbigniew JAREMICZ – doktorant, Katedra i Zakład Farmakognozji, praca pt. *Roślinne systemy in vitro w biosyntezie, translokacji oraz biotransformacji alkaloidów tropanowych w wybranych gatunkach rodziny Solanaceae*, promotor – prof. dr hab. Maria Łuczkiwicz, Rada Wydziału Farmaceutycznego z OML w dniu 10 marca 2015 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych w zakresie farmakognozji, biotechnologii roślin.



stępcze. Natomiast alarmujące są wyniki badania Sopkard 15 przeprowadzone wspólnie z Katedrą i Kliniką Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii oraz Kliniką Chorób Nerek i Nadciśnienia Dzieci i Młodzieży. Pośród blisko 1000 przebadanych 14-15 letnich uczniów sopockich gimnazjów stwierdzono występowanie nadciśnienia tętniczego u blisko 10% badanych, a także albuminurii świadczącej o uszkodzeniu nerek u 9% poddanych badaniu.

Warto dodać, że wszystkie omawiane badania epidemiologiczne zostały przeprowadzone przez ośrodek gdański i należą do jedynych tego typu, nie tylko w Polsce, ale także w całym regionie Europy środkowo-wschodniej.

Drugim wykładowcą był dr Zbigniew Heleniak, który przedstawił zasady rozpoznania i leczenia cukrzycowej choroby nerek oraz omówił przypadek kliniczny chorego z niewydolnością nerek w przebiegu cukrzycy, będącego pod opieką tutejszego ośrodka od ponad 30 lat.

W spotkaniu uczestniczyło prawie 100 osób, w tym kierownicy i pracownicy innych klinik czy oddziałów internistycznych, a także studenci medycyny.

W tym miejscu bardzo dziękujemy prof. Bolesławowi Rutkowskiemu, a także prof. Alicji Dębskiej-Słizień, konsultantowi wojewódzkiemu w dziedzinie nefrologii za wsparcie i objęcie patronatem obchodów Światowego Dnia Nerek w Gdańsku.

Serdeczne podziękowania składam lekarzom, pielęgniarkom z Kliniki Nefrologii oraz studentom ze Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Nefrologii za pomoc w zorganizowaniu akcji.

dr Zbigniew Heleniak,
opiekun SKN przy Katedrze i Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Na Targach Ofert Edukacji Akademickiej

Pracownicy Uczelnianego Centrum Rekrutacji wraz ze studentami zdrowia środowiskowego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przedstawili ofertę kształcenia podczas XXI Targów Ofert Edukacji Akademickiej PROMOCJA EDUKACYJNA 2015, które odbyły się w dniach 25-26 marca br. w auli Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

Młodzież szkolna mogła zapoznać się z ofertą dydaktyczną oraz z zasadami rekrutacji na studia. Podczas trwania imprezy kandydaci na przyszłych studentów mieli możliwość porozmawiać z doradcami zawodowymi z UMK.

Zostały zorganizowane również spotkania z przedstawicielami Okręgowej Komisji Egzaminacyjnej z Gdańska, co pozwoliło uczestnikom poszerzyć swoją wiedzę w zakresie egzaminów maturalnych.



Kadry GUMed

Tytuł profesora otrzymali:

prof. dr hab. Anna Dubaniewicz
prof. dr hab. Jan Zaucha

Stopień doktora habilitowanego otrzymali:

dr hab. n. med. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz
dr hab. n. med. Anna Starzyńska

Na stanowisku profesora nadzwyczajnego została zatrudniona

dr hab. Ewa Pilarska

Na stanowisku adiunkta zostali zatrudnieni:

dr med. Piotr Czapiewski
dr n. med. Renata Piotrowska
dr Bartosz Słomiński

Na stanowisku starszego wykładowcy został zatrudniony

dr n. med. Sławomir Wójcik

Jubileusz długoletniej pracy w GUMed obchodzą:

20 lat

dr n. med. Rita Hansdorfer-Korzon

dr hab. Michał Markuszewski

25 lat

dr hab. n. med. Rafał Pawlaczyk
dr n. hum. Dariusz Wieczorek

30 lat

Genowefa Gibas

Pracę w Uczelni zakończyli:

dr med. Jacek Brodzicki
dr hab. n. med. Dagmara Hering
dr Adam Krzystyniak
dr med. Agnieszka Matheisel
mgr Barbara Niewiarowska
dr n. techn. Michał Papaj
dr med. Katarzyna Poławska
dr med. Iwona Szychlińska
dr med. Krzysztof Szyndler

Zmiany w zakresie pełnienia funkcji kierowników jednostek organizacyjnych

Z dniem 1.03.2015 r. dr hab. Katarzynie Sikorskiej powierzono funkcję kierownika Zakładu Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii IMMiT.

Kadry UCK

Jubileusz długoletniej pracy obchodzą:

20 lat

Dariusz Białecki
Joanna Leśniewska
Joanna Richert
mgr Beata Sekudowicz

25 lat

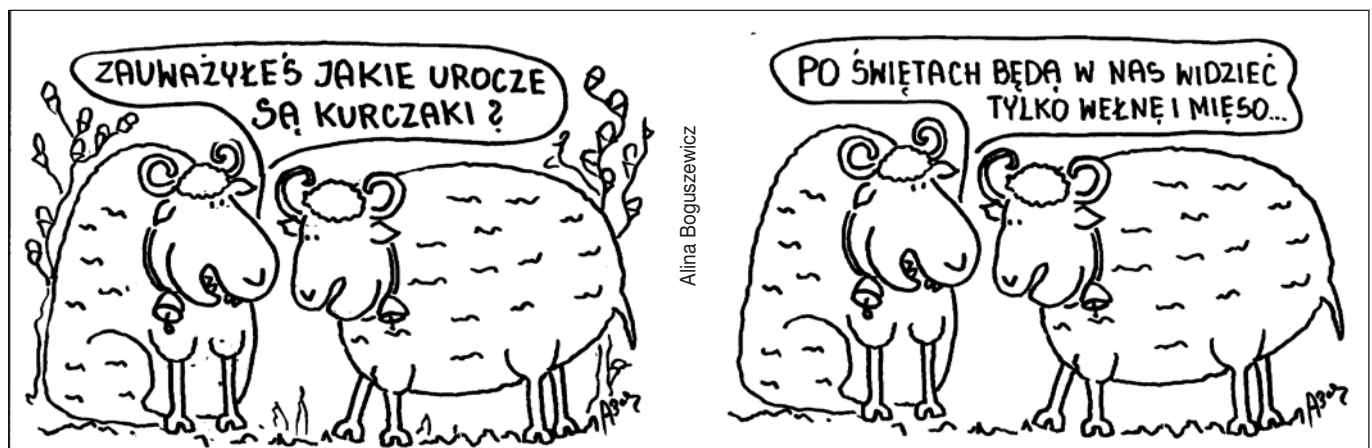
mgr piel. Małgorzata Brdękiewicz
Katarzyna Kruszyńska
mgr piel. Katarzyna Mularska-Olejek
Katarzyna Zakrzewska

30 lat

Urszula Berlińska
Anna Giebler
Ewa Holzer
Maria Kopytkowska
st. asystent Danuta Sierota
st. asystent Piotr Sowiński

35 lat

Aleksandra Dąbrowska
Teresa Jabłońska
Olga Marmól



Nocne zmagania wodnych ratowników



Studenci Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego nie dali najmniejszych szans konkurentom podczas II edycji Ogólnopolskich Nocnych Mistrzostw w Ratownictwie Wodnym i Medycznym WATERMED 2015. Członkowie SKN PARAMEDIC w składzie: Jakub Jesionowski, Konrad Kupka, Tomasz Rombel, Piotr Młyński obronili zeszłoroczny tytuł. Również na pozostałych miejscach podium uplasowali się studenci ratownictwa medycznego Uczelni. Zawody, które w tym roku przeprowadzono na terenie Aquaparku w Sopocie, zorganizowało w nocy z 22 na 23 lutego br. Studenckie Koło Naukowe PARAMEDIC działające przy Katedrze i Klinice Medycyny Ratunkowej pod kierownictwem mgr. Kamila Krzyżanowskiego.

Tegoroczna edycja cieszyła się dużym zainteresowaniem, co odzwierciedliło się w ilości przybyłych zawodników, pozorantów oraz sędziów. Do zmagania z licznymi konkurencjami wodno-medycznymi stanęło 14 drużyn, często przedstawicieli uczelni medycznych czy też różnych organizacji związanych z ratowaniem życia. Każda z nich musiała stawić czoła nie lada wyzwaniom, które często były bardzo wymagające i spektakularne. Organizatorzy zadbali, aby podczas zawodów wszystkie drużyny zmierzyły się ze swoimi słabościami – największym wrogiem było zmęczenie, które przez cały czas dawało o sobie znać. Zawodnicy podczas wykonywania określonych zadań działali wyłącznie na poziomie KPP. Różnorodność konkurencji niejednokrotnie zmuszała przedstawicieli wszystkich reprezentacji do dużego wysiłku, zaangażowania oraz kreatywności podczas działań ratowniczych.

Zawody WATERMED odbywały się pod patronatem: rektora GUMed prof. Janusza Morysia, prorektora ds. klinicznych prof. Andrzeja Basińskiego oraz Aquaparku w Sopocie. Połączenie konkurencji medycznych i sprawnościowych z narastającym zmęczeniem było idealną okazją do sprawdzenia posiadanych przez uczestników umiejętności udziela-



nia pomocy, często w niekorzystnych warunkach. Bogatsi o nowe doświadczenia i pełni zapału na kolejne edycje, pragniemy dalej kontynuować tę wspaniałą akcję. WATERMED tworzony jest z miłości i dla miłości do ratownictwa medycznego.

Katarzyna Szmaglińska,
studentka I roku studiów
magisterskich kierunku zdrowie publiczne





Akcja *Nie bądź gapa, skasuj raka!*

Członkowie Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej już po raz trzeci przeprowadzili akcję *Nie bądź gapa, skasuj raka!* w ramach projektu *Dotknij Piersi*. Wzięło w niej udział około 200 osób, które 14 marca br. w godz. 11-14 wybrało się w bezpłatną podróż zabytkowym tramwajem. Mogli się tam nauczyć samobadania piersi na specjalnych fantomach, zdobyć informację dotyczącą raka piersi, badań przesiewowych oraz profilaktyki związanej z tą chorobą. Kobiety, mężczyźni, ale i dzieci byli zachwyceni akcją zorganizowaną przez studentów GUMed. Z wielką chęcią podchodzili do fantomów, na których starali się odnaleźć niepokojące zmiany. Niektórzy z nich byli już przeszkoleni w tym zakresie. W trakcie podróży wiele osób studiowało otrzymane ulotki oraz rozmawiało z organizatorami na tematy związane z onkologią.

Studenci niezmiernie cieszą się z zainteresowania akcją i pozytywnych opinii na jej temat. Już planują kolejne przedsięwzięcia i zapraszają do regularnego odwiedzania strony www.dotknijpiersi.pl

Joanna Tyszka,
SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Onkologicznej

