



GAZETA

GDAŃSK

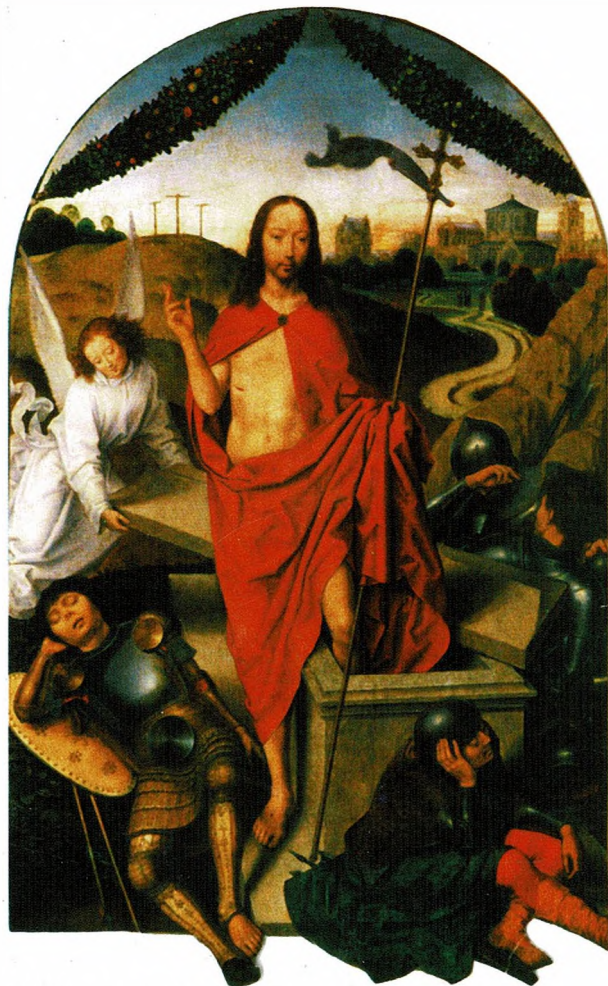
AMG

ISSN 1506-9745

Rok 14

Kwiecień 2004

nr 4 (160)



Hans Memling (1433 – 1494) Zmartwychwstanie

I nie zostało mi nic oprócz Boga –

to znaczy

zostało wszystko

jeżeli wierzysz

R. Kapuściński: Notes. –
Warszawa: Czytelnik, 1986

Naszym Drogim

Czytelnikom radosnych

Świąt Wielkiej Nocy

życzy Redakcja

XI EDYCJA KONKURSU FUNDACJI NA RZECZ NAUKI POLSKIEJ „STYPENDIA DLA MŁODYCH NAUKOWCÓW”

20 marca 2004 roku w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie już po raz jedenasty odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów laureatom konkursu Fundacji na rzecz Nauki Polskiej – „Stypendia krajowe dla młodych naukowców”. Stypendium w wysokości 20 tys. złotych co roku otrzymuje około stu najzdolniejszych młodych naukowców (do 30 roku życia) z całego kraju, reprezentujących różne dyscypliny naukowe – głównie nauki humanistyczne i społeczne, fizyczne, biologiczne, medyczne i chemiczne. W tym roku wśród 104 laureatów znalazło się dwóch pracowników naszej Uczelni: dr Wojciech Kamysz z Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego oraz dr Dominik Rachoń z Zakładu Immunologii Katedry Histologii i Immunologii Wydziału Lekarskiego. Jest to duży sukces, ponieważ tym razem do konkursu stanęło aż 747

kandydatów, reprezentujących bardzo wysoki poziom naukowy. Podczas uroczystości rozdania dyplomów, prezes Fundacji, prof. Maciej W. Grabski przypomniał, iż misją Fundacji jest wspieranie najlepszych, aby mogli stać się jeszcze lepsi. Podkreślił także, iż kondycja nauki w niedługiej przyszłości zależy będzie od najmłodszego pokolenia uczonych, a więc podstawową troską starszego pokolenia naukowców powinno być zapewnienie odpowiednich warunków rozwoju swoim następcom. Na koniec uroczystości, podziękowanie w imieniu stypendystów wygłosiła jedna z laureatek Tamara Brzostowska-Tereszkiewicz z Uniwersytetu Warszawskiego.

prof. Jolanta Myśliwska

Z życia Uczelni



Z uroczystości 550-lecia ustanowienia statutu cechu gdańskich chirurgów – 19.03.2004 r.



Podczas VI Ogólnopolskiej Konferencji Sekcji Stomatologii Środowiskowej Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, Gdańsk 5 – 6.12.2003 r. Od lewej profesorowie: Barbara Adamowicz-Klepalska, Teresa Bachanek, Maria Mielnik-Błaszczak

Rektor, Senat, Dziekan i Rada Wydziału Lekarskiego AM w Gdańsku oraz Stowarzyszenie Absolwentów AM w Gdańsku mają zaszczyt zaprosić na

Jubileusz 50-lecia ukończenia studiów połączony z odnowieniem dyplomów lekarza studentów rocznika 1949 – 1954

Uroczystość odbędzie się w **21 maja 2004 r. (piątek)**
o godz. 12⁰⁰ w sali wykładowej im. prof. St. Hillera
w budynku Collegium Biomedicum AMG,
Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Dębinki 1

W programie:

9³⁰ Msza św. w kościele pw. Matki Boskiej Częstochowskiej celebrowana przez JE ks. abp. Tadeusza Goćmowski

11⁰⁰ Pamiątkowa wspólna fotografia przed budynkiem Collegium Biomedicum AMG

12⁰⁰ **UROCZYSTOŚĆ ODNOWIENIA DYPLOMÓW
LEKARSKICH studentów rocznika 1949 – 1954**

Wyposażenie budynku Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej

Z przyjemnością informujemy, że zakończył się drugi etap wyposażenia budynku Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej. Dzięki kolejnej dotacji z programu MILAB Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej zostało zakupione wyposażenie meblowe oraz szafy wentylowane do hodowli zwierząt. Kwota uzyskanej dotacji wyniosła 400 tys. złotych.



Prestiżowe zaproszenie

Dr hab. n. med. Janusz Siebert, prof. nzw. naszej Uczelni, został zaproszony w roku 2003 przez Austrian Science Fund do recenzji projektu badawczego J2289-B02 „Prediction of Post-operative Atrial Fibrillation”. Projekt ma być realizowany w Mayo Clinic.



Centrum Medycyny Rodzinnej, Medycyny Pracy i Promocji Zdrowia AMG NZOZ w Gdańsku informuje

Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie kompleksowych świadczeń: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej oraz transportu sanitarnego od 1.04.2004 r. udziela:

- Przychodnia „Aksamitna”, Gdańsk, ul. Aksamitna 1, tel. 301-91-52
- Przychodnia „Morena”, Gdańsk, ul. Jaśkowa Dolina 105, tel. 347-68-92
- Nadmorskie Centrum Medyczne, Gdańsk-Zaspa, ul. Majewskich 26, tel. 769-37-11

Lekarz pediatra:

ul. Aksamitna 1:

poniedziałek – piątek	19.00 – 7.00
sobota, niedziela, święta	całą dobę

ul. Majewskich 26, ul. Jaśkowa Dolina 105:

poniedziałek – piątek	19.00 – 22.00
sobota, niedziela, święta	8.00 – 20.00

Lekarz internista i pielęgniarka:

ul. Aksamitna 1, ul. Majewskich 26, ul. Jaśkowa Dolina 105:

poniedziałek – piątek	19.00 – 7.00
sobota, niedziela, święta	całą dobę

Uprzejmie informujemy, że w przypadku pogorszenia zdrowia (ale nie zagrożenia życia) wymagającego przyjazdu karetki należy wzywać ekipę wyjazdową:

FALCK: tel. 96-75

poniedziałek – piątek	19.00 – 7.00
sobota, niedziela i święta	całą dobę

W numerze...

XI edycja konkursu Fundacji na rzecz Nauki Polskiej „Stypendia dla młodych naukowców”	1
Kalendarium Rektorskie	3
W odpowiedzi Profesorowi Zdzisławowi Wajdzie	4
Wyniki analizy parametrycznej aktywności naukowej	6
Strategia rozwoju Uczelni	19
Nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału Farmaceutycznego	21
Posiedzenia, Towarzystwa, Zebrania	27
Nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału Lekarskiego	28
Kadry AMG i ACK AMG	45
40-lecie wszczęcia pierwszego rozrusznika serca w Polsce	46
Światowy Dzień Chorego	48

GAZETA AMG

Redaguje zespół: prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Łatoszek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Emilia Mierzejewska, dr hab. Antoni Nasal, prof. nzw., dr Tomasz Zdrojewski, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiewska, red. tech.: mgr Tadeusz Skowrya. Fot. Dariusz Omernik.

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

Druk: *Drukonsul*. Nakład: 700 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

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

Warunki prenumeraty:

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

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

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

Kalendarium Rektorskie

5-6.03.04 – prorektor ds. nauki prof. Roman Kaliszan oraz dr Jacek Kaczmarek wzięli udział w spotkaniu rektorów uczelni zrzeszonych w Baltic Sea Region University Network (BSRUN), które odbyło się w Rydze.

8.03.04 – na zaproszenie Zarządu i Rady Naukowej Fundacji na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny prorektor ds. nauki prof. Roman Kaliszan uczestniczył w uroczystości przyznania grantów naukowych laureatom II edycji konkursu Fundacji na finansowanie projektów badawczych z zakresu nauk farmaceutycznych i medycznych.

10.03.04 – spotkanie rektora prof. Wiesława Makarewicza z gronem profesorów AMG uczestniczących w Programie POLKARD dotyczącego realizacji Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2003–2005.

12.03.04 – ogólnopolska konferencja prorektorów ds. dydaktyki i dziekanów Akademii Medycznych zorganizowana przez naszą Uczelnię. W konferencji uczestniczyli przedstawiciele wszystkich uczelni medycznych oraz p. Roman Danielewicz, dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia, prof. dr hab. Stanisław Orkisz, dyrektor Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi oraz prof. dr hab. Wiesław Makarewicz, rektor AM w Gdańsku. Konferencję przewodniczył prof. dr hab. Bolesław Rutkowski, prorektor ds. dydaktyki Akademii Medycznej w Gdańsku. Spotkanie miało na celu przygotowanie decyzji dotyczących rekrutacji na studia medyczne w latach 2005 i 2006.

16.03.04 – członkowie kolegium rektorskiego oraz dyrektorzy AMG zostali na Uniwersytecie Gdańskim przyjęci przez prorektora ds. rozwoju i finansów UG prof. Janusza Neidera i jego współpracowników. Celem spotkania było zapoznanie się z zasadami gospodarki finansowej UG, sporządzania planu rzeczowo-finansowego i monitorowania jego realizacji.

18.03.04 – uroczyste otwarcie targów informacyjnych dla kandydatów na studia *Akademia '2004*, jak co roku organizowanych w pawilonie wystawienniczym na terenie Uniwersytetu Gdańskiego. W uroczystości uczestniczył i stoisko AMG wizytował rektor prof. Wiesław Makarewicz jako członek Honorowego Komitetu Organizacyjnego.

20.03.04 – rektor prof. Wiesław Makarewicz wzięł udział w uroczystym posiedzeniu Senatu UG z okazji Święta Uniwersytetu Gdańskiego i 34. rocznicy powołania tej uczelni.

22.03.04 – w siedzibie Akademii Medycznej w Warszawie odbyło się posiedzenie Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, w

którym uczestniczył rektor prof. Wiesław Makarewicz. Porządek posiedzenia obejmował, m.in. informację o pracach nad ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz ustalenie zasad rekrutacji na rok akademicki 2005/2006.

23.03.04 – na zaproszenie grona pedagogicznego i uczniów Szkoły Podstawowej Nr 15 w Gdańsku, rektor prof. Wiesław Makarewicz wzięł udział w debacie poświęconej tematyce wejścia Polski do Unii Europejskiej. W spotkaniu również udział wzięli: wiceprezydent Miasta Gdańska, dyrektor Wydziału Edukacji i Sportu Krzysztof Miniewicz oraz wiceprzewodniczący Komisji Rozwoju Przestrzennego, przedstawiciel Rady Miasta, Maciej Lisicki.

23.03.04 – na zaproszenie rektora Politechniki Gdańskiej, w ramach Politechniki Otwartej, prorektor ds. nauki prof. Roman Kaliszan uczestniczył w promocji książki prof. Romualda Kolmana „Zdobycie wiedzy” – poradnik podnoszenia kwalifikacji: magisteria, doktoraty, habilitacje.

24.03.04 – rektor prof. Wiesław Makarewicz udzielił wywiadu dla Radia Plus. Pytania dotyczyły głównie sprawy sprzedaży budynku szpitala przy ulicy Kieturakisa.

25.03.04 – rektor prof. Wiesław Makarewicz przyjął Dr Valerie E. Martindale (USA), która odwiedziła Centrum Doskonałości BioMoBil, badając możliwości współpracy ze służbami medycznymi US Air Force.

25.03.04 – rektor prof. Wiesław Makarewicz, jako przewodniczący Rady Rektorów Województwa Pomorskiego, wystąpił wykładu inauguracyjnego Kawiarni Naukowej II Bałtyckiego Festiwalu Nauki w hotelu „Rezydent” w Sopocie. Inauguracyjny wykład pt. „Kierunki poszukiwań lepszych leków” wygłosił prof. Roman Kaliszan.

28.03.04 – prorektor ds. nauki prof. Roman Kaliszan wzięł udział w uroczystości wręczenia Złotych Żyraf. Gala została przygotowana przez redakcję miesięcznika *Styl Życia* i odbyła się w Operze Bałtyckiej w Gdańsku.

29.03.04 – prorektor ds. nauki prof. Roman Kaliszan uczestniczył w uroczystym otwarciu wystawy pt. „Europejskie osobistość wg Antona van Dycka” ze zbiorów Państwowego Muzeum Historyczno-Archeologicznego w Grodnie.

29.03.04 – posiedzenie Senatu AMG poświęcone prezentacji Programu Restrukturyzacji Akademickiego Centrum Klinicznego AMG.

29.03.04 – rektor prof. Wiesław Makarewicz uczestniczył w posiedzeniu Komitetu Sterującego ds. Regionalnej Strategii



Kalendarium



Innowacji dla Województwa Pomorskiego.

30.03.04 – nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału Farmaceutycznego, z udziałem rektora prof. Wiesława Makarewicza i dyrektora administracyjnego dr. S. Bautembacha poświęcone dyskusji nad strategią rozwoju Wydziału.

01.04.04 – nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału Lekarskiego z udziałem rektora prof. Wiesława Makarewicza i dyrektora administracyjnego dr. S. Bautembacha oraz dyrektora ACK, poświęcone dyskusji nad strategią rozwoju Wydziału, a w szczególności Programowi Restrukturyzacji SPSK-1 ACK.

02.04.04 – Fundacja „Pro Medicina Erudita” wspólnie z Akademią Medyczną w Gdańsku były organizatorami ogólnopolskiego seminarium pt. „Aplikowanie o finansowanie medycznych projektów badawczych z funduszy Unii Europejskiej”. Seminarium, w którym uczestniczył rektor AMG prof. Wiesław Makarewicz, odbyło się w sali wykładowej nowego budynku Zakładu Medycyny Sądowej.

mgr Urszula Skaluba

W ODPOWIEDZI

PROFESOROWI ZDZISŁAWOWI WAJDZIE

Reforma służby zdrowia wprowadzona w życie 1 stycznia 1999 r. zastała nasze szpitale kliniczne bardzo źle zarządzane i zupełnie nieprzygotowane do nowej sytuacji. Ta krytyczna ocena jest szczególnie prawdziwa w odniesieniu do dawnego SPSK-3. Konsekwencją tego była konieczność połączenia szpitali i utworzenia Akademickiego Centrum Klinicznego w oparciu o SPSK-1. Następstwem tego kroku było połączenie zbliżonych profilem klinik chirurgicznych i skupienie ich działalności na bazie przy ul. Dębinki 1. Dokonana fuzja jest jedynie jednym z elementów procesu głębokiej restrukturyzacji ACK, której program jest omówiony szczegółowo w tym numerze *Gazety AMG*, w przedrukowywanych materiałach z nadzwyczajnego posiedzenia Rady Wydziału Lekarskiego.

Potrafię zrozumieć emocje Pana Profesora jako wieloletniego kierownika jednej z dwóch połączonych jednostek. Tym niemniej nie sądzę, aby usprawiedliwiony był sarkazm i agresywny ton artykułu. Wiele stwierdzeń jest w nim nieprawdziwych, wśród nich stwierdzenie o likwidacji kliniki. Gdyby bowiem do niej doszło, to wszyscy pracownicy straciliby pracę, co nie miało miejsca, bo przecież nikt jej nie stracił. Za nieporozumienia należy uznać stwierdzenia o pozbawieniu miana katedry czy też planowanej (w końcu nie przez Senat) działalności klinik AMG na bazie niepublicznego szpitala. Ominięcie w nazwie Katedry i Kliniki określenia „Gastroenterologiczna” wydawało się uzasadnione przy pozostawieniu określenia „Ogólna”, co było konieczne ze względu na realizowany program dydaktyczny. Nikt również w żadnej wypowiedzi nie dezawuował niezaprzeczalnych osiągnięć i tradycji dawnej Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej. Proces restrukturyzacji nieuchronnie stwarza trudne dylematy, a niełatwym obowiązkiem Senatu i rektora przy ich rozwiązywaniu, jest kierowanie się ogólnym dobrem Uczelni.

prof. Wiesław Makarewicz
rektor

Klinika Chirurgii Dziecięcej AMG
zaprasza na
**Spotkanie Polskiej Pediatricznej Grupy Guzów
Litych (guzy wątroby)**
poprzedzone
**Jubileuszem „Omne trinum perfectum”
Profesora Czesława Stoby**

które odbędzie się w piątek 23.04.2004 r. o godz. 9.30
w Muzeum Narodowym w Gdańsku, ul. Toruńska 1

W programie:

- *Anatomia patologiczna guzów wątroby wieku dziecięcego – doniesienie z Kilońskiego Rejestru Nowotworów u Dzieci* – D. Harms
- *Budowa histopatologiczna guzów wątroby wieku rozwojowego w oparciu o materiał PPGGL* – M. Liebhadt
- Glaxo SmithKline Pharmaceuticals – prezentacja wyrobów firmy
- Dyskusja, lunch
- Polpharma S. A. – prezentacja wyrobów firmy
- *Ocena wyników leczenia guzów wątroby w oparciu o stosowane protokoły SIOPEL 1–3* – C. Stoba
- *Rola transplantacji w leczeniu guzów wątroby, wyniki leczenia* – P. Kaliciński
- *Ocena skuteczności chemioterapii guzów wątroby w materiale PPGGL* – M. Korzon, S. Popadiuk
- *Doświadczenia własne w chemioterapii złośliwych guzów wątroby* – D. Perek
- *Nowe protokoły w leczeniu guzów wątroby* – C. Stoba, P. Czauderna, K. Nierzwicka
- Dyskusja.

**Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce,
Gdańskie Towarzystwo Naukowe,
Katedra Biochemii Klinicznej,
Katedra Analityki Klinicznej
Akademii Medycznej w Gdańsku**

zapraszają na
**konferencję naukowo-szkoleniową poświęconą
pamięci**

Profesora ANZELMA HOPPE

która odbędzie się 13.05.2004 r. o godz. 13.00 w siedzibie
Gdańskiego Towarzystwa Naukowego,
Gdańsk, ul. Grodzka 12.

W programie:

1. *Rola nerek w budżecie energetycznym organizmu* – prof. S. Angielski, Gdańsk
2. *Szanujmy wyjątki – jednogenowe formy nadciśnienia tętniczego* – prof. A. Ciechanowicz, Szczecin
3. *Wrodzona oligonefrozja jako przyczyna pierwotnego nadciśnienia tętniczego* – prof. S. Czekalski, Poznań
4. *Toksyny mocznikowe – stare i nowe* – prof. B. Rutkowski, Gdańsk

Zgłoszenia i informacje: Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce, Katedra Analityki Klinicznej AMG, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk tel. (058) 349-27-87, fax (058) 346-15-38 e-mail: wojduku@amg.gda.pl, www.kml.org.pl.

WYNIKI ANALIZY

parametrycznej aktywności naukowej jednostek statutowych AMG w 2003 r.

W dniu 17.03.2004 r. Senacka Komisja Nauki przyjęła wyniki dorocznej oceny parametrycznej dokonań naukowych jednostek statutowych Uczelni w roku 2003, wykonanej przez Dział Nauki przy pomocy Biblioteki Głównej na podstawie aktualnych wytycznych MNiI. W oparciu o przedstawione w tabeli 1 wielkości wypadkowego współczynnika efektywności naukowej E (średnia arytmetyczna z wartości tego parametru za lata 2001, 2002 i 2003 lub z lat istnienia jednostki), Komisja Nauki przypisała kategorie efektywności naukowej od I do V poszczególnym jednostkom na rok 2004. Komisja postanowiła nie klasyfikować jednostek z $N < 1$ w 2004 r. (tabela 1a).

Podtrzymane zostały wcześniejsze ustalenia, tzn. podział funduszy MNiI na badania statutowe na wydziałach Uczelni oraz w obrębie MIMMiT przeprowadzony zostanie proporcjonalnie do sumarycznej liczby R, uzyskanej za dorobek naukowy jednostki w latach 2001, 2002 i 2003, pozostajej po odliczeniu rezerwy do dyspozycji prorektora ds. nauki.

Analizując dane zawarte w tabeli 1 należy mieć na uwadze zmiany parametryzacji dokonane przez MNiI w 2002 r. Zmiany te spowodowały generalny spadek liczby R i wzrost liczby N względem roku 2001, co w konsekwencji dało obniżki liczby E. Spadek liczby R po 2001 r. jest wynikiem „spłaszczenia” punktacji za publikacje. Aktualnie, prace o najwyższym *Impact Factor* przynoszą relatywnie mniej punktów niż do 2001 r. Z kolei, wzrost liczby N, to głównie wynik podwyższenia tego wskaźnika dla nauczycieli akademickich po doktoracie do takiego sa-

Tabela 7. Kierownicy prac badawczo-usługowych, które przyniosły Uczelni najwięcej korzyści finansowych (wymieniono dochody o rocznej wartości sumarycznej powyżej 10 000 zł)

Lp.	Kierownik	Narzut + zysk
1.	prof. Jacek Jassem	52 516,48 zł
2.	dr Hanna Trocha	40 865,63 zł
3.	prof. Roman Kaliszan	37 024,00 zł
4.	dr Ewa Semetkowska	35 052,02 zł
5.	prof. Małgorzata Sznitowska	28 507,37 zł
6.	prof. Andrzej Rynkiewicz	23 784,96 zł
7.	prof. Bogdan Wyrzykowski	13 850,35 zł
8.	prof. Jadwiga Roszkiewicz	11 833,47 zł
9.	dr Joanna Stańczak	11 539,40 zł

mego poziomu jak dla profesorów. Co prawda, zmiany dotyczą w jednakowym stopniu wszystkich jednostek, jednakże zdają się preferować bardziej zwiększanie ilości niż ważkości dorobku, zwłaszcza publikacyjnego.

Przedziały wartości E dla poszczególnych kategorii pozostały jak w ubiegłym roku. Nieco zmniejszyła się sumaryczna liczba jednostek na Wydziałach Lekarskim i Farmaceutycznym w kategoriach II (o 4) i V (o 4), a zwiększyła w kategorii III (o 10) i IV (o 1). Tabela 2 wskazuje na gaussowski rozkład kategorii na Wydziałach Farmaceutycznym i Lekarskim.

Tabela 3 ilustruje zmiany R, N i E w ostatnich trzech latach na Wydziałach Lekarskim i Farmaceutycznym oraz stan za rok 2003 na MIMMiT. Obserwowany gdzieś spadek R i E oraz wzrost N w porównaniu z 2001 r., to głównie wynik zmian parametryzacji MNiI. Chociaż proporcje zdają się być zachowane, to w tej sytuacji nie uwiadcza się należycie wzrost aktywności i efektywności naukowej zaistniały w latach 2002 i 2003 względem 2001 r. Pozornie można odnieść wrażenie spadku, co jest generalnie artefaktem spowodowanym biurokratycznie. Dowodzi tego chociażby tabela 4, która zawiera spis publikacji współautorstwa naukowców afiliowanych przy AMG w czasopiśmie posiadających *Impact Factor* powyżej 3 punktów. Jest takich pozycji 59, to znaczy o 27 więcej niż w 2001 r. i o 7 więcej niż w 2002 r.

Tabela 5 przedstawia wyniki analizy cytowań pracowników Uczelni ze stopniem naukowym doktora i wyższym w roku 2003 według *Science Citations Index* (SCI). Sprawdzenia i zestawienia danych dokonał dr hab. Antoni Nasal, prof. nzw., korzystając z danych pozyskanych przez Bibliotekę Główną AMG. Ze względów technicznych realne jest jedynie zweryfikowane zestawienie cytowań prac, w których nasz pracownik występował jako pierwszy autor. Wyłączone są autocytywania, tzn. cytowania zamieszczone w tych pracach, w których rozważana osoba jest jednym ze współautorów. W zestawieniach SCI obejmujących rok 2003 znajduje się 180 pracowników AMG, w tym 9 z MIMMiT (dla porównania w 2002 r. było 147 pracowników Uczelni). Osoby te były cytowane w 2003 r. łącznie 1119 razy, natomiast w 2002 r. – 885 razy. Wśród cytowanych w 2003 r. pierwszych autorów z AMG było 136 pracowników Wydziału Lekarskiego z łączną liczbą 804 cytowań (w 2002 r. było 109 osób z łączną 549 cytowaniami), 35 pracowników Wydziału Farmaceutycznego z łączną liczbą 296 cytowań (w 2002 r. było 38 osób z 336 cytowaniami) oraz 9 pracowników MIMMiT z łączną liczbą 19 cytowań.

Tabela 6 wymienia granty MNiI przyznane w 2003 r. Jest ich 22. W 2002 r. uzyskaliśmy 22 granty. Zatem tegoroczny wynik nie jest gorszy, zwłaszcza, że konkurencja o granty silnie wzrosła. Tabela 6a przedstawia przyznane w 2003 r. granty na badania zamawiane MNiI, kierowane przez naszych badaczy. Jest to duży sukces naukowy i finansowy uczonych z AMG. Wiodący w skali kraju jest wynik prof. dr. hab. J. Limona.

W tabeli 7 wymienieni są kierownicy prac badawczo-usługowych, które przysporzyły Uczelni powyżej 10 tys. zł z sumy narzutu i zysku w 2003 r.

Zapraszam do wnikliwej analizy załączonych tabel i wyciągania wniosków odnośnie dalszych działań indywidualnych i zespołowych, zmierzających do zwiększenia rangi naukowej AMG.

prof. Roman Kaliszan
prorektor ds. nauki

WYNIKI ANALIZY PARAMETRYCZNEJ AKTYWNOŚCI NAUKOWEJ

Tabela 1. Wyniki oceny parametrycznej jednostek statutowych AMG za lata 2001-2003 oraz kategoria przyznana na rok 2004

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
1	Zakład Medycyny Molekularnej	281,30	93,75	2003	120,50	1,00	120,50	I
				2002	26,80	1,00	26,80	
				2001	134,00	1,00	134,00	
2	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	1823,80	89,88	2003	568,50	8,60	66,10	I
				2002	469,00	6,28	74,60	
				2001	786,30	6,10	128,90	
3	Klinika Nefrologii Dziecięcej	277,50	77,82	2003	92,50	1,60	57,80	I
				2002	86,30	1,45	59,50	
				2001	98,80	0,85	116,20	
4	Zakład Endokrynologii Ginekologicznej	219,50	69,00	2003	82,50	1,00	82,50	I
				2002	93,30	1,00	93,30	
				2001	43,80	1,40	31,30	
5	Zakład Immunologii	318,80	63,32	2003	72,30	1,60	45,20	I
				2002	113,00	1,60	70,60	
				2001	133,50	1,80	74,20	
6	Zakład Immunopatologii	299,80	60,28	2003	118,80	1,30	91,30	I
				2002	83,00	2,05	40,50	
				2001	98,00	2,00	49,00	
7	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	724,30	55,20	2003	219,50	4,30	51,00	I
				2002	191,00	5,60	34,10	
				2001	313,80	3,90	80,40	
8	Zakład Medycyny Nuklearnej	368,00	54,17	2003	130,00	2,35	55,30	I
				2002	148,50	2,30	64,60	
				2001	89,50	2,10	42,60	
9	Klinika Hematologii	856,50	48,41	2003	219,50	6,30	34,80	I
				2002	327,30	6,30	51,90	
				2001	309,80	5,30	58,40	
10	Zakład Histologii	671,30	44,36	2003	229,30	4,63	49,50	I
				2002	155,00	6,20	25,00	
				2001	287,00	4,90	58,60	
11	Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej	207,30	42,48	2003	101,30	1,60	63,30	I
				2002	75,80	1,60	47,30	
				2001	30,30	1,80	16,80	
12	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki	599,30	37,11	2003	201,80	6,46	31,30	II
				2002	136,00	6,19	22,00	
				2001	261,50	4,50	58,10	
13	Katedra i Zakład Chemii Medycznej	568,80	36,71	2003	164,80	4,65	35,50	II
				2002	170,50	4,40	38,70	
				2001	233,50	6,50	35,90	
14	Zakład Medycyny Laboratoryjnej	575,00	36,37	2003	188,30	5,30	35,60	II
				2002	118,80	6,30	18,80	
				2001	268,00	4,90	54,70	
15	Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	1189,00	35,56	2003	371,30	12,18	30,50	II
				2002	373,00	12,30	30,30	
				2001	444,80	9,70	45,90	

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
16	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	538,00	32,40	2003 2002 2001	138,80 133,80 265,50	5,52 5,62 5,50	25,10 23,80 48,30	II
17	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	321,50	32,15	2003 2002 2001	94,30 93,30 134,00	3,85 3,10 3,20	24,50 30,10 41,90	II
18	I Klinika Chorób Serca	535,80	29,03	2003 2002 2001	165,80 111,30 258,80	7,20 5,50 5,90	23,00 20,20 43,90	II
19	Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych	101,80	28,63	2003 2002 2001	65,30 3,50 33,00	1,30 1,30 1,00	50,20 2,70 33,00	II
20	Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej	267,30	28,60	2003 2002 2001	94,00 59,50 113,80	3,33 4,30 2,60	28,20 13,80 43,80	II
21	Katedra i Zakład Biochemii	900,00	27,81	2003 2002 2001	271,80 137,50 490,80	11,21 9,44 11,00	24,20 14,60 44,60	II
22	Zakład Anatomii i Neurobiologii	586,50	27,36	2003 2002 2001	153,50 162,50 270,50	9,80 8,46 5,73	15,70 19,20 47,20	II
23	Katedra i Zakład Bromatologii	242,80	26,42	2003 2002 2001	74,30 114,50 54,00	3,33 3,24 2,50	22,30 35,40 21,60	II
24	Katedra i Zakład Farmakologii	296,80	25,91	2003 2002 2001	95,30 86,30 115,30	4,50 4,20 3,20	21,20 20,50 36,00	II
25	Zakład Psychiatrii Biologicznej	132,00	24,04	2003 2002 2001	30,00 32,80 69,30	2,00 2,00 1,70	15,00 16,40 40,70	II
26	Katedra i Zakład Technologii Chemicznej Środków Leczniczych	322,80	23,81	2003 2002 2001	134,50 72,50 115,80	4,90 4,60 4,10	27,40 15,80 28,20	II
27	Katedra i Zakład Fizjopatologii	341,00	22,07	2003 2002 2001	102,30 104,80 134,00	6,00 5,35 4,53	17,00 19,60 29,60	II
28	Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Zaburzeń Hemostazy	461,80	22,05	2003 2002 2001	131,30 126,50 204,00	6,60 6,90 7,30	19,90 18,30 27,90	II
29	Zakład Medycyny Paliatywnej	157,00	22,00	2003 2002 2001	44,50 32,00 80,50	2,60 2,60 2,20	17,10 12,30 36,60	II
30	Katedra i Zakład Chemii Analitycznej	260,30	21,63	2003 2002 2001	77,30 73,50 109,50	4,26 4,50 3,60	18,10 16,30 30,40	III
31	Katedra i Zakład Farmakognozji	244,80	21,58	2003 2002 2001	86,30 60,50 98,00	4,30 4,30 3,20	20,10 14,10 30,60	III

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
32	II Klinika Chorób Serca	526,30	21,55	2003 2002 2001	178,30 90,80 257,30	11,00 11,00 6,40	16,20 8,30 40,20	III
33	Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii	611,80	21,08	2003 2002 2001	141,30 246,50 224,00	10,60 10,60 8,40	13,30 23,30 26,70	III
34	Zakład Parazytologii Tropikalnej	113,30	20,94	2003	117,30	5,60	20,90	III
35	Klinika Chirurgii Plastycznej i Leczenia Oparzeń	271,50	20,90	2003 2002 2001	92,00 88,00 91,50	5,48 4,30 3,60	16,80 20,50 25,40	III
36	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej	274,30	20,58	2003 2002 2001	92,50 59,30 122,50	5,90 5,90 3,40	15,70 10,00 36,00	III
37	Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii	690,00	20,51	2003 2002 2001	148,00 253,80 288,30	14,13 13,60 8,90	10,50 18,70 32,40	III
38	I Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostrych Zatruc	224,50	20,33	2003 2002 2001	108,50 82,50 33,50	3,80 3,53 3,70	28,60 23,40 9,10	III
39	Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej	276,00	19,91	2003 2002 2001	73,80 47,50 154,80	5,30 5,30 4,20	13,90 9,00 36,80	III
40	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	391,50	18,73	2003 2002 2001	138,30 154,00 99,30	7,60 7,60 5,60	18,20 20,30 17,70	III
41	Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny	33,00	18,39	2003 2002 2001	8,50 16,50 8,00	1,00 0,45 0,80	8,50 36,70 10,00	III
42	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	273,30	18,18	2003 2002 2001	110,30 96,50 66,50	8,49 3,25 5,60	13,00 29,70 11,90	III
43	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	66,00	18,17	2003 2002 2001	31,80 21,30 13,00	1,10 1,30 1,40	28,90 16,30 9,30	III
44	Samodzielna Pracownia Psychologiczna	23,50	18,08	2003	23,50	1,30	18,10	III
45	Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	35,80	17,88	2003	35,80	2,00	17,90	III
46	Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń	119,30	17,79	2003 2002 2001	23,50 19,30 76,50	2,30 2,30 2,20	10,20 8,40 34,80	III
47	Katedra i Zakład Patomorfologii	291,80	17,75	2003 2002 2001	89,50 87,80 114,50	5,60 5,60 5,30	16,00 15,70 21,60	III
48	Klinika Alergologii	313,80	17,68	2003 2002 2001	87,50 94,00 130,00	5,00 7,00 6,00	18,00 13,40 21,70	III
49	Klinika Chorób Zakaźnych	508,30	17,66	2003 2002 2001	201,80 170,00 136,50	9,25 10,40 9,20	21,80 16,30 14,80	III

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
50	Katedra i Zakład Chemii Fizycznej	405,80	17,64	2003 2002 2001	218,00 90,00 97,80	9,00 8,00 5,60	24,20 11,30 17,50	III
51	Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej	471,50	17,38	2003 2002 2001	240,50 98,00 133,00	10,90 8,10 7,40	22,10 12,10 18,00	III
52	Samodzielna Pracownia Embriologii	115,80	17,22	2003 2002 2001	22,30 61,50 32,00	2,30 2,30 2,10	9,70 26,70 15,20	III
53	Klinika Neurologii Dorosłych	226,80	16,77	2003 2002 2001	113,30 67,00 46,50	4,90 4,30 4,00	23,10 15,60 11,60	III
54	Klinika Chorób Zawodowych i Wewnętrznych	33,00	16,50	2003	33,00	2,00	16,50	III
55	Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej	395,80	16,09	2003 2002 2001	173,50 133,00 89,30	8,57 8,60 7,10	20,20 15,50 12,60	III
56	Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki	247,80	15,70	2003 2002 2001	138,80 65,50 43,50	6,43 5,00 3,50	21,60 13,10 12,40	III
57	Samodzielna Pracownia Mikroskopii Elektronowej	82,00	15,41	2003 2002 2001	12,50 10,30 59,30	2,00 2,00 1,70	6,30 5,10 34,90	III
58	Samodzielna Pracownia Informatyki Medycznej	64,00	15,30	2003 2002 2001	27,00 21,50 15,50	1,53 1,53 1,10	17,70 14,10 14,10	III
59	Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego	348,80	14,94	2003 2002 2001	147,00 157,50 44,30	8,18 7,90 6,40	18,00 19,90 6,90	III
60	Klinika Pneumonologii	234,80	14,59	2003 2002 2001	10,50 94,00 130,30	1,57 6,60 5,70	6,7 14,20 22,90	III
61	Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej	152,80	14,16	2003 2002 2001	63,00 46,50 43,30	4,30 3,60 2,90	14,70 12,90 14,90	III
62	Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca	186,80	13,90	2003 2002 2001	44,80 43,50 98,50	5,00 4,00 4,50	9,00 10,90 21,90	III
63	Klinika Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych	519,30	13,89	2003 2002 2001	255,80 174,00 89,50	12,68 13,40 10,50	20,20 13,00 8,50	III
64	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	210,50	13,62	2003 2002 2001	51,00 34,50 125,00	4,79 4,62 5,50	10,60 7,50 22,70	III
65	Zakład Mikrobiologii, Immunologii i Epidemiologii	48,80	13,54	2003	48,80	3,60	13,50	III
66	Klinika Ginekologii	540,00	13,20	2003 2002 2001	268,50 202,00 69,50	14,50 14,50 9,70	18,50 13,90 7,20	III

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
67	Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii	415,50	13,16	2003 2002 2001	166,30 68,30 181,00	10,50 12,30 10,00	15,80 5,50 18,10	III
68	Zakład Anatomii Klinicznej	169,00	13,13	2003 2002 2001	49,50 43,00 76,50	5,00 4,60 3,80	9,90 9,30 20,10	III
69	Zakład Radiologii	322,50	12,95	2003 2002 2001	152,80 83,00 86,80	10,74 7,80 6,20	14,20 10,60 14,00	III
70	Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii	380,50	12,78	2003 2002 2001	103,50 158,80 118,30	11,67 11,30 7,66	8,90 14,00 15,40	III
71	Katedra i Zakład Analizy Klinicznej	173,80	12,68	2003 2002 2001	116,00 4,50 53,30	4,80 5,00 4,10	24,20 0,90 13,00	III
72	Katedra i Zakład Toksykologii	155,80	12,68	2003 2002 2001	72,50 29,50 53,80	4,08 4,13 4,10	17,80 7,20 13,10	III
73	Klinika Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego	24,00	12,00	2003	24,00	2,00	12,00	III
74	Zakład Toksykologii Środowiska	33,50	11,55	2003	33,50	2,90	11,60	IV
75	Katedra i Klinika Neurochirurgii	178,50	11,53	2003 2002 2001	108,30 16,30 54,00	6,00 6,00 3,90	18,00 2,70 13,80	IV
76	Klinika Położnictwa	299,50	11,50	2003 2002 2001	126,00 127,50 46,00	8,99 8,42 8,60	14,00 15,10 5,30	IV
77	Klinika Neurologii Rozwojowej	91,50	11,21	2003 2002 2001	20,50 33,50 37,50	3,00 3,00 2,40	6,80 11,20 15,60	IV
78	Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani	256,80	11,21	2003 2002 2001	128,00 63,30 65,50	9,05 7,72 5,80	14,10 8,20 11,30	IV
79	Katedra i Zakład Periodontologii i Chorób Błony Śluzowej Jamy Ustnej	83,00	10,79	2003 2002 2001	29,00 41,50 12,50	2,50 2,50 3,00	11,60 16,60 4,20	IV
80	Klinika Chirurgii Dziecięcej	164,30	10,70	2003 2002 2001	29,30 90,00 45,00	5,60 5,20 4,70	5,20 17,30 9,60	IV
81	Samodzielna Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia	47,50	10,49	2003 2002 2001	36,50 7,00 4,00	1,50 2,00 1,10	24,30 3,50 3,60	IV
82	Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii	403,30	10,22	2003 2002 2001	231,30 87,80 84,30	15,60 13,15 9,20	14,80 6,70 9,20	IV
83	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej	69,00	10,13	2003 2002 2001	25,80 13,80 29,50	2,01 2,20 2,60	12,80 6,20 11,30	IV

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
84	Zakład Stomatologii Dziecięcej	96,30	10,11	2003 2002 2001	30,00 44,50 21,80	3,30 3,30 2,80	9,10 13,50 7,80	IV
85	Klinika Kardiologii	230,50	9,82	2003 2002 2001	82,00 31,80 116,80	8,32 8,30 7,40	9,90 3,80 15,80	IV
86	Katedra i Zakład Fizjologii	152,50	9,66	2003 2002 2001	51,00 44,50 57,00	4,90 5,20 5,70	10,40 8,60 10,00	IV
87	Zakład Ochrony Środowiska i Higieny Transportu	26,80	9,55	2003	26,80	2,80	9,60	IV
88	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	134,30	8,68	2003 2002 2001	51,30 34,80 48,30	4,09 4,80 7,70	12,50 7,20 6,30	IV
89	I Samodzielna Pracownia Radiologii	18,30	8,38	2003 2002	15,30 3,00	1,00 2,00	15,30 1,50	IV
90	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	125,50	8,20	2003 2002 2001	30,50 25,50 69,50	5,90 5,90 4,60	5,20 4,30 15,10	IV
91	Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej	59,00	7,47	2003 2002 2001	32,00 17,00 10,00	2,60 2,60 2,80	12,30 6,50 3,60	IV
92	Zakład Implantoprotetyki Stomatologicznej i Technik Dentystycznych	24,50	7,42	2003	24,50	3,30	7,40	IV
93	Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	95,50	7,39	2003 2002 2001	25,00 35,00 35,50	4,11 3,90 5,00	6,10 9,00 7,10	IV
94	Samodzielna Pracownia Patomorfologii Klinicznej	59,30	7,30	2003 2002 2001	32,00 18,80 8,50	3,30 2,30 2,10	9,70 8,20 4,00	IV
95	Katedra i Zakład Rehabilitacji	61,80	7,01	2003 2002 2001	33,50 16,30 12,00	2,67 3,90 2,80	12,60 4,20 4,30	IV
96	Zakład Medycyny Tropikalnej i Epidemiologii	12,50	6,94	2003	12,50	1,80	6,90	IV
97	Zakład Higieny i Epidemiologii	82,00	6,84	2003 2002 2001	21,30 32,80 28,00	3,67 4,86 3,50	5,80 6,70 8,00	IV
98	Katedra i Klinika Urologii	78,00	6,84	2003 2002 2001	19,30 21,00 37,80	4,60 4,30 3,30	4,20 4,90 11,40	IV
99	Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej	41,30	6,76	2003 2002 2001	9,80 14,00 17,50	2,50 2,30 1,70	3,90 6,10 10,30	IV
100	Katedra i Klinika Chorób Oczu	141,00	6,27	2003 2002 2001	85,00 42,00 14,00	8,30 8,00 4,20	10,20 5,30 3,30	IV
101	Klinika Gastroenterologii i Hepatologii	151,30	6,11	2003 2002 2001	55,00 67,30 29,00	8,80 8,10 7,70	6,20 8,30 3,80	IV

Lp.	Jednostka	Suma R	Średnia E	Rok	R	N	E	Kategoria na 2004 r.
102	Zakład Medycyny Rodzinnej	163,00	5,92	2003 2002 2001	64,80 36,80 61,50	10,50 9,90 7,80	6,20 3,70 7,90	V
103	Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	70,00	5,55	2003 2002 2001	54,00 4,80 11,30	5,20 3,00 2,40	10,40 1,60 4,70	V
104	Klinika Neonatologii	7,30	4,62	2003	15,30	3,30	4,60	V
105	Zakład Ortodoncji	39,30	4,46	2003 2002 2001	26,50 1,80 11,00	3,08 1,60 3,00	8,60 1,10 3,70	V
106	Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof	46,30	4,45	2003 2002 2001	19,30 24,30 2,80	2,83 4,57 2,20	6,80 5,30 1,30	V
107	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej	84,30	3,79	2003 2002 2001	41,00 11,50 31,80	9,00 7,60 6,00	4,60 1,50 5,30	V
108	Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	107,80	2,47	2003 2002 2001	32,00 28,50 47,30	19,00 19,00 11,20	1,70 1,50 4,20	V
109	Klinika Chorób Wewnętrznych	0	0,00	2003	0	1,0	0	V

Tabela 1a. Wyniki oceny parametrycznej jednostek statutowych AMG, których liczba N jest mniejsza od 1

Lp.	Jednostka	Suma	Średnia	Rok	R	N	E
1	Samodzielna Pracownia Informatyki Radiologicznej	32,30	129,00	2003	32,30	0,25	129,00
2	Samodzielna Pracownia Farmacji Społecznej	64,30	42,83	2003 2002 2001	20,80 29,30 14,30	0,50 0,50 0,50	41,50 58,50 28,50
3	Zakład Medycyny Morskiej – Międzyregionalne Centrum Medycyny Morskiej WHO	16,30	32,50	2003	16,30	0,50	32,50

Tabela 2. Liczba jednostek w obrębie Wydziałów AMG znajdujących się we wskazanych przedziałach parametru efektywności naukowej (E) i w odpowiedniej kategorii w roku 2004

Kategoria	Przedział wartości E	Ilość jednostek w poszczególnych kategoriach		
		Wydział Lekarski	Wydział Farmaceutyczny	Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej
I	> 42	11	0	0
II	22 – 42	12	5	0
III	12 – 22	32	7	5
IV	6 – 12	22	3	4
V	< 6	7	0	1

Tabela 4. Lista publikacji z IF>3

Czasopismo rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
N. Eng. J. Med. – 2003, vol. 349, nr 21, s. 1993–2003	A. M. Johnson, J. Lundgren, B. Ledergerber, HANNA TROCHA, i in.	<i>Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction</i>	31,736
Lancet. – 2003, vol. 362, s. 22–29	A. Macroft, B. Ledergerber, C. Katlama, O. Kirk, P. Reiss, A. D'Arminio Monforte, B. Knysz, M. Dietrich, A. N. Phillips, J. D. Lundgren, HANNA TROCHA, TOMASZ SMIATACZ, i in.	<i>Decline in the AIDS and death rates in the EuroSIDA study: an observational study</i>	15,397
Lancet. – 2003, vol. 362, s. 755–757	IRENA JABŁOŃSKA-KASZEWSKA, ANDRZEJ RYNKIEWICZ, i in.	<i>Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised double-blind, placebo-controlled, multicentre trial: the EUROPA study</i>	15,397
Lancet. – 2003, vol. 356, nr 9239, s. 1375–1383	M. E. Hannah, W. J. Hannah, S. A. Hewson, E. D. Hodnett, S. Saigal, A. R. Willan KRZYSZTOF PREIS, MAŁGORZATA ŚWIĄTKOWSKA-FREUND, i in.	<i>Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: randomised multicentre trial</i>	15,397
J. Natl. Cancer Inst. – 2003, vol. 95, nr 2, s. 113–125	J. B. Trimbos, I. Vergote, G. Bolis, J. B. Vermorken, C. Mangioni, C. Madronal, M. Franchi, S. Tateo, G. Zanetta, G. Scarfone, L. Giurgea, P. Timmers, C. Coens, S. Pecorelli, JANUSZ EMERICH, i in.	<i>Impact of adjuvant chemotherapy and surgical staging in early-stage ovarian carcinoma: European Organisation for Research and Treatment of Cancer-Adjuvant Chemotherapy in Ovarian Neoplasm Trial</i>	14,500
J. Natl. Cancer Inst. – 2003, vol. 95, nr 19, s. 1453–1461	G. Scagliotti, R. Fossati, V. Torri, L. Crino, G. Giaccone, G. Silvano, M. Martelli, M. Clerici, F. Cignetti, M. Tonato, JACEK JASSEM, i in.	<i>Randomized study of adjuvant chemotherapy for completely resected stage I, II, or IIIA non-small-cell lung cancer</i>	14,500
Circulation. – 2003, vol. 108, s. 767–771	O. Cirioni, A. Giacometti, R. Ghiselli, G. Dell'Acqua, Y. Gov, WOJCIECH KAMYSZ, JERZY ŁUKASIAK, F. Mocchegiani, F. Orlando, G. D'Amato, N. Balaban, V. Saba, G. Scalise	<i>Prophylactic efficacy of topical temporin A and RNAIII-inhibiting peptide in subcutaneous rat pouch model of graft infection attributable to Staphylococci with intermediate resistance to glycopeptides</i>	10,255
Circulation. – 2003, vol. 107, nr 21, s. 2747–2752	LESZEK KALINOWSKI, L. W. Dobrucki, MIROSLAWA SZCZEPAŃSKA-KONKEL, MACIEJ JANKOWSKI, LUDMIŁA MARTY-NIEC, STEFAN ANGIELSKI, T. Maliński	<i>Third-generation β-blockers stimulate nitric oxide release from endothelial cells through ATP efflux: a novel mechanism for antihypertensive action</i>	10,255
J. Clin. Oncol. – 2003, vol. 21, nr 5, s. 843–850	P. Therasse, L. Mauriac, MARZENA WELNICKA-JĄSKIEWICZ, P. Bruning, T. Cufer, H. Bonnefoi, E. Tomiak, K. I. Pritchard, A. Hamilton, M.J. Piccart	<i>Final results of a randomized phase III trial comparing cyclophosphamide, epirubicin, and fluorouracil with a dose-intensified epirubicin and cyclophosphamide + filgrastim as neoadjuvant treatment in locally advanced breast cancer: an EORTC-NCIC-SAKK multicenter study</i>	9,868
J. Clin. Oncol. – 2003, vol. 21, nr 17, s. 3357–3367	A. Goldhirsch, W.C. Wood, R.D. Gelber, A.S. Coates, B. Thürlimann, H.J. Senn, JACEK JASSEM, i in.	<i>Meeting highlights: updated international expert consensus on the primary therapy of early breast cancer</i>	9,868
J. Clin. Oncol. – 2003, vol. 21, nr 14, s. 2636–2644	N. Vogelzang, J. Rusthoven, J. Symanowski, C. Denham, E. Kaukel, P. Ruffie, U. Gatzemeier, M. Boyer, S. Emri, C. Manegold, C. Niyikiza, P. Paoletti, JACEK JASSEM, i in.	<i>Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma</i>	9,868
Hum. Mutat. – 2003, vol. 21, nr 5, s. 553–554	MAGDALENA PERKOWSKA, IZABELA BROŻEK, BARBARA WYSOCKA, K. Haraldsson, T. Sandberg, U. Johansson, G. Sellberg, A. Borg, JANUSZ LIMON	<i>BRCA1 and BRCA2 mutation analysis in breast: ovarian cancer families from north-eastern Poland</i>	6,894
Gut. – 2003, vol. 52, nr 6, s. 874–878	A. Giacometti, O. Cirioni, R. Ghiselli, F. Mocchegiani, G. D'Amato, M. S. Del Prete, F. Orlando, WOJCIECH KAMYSZ, JERZY ŁUKASIAK, V. Saba, G. Scalise	<i>Administration of protegrin peptide IB-367 to prevent endotoxin induced mortality in bile duct ligated rats</i>	6,323

Czasopismo rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
J. Am. Chem. Soc. – 2003, vol. 125, nr 45, s. 13836–13849	MACIEJ TUROWSKI, N. Yamakawa, J. Meller, K. Kimata, T. Ikegami, K. Hosoya, N. Tanaka, E. R. Thornton	<i>Deuterium isotope effects on hydrophobic interactions: the importance of dispersion interactions in the hydrophobic phase</i>	6,201
AIDS – 2003, vol. 17, nr 8, s. 1179–1193	N. Friis-Møller, R. Weber, P. Reiss, R. Thiebaut, O. Kirk, A. D'Arminio Monforte, C. Pradier, L. Morfeldt, S. Mateu, M. Law, W. El-Sadr, S. De Wit, C. A. Sabin, A. N. Phillips, J. D. Lundgren, HANNA TROCHA, i in.	<i>Cardiovascular disease risk factors in HIV patients: association with antiretroviral therapy: results from the DAD study</i>	5,983
AIDS. – 2003, vol. 17, s. 1741–1751	A. Mocroft, L. Ruiz, P. Reiss, B. Ledergerber, C. Katlama, A. Lazzarin, F.-D. Goebel, A. N. Phillips, B. Clotet, J. D. Lundgren, HANNA TROCHA, i in.	<i>Virological rebound after suppression on highly active antiretroviral therapy</i>	5,983
Mol. Pharmacol. – 2003, vol. 63, nr 1, s. 81–88	TADEUSZ PAWEŁCZYK, MARZENA PODGÓRSKA, MONIKA SAKOWICZ	<i>The effect of insulin on expression level of nucleoside transporters in diabetic rats</i>	5,480
Kidney Int. – 2003, vol. 63, suppl. 84, s. S19–S21	BOLESŁAW RUTKOWSKI, EWA SŁOMIŃSKA, MAREK SZOLKIEWICZ, RYSZARD T. SMOLEŃSKI, C. Striley, PRZEMYSŁAW RUTKOWSKI, JULIAN ŚWIERCZYŃSKI	<i>N-methyl-2-pyridone-5-carboxamide: a novel uremic toxin?</i>	5,016
J. Neurochem. – 2003, vol. 87, s. 318–324	M. Tomaszewicz, S. Rossner, R. Schliebs, J. Ćwikowska, ANDRZEJ SZUTOWICZ	<i>Changes in cortical acetyl-CoA metabolism after selective basal forebrain cholinergic degeneration by 192IgG-saporin</i>	4,969
Curr. Med. Chem. – 2003, vol. 10, nr 5, s. 381–426	ANTONI NASAL, DANUTA SILUK, ROMAN KALISZAN	<i>Chromatographic retention parameters in medicinal chemistry and molecular pharmacology</i>	4,966
J. Cell. Physiol. – 2003, vol. 196, s. 144–153	A. Stomiński, A. Pisarchik, BŁAŻEJ ZBYTEK, D. J. Tobin, S. Kauser, J. Wortsman	<i>Functional activity of serotonergic and melatonergic systems expressed in the skin</i>	4,845
Clin. Infect. Dis. – 2003, vol. 37, s. e121–e125	PRZEMYSŁAW MYJAK, WACŁAW LESZEK NAHORSKI, HALINA PIETKIEWICZ, M. von Nickisch-Rosenegk, JULIAN STOLARCZYK, E. Kacprzak, IWONA FELCZAK-KORZYBSKA, BEATA SZOSTAKOWSKA, R. Lucius	<i>Molecular confirmation of human alveolar Echinococcosis in Poland</i>	4,750
Exp. Cell Res. – 2003, vol. 286, nr 1, s. 152–163	TADEUSZ PAWEŁCZYK, MONIKA SAKOWICZ, MARZENA PODGÓRSKA, MIROSŁAWA SZCZEPAŃSKA-KONKEL	<i>Insulin induces expression of adenosine kinase gene in rat lymphocytes by signaling through the mitogen-activated protein kinase pathway</i>	4,712
Leukemia. – 2003, vol. 17, s. 941–959	A. Gratwohl, H. Baldomero, J. Passweg, F. Frasson, D. Niederwieser, N. Schmitz, ANDRZEJ HELLMANN, i in.	<i>Hematopoietic stem cell transplantation for hematological malignancies in Europe</i>	4,693
Leukemia. – 2003, vol. 4, s. 1–7	M. Michallet, F. Maloisel, M. Delain, ANDRZEJ HELLMANN, A. Rosas, R. T. Silver, C. Tendler	<i>Pegylated recombinant interferon alpha-2b vs recombinant interferon alpha-2b for the initial treatment of chronic-phase chronic myelogenous leukemia: a phase III study</i>	4,693
Cardiovasc. Res. – 2003, vol. 59, nr 3, s. 678–684	K. K. Kalsi, A. H. Yuen, IWONA M. RYBAKOWSKA, P. H. Johnson, EWA SŁOMIŃSKA, E. J. Birks, KRYSZTIAN KALETHA, M.H. Yacoub, RYSZARD T. SMOLEŃSKI	<i>Decreased cardiac activity of AMP deaminase in subjects with the AMPD1 mutation: a potential mechanism of protection in heart failure</i>	4,692
J. Med. Chem. – 2003, vol. 46, s. 978–986	K. Dzierzbicka, PIOTR TRZONKOWSKI, P. Sewerynek, ANDRZEJ MYŚLIWSKI	<i>Synthesis and cytotoxic activity of conjugates of muramyl and normuramyl dipeptides with batracyclin derivatives</i>	4,566
Eur. J. Neurosci. – 2003, vol. 18, s. 1652–1659	KATARZYNA MAJAK, A. Pitkänen	<i>Activation of the amygdalo-entorhinal pathway in fear-conditioning in rat</i>	4,163
Thorax. – 2003, vol. 58, nr 10, s. 890–891	ANNA DUBANIEWICZ, GRAŻYNA MOSZKOWSKA, ZOFIA SZCZERKOWSKA, ANZELM HOPPE	<i>Analysis of DQB1 allele frequencies in pulmonary tuberculosis: preliminary report</i>	4,078
Int. J. Cancer. – 2003, vol. 106, s. 942–945	J. Menkiszak, J. Gronwald, B. Górski, A. Jakubowska, T. Huzarski, T. Byrski, M. Foszczyńska-Kłoda, O. Haus, H. Janiszewska,	<i>Hereditary ovarian cancer in Poland</i>	4,056

Czasopismo rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
	MAGDALENA PERKOWSKA, IZABELA BROŻEK, E. Grzybowska, H. Zientek, S. Gózdź, B. Kozak-Klonowska, K. Urbański, R. Miturski, J. Kowalczyk, A. Płuzańska, S. Niepsuj, J. Koc, M. Szwiec, K. Drosik, A. Mackiewicz, K. Lamperska, E. Stróżyk, D. Godlewski, M. Stawicka, B. Waško, M. Bębenek, A. Rozmiarek, I. Rzepka-Górska, S. A. Narod, J. Lubiński		
Lab. Invest. – 2003, vol. 83, nr 9, s. 1361–1371	J. Lasota, BARTEK WASĄG, A. Dansonka-Mieszkowska, D. Karcz, C.L. Millward, D. Ryś, J. Stachura, L.H. Sobin, M. Miettinen	<i>Evaluation of NF2 and NF1 tumor suppressor genes in distinctive gastrointestinal nerve sheath tumors traditionally diagnosed as benign schwannomas : a study of 20 cases</i>	4,000
Int. J. Radiation Oncol. Biol. Phys. – 2003, vol. 56, nr 3, s. 899–905	BARTŁOMIEJ CIESIELSKI, KATARZYNA SCHULTKA, ANNA KOBIERSKA, RENATA NOWAK, Z. Peimel-Stuglik	<i>In vivo alanine/EPR dosimetry in daily clinical practice: a feasibility study</i>	3,756
J. Invest. Dermatol. – 2003, vol. 121, nr 6, s. 1496–1499	BŁAŻEJ ZBYTEK, A. Pfeffer, A. T. Słomiński	<i>Corticotropin-releasing hormone inhibits nuclear factor-κB pathway in human HaCaT keratinocytes</i>	3,746
J. Lipid Res. – 2003, vol. 44, s. 742–753	G. Zolese, MICHAŁ WOŹNIAK, P. Mariani, L. Saturni, E. Bertoli, A. Ambrosini	<i>Different modulation of phospholipase A₂ activity by saturated and monounsaturated N-acyl ethanolamines</i>	3,730
Am. J. Kidney Dis. – 2003, vol. 41, nr 1, s. 49–61	W. H. Hörl, I.C. Macdougall, J. Rossert, BOLESŁAW RUTKOWSKI, J. P. Wauters, F. Valderrabano	<i>Predialysis survey on anemia management: patient referral</i>	3,688
Am. J. Kidney Dis. – 2003, vol. 41, nr 3, suppl. 1, s. S84–S88	BOLESŁAW RUTKOWSKI, MAREK SZOLKIEWICZ, JUSTYNA KORCZYŃSKA, ELŻBIETA SUCAJTYS, EWA STELMAŃSKA, T. Niewęglowski, JULIAN ŚWIERCZYŃSKI	<i>The role of lipogenesis in the development of uremic hyperlipidemia</i>	3,688
Cancer Treat. Rev. – 2003, vol. 29, s. 355–361	MARZENA WELNICKA-JAŚKIEWICZ, JACEK JASSEM	<i>The risk and benefits of hormonal replacement therapy in healthy women and in breast cancer survivors</i>	3,672
Brit. J. Cancer. – 2003, vol. 88, s. 848–854	J. Kupryjańczyk, T. Szymańska, R. Mądry, A. Timorek, J. Stelmachów, G. Karpińska, A. Rembiszewska, I. Ziółkowska, E. Kraszewska, JAROSŁAW DĘBNIĄK, JANUSZ EMERICH, M. Ułańska, A. Płuzańska, M. Jędryka, M. Goluda, A. Chudecka-Głaz, I. Rzepka-Górska, M. Klimek, K. Urbański, J. Bręborowicz, J. Zieliński, J. Markowska	<i>Evaluation of clinical significance of TP53, BCL-2, BAX and MEK 1 expression in 229 ovarian carcinomas treated with platinum-based regimen</i>	3,639
Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging. – 2003, vol. 30, nr 7, s. 1018–1023	PIOTR LASS, JUSTYNA SCHEFFLER	<i>Undergraduate teaching of nuclear medicine in European universities</i>	3,568
Eur. J. Cancer. – 2003, vol. 39, s. 614–621	M.A. Nooij, J.C.J.M. de Haes, L.V.A.M. Beex, J. Wilidiers, J. Klijn, D. Becquart, JACEK JASSEM, E. Engelsman, L. Duchateau	<i>Continuing chemotherapy or not after the induction treatment in advanced breast cancer patients: clinical outcomes and oncologists' preferences</i>	3,562
Eur. J. Cancer. – 2003, vol. 30, s. 2318–2327	C. Rose, O. Vtoraya, A. Pluzanska, N. Davidson, M. Gershanovich, R. Thomas, S. Johnson, J.J. Caicedo, H. Gervasio, G. Manikhas, F. Ben Ayed, S. Budette-Radoux, H.A. Chaudri-Ross, R. Lang, JACEK JASSEM, MARZENA WELNICKA-JAŚKIEWICZ, i in.	<i>An open randomised trial of second-line endocrine therapy in advanced breast cancer comparison of the aromatase inhibitors letrozole and anastrozole</i>	3,562
Eur. J. Cancer. – 2003, vol. 39, s. 1141–1143	M.S. Aapro, F.H. van Wijk, M.E.L. van der Burg, W. ten Bokkel Huinink, I. Verote, J.P. Guastalla, R. Rosso, ANNA KOBIERSKA, L.V.A. Beex, M. Namer, T.E.W. Splinter, J.B. Vermorken	<i>Phase II study of fotemustine in patients with advanced ovarian carcinoma: a trial of the EORTC Gynecological Cancer Group</i>	3,562

Czasopismo rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
Eur. J. Cancer. – 2003, vol. 39, nr 9, s. 1271–1276	RAFAŁ DZIADZIUSZKO, A. Arduzzoni, P.E. Postmus, E. F. Smit, A. Price, C. Debruyne, C. Legrand, G. Giaccone	<i>Temozolomide in patients with advanced non-small cell lung cancer with and without brain metastases: a phase II study of the EORTC Lung Cancer Group (08965)</i>	3,562
Exp. Gerontol. – 2003, vol. 38, s. 415–422	ANNA NOGALSKA, ARETA PANKIEWICZ, ELŻBIETA GOYKE, JULIAN ŚWIERCZYŃSKI	<i>The age-related inverse relationship between ob and lipogenic enzymes genes expression in rat white adipose tissue</i>	3,535
Semin. Oncol. – 2003, vol.	JACEK JASSEM	<i>Gemcitabine and anthracyclines in breast cancer</i>	3,500
Hippocampus. – 2003, vol. 13, s. 922–942	KATARZYNA MAJAK, A. Pitkänen	<i>Projections from the periamygdaloid cortex to the amygdaloid complex, the hippocampal formation, and the parahippocampal region: a PHA-L study in the rat</i>	3,421
Transplantation. – 2003, vol. 75, nr 3, s. 268–274	Ch. Junghanss, A. Takatu, M.T. Little, JAN MACIEJ ZAUCHA, E. Zellmer, M. Yunusov, G. Sale, G. Georges, R. Storb	<i>Adoptive immunotherapy against kidney targets in dog-leukocyte antigen-identical mixed hematopoietic canine chimeras</i>	3,265
Transplantation. – 2003, vol. 75, nr 4, s. 521–528	H.A. de Paz, O.O. Oluwole, A.O. Adeyeri, PIOTR WITKOWSKI, M.-X. Jin, M.A. Hardy, S.F. Oluwole	<i>Immature rat myeloid dendritic cells generated in low-dose granulocyte macrophage-colony stimulating factor prolong donor-specific rat cardiac allograft survival</i>	3,265
J. Org. Chem. – 2003, vol. 68, nr 12, s. 4791–4796	FRANCISZEK SĄCZEWSKI, JAROSŁAW SĄCZEWSKI, M. Gdaniec	<i>Synthesis, molecular structure, and applications of 2-hydroxylamino-4,5-dihydroimidazolium-O-sulfonate to the synthesis of novel heterocyclic ring systems</i>	3,217
Breast Cancer Res. Treat. – 2003, vol. 81, suppl. 1, s. S37–S42	JACEK JASSEM	<i>Chemotherapy of metastatic breast cancer: is more better?</i>	3,132
Breast Cancer Res. Treat. – 2003, vol. 81, suppl. 1, s. S1–S7	S. Beslija, J. Bonneterre, H.J. Burstein, M. Gnani, P. Goodwin, V. Heinemann, JACEK JASSEM, W. Köstler, M. Krainer, S. Menard, D. Miles, L. Petruzelka, K. Possinger, P. Schmid, E. Stadtmayer, M. Stockler, S. Van Belle, C. Vogel, N. Wilcken, C. Wiltshcke, C. C. Zieliński, H. Zwierzina	<i>Consensus on medical treatment of metastatic breast cancer</i>	3,132
J. Control. Release. – 2003, vol. 93, nr 3, s. 369–376	KRZYSZTOF CAL, MAŁGORZATA SZNITOWSKA	<i>Cutaneous absorption and elimination of three acyclic terpenes – in vitro studies</i>	3,131
Ann. Oncol. – 2003, vol. 14, s. 1634–1639	JACEK JASSEM, P. Kosmidis, R. Ramlau, K. Zarogoulidis, L. Novakova, J. Breton, P.-L. Etienne, C. Seebacher, M. Grivaux, A. Ojala, D. Aubert, F. Lefresne	<i>Oral vinorelbine in combination with cisplatin: a novel active regimen in advanced non-small-cell lung cancer</i>	3,114
Ann. Oncol. – 2003, vol. 14, s. 1078–1085	J. Plisiecka-Hałas, G. Karpińska, T. Szymańska, I. Ziółkowska, R. Mądry, A. Timorek, JAROSŁAW DĘBNIĄK, M. Ułańska, M. Jędryka, A. Chudecka-Głaz, M. Klimek, A. Rembiszewska, E. Kraszewska, B. Dybowski, J. Markowska, JANUSZ EMERICH, A. Płuźańska, M. Goluda, I. Rzepka-Górska, K. Urbański, J. Zieliński, J. Stelmachów, MARIA HRABOWSKA, J. Kupryjańczyk	<i>P21^{WAF1}, P27^{KIP1}, TP53 and C-MYC analysis in 204 ovarian carcinomas treated with platinum-based regimens</i>	3,114
J. Chromatogr. A. – 2003, vol. 1010, nr 1, s. 113–121	MICHAŁ J. MARKUSZEWSKI, K. Otsuka, S. Terabe, K. Matsuda, T. Nishioka	<i>Analysis of carboxylic acid metabolites from the tricarboxylic acid cycle in Bacillus subtilis cell extract by capillary electrophoresis using an indirect photometric detection method</i>	3,098
J. Chromatogr. A. – 2003, vol. 989, nr 2, s. 293–301	MICHAŁ JAN MARKUSZEWSKI, P. Britz-McKibbin, S. Terabe, K. Matsuda, T. Nishioka	<i>Determination of pyridine and adenine nucleotide metabolites in Bacillus subtilis cell extract by sweeping borate complexation capillary electrophoresis</i>	3,098

Czasopismo rok, tom, strony od – do	Autor (autorzy)	Tytuł artykułu	IF
J. Chromatogr. A. – 2003, vol. 987, nr 1/2, s. 29–37	TOMASZ BĄCZEK, ROMAN KALISZAN	<i>Predictive approaches to gradient retention based on analyte structural descriptors from calculation chemistry</i>	3,098
Br. J. Haematol. – 2003, vol. 122, s. 386–393	M. Cazzola, Y. Beguin, J. Kłoczko, I. Spicka, B. Coiffier, ANDRZEJ HELLMANN, i in.	<i>Once-weekly epoetin beta is highly effective in treating anaemic patients with lymphoproliferative malignancy and defective endogenous erythropoietin production</i>	3,052
Int. J. Biochem. Cell Biol. – 2003, vol. 35, s. 235–245	ARETA PANKIEWICZ, TOMASZ ŚLEDZIŃSKI, ANNA NOGALSKA, JULIAN ŚWIERCZYŃSKI	<i>Tissue specific, sex and age-related differences in the 6-phosphogluconate dehydrogenase gene expression</i>	3,044

Tabela 3. Parametry aktywności i efektywności naukowej Wydziałów AMG za osiągnięcia uzyskane we wskazanych latach

Parametr	Wydział Lekarski		Wydział Farmaceutyczny		Międzywydziałowy Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej	
Suma R dla wszystkich jednostek	2003	8991,00	2003	1388,45	2003	371,25
	2002	7240,50	2002	930,30	2002	–
	2001	9034,50	2001	1540,25	2001	–
Suma N dla wszystkich jednostek	2003	504,34	2003	67,49	2003	24,50
	2002	469,10	2002	65,70	2002	–
	2001	384,16	2001	57,80	2001	–
E = $\sum R / \sum N$ dla całego Wydziału	2003	17,83	2003	20,57	2003	15,15
	2002	15,43	2002	14,16	2002	–
	2001	23,52	2001	26,65	2001	–

Tabela 5. Lista osób, które uzyskały w 2003 r., jako pierwszy autor, co najmniej 10 cytowań wg *Science Citations Index*

Lp.	Autor z AMG	Liczba cytowań
1.	R. Kaliszan	109
2.	K. Narkiewicz	107
3.	J. Jassem	43
4–5.	A. Hellmann	34
	J. Zaucha	34
6.	P. Szefer	32
7.	K. Jaśkiewicz	31
8.	L. Kalinowski	27
9–10.	J. Limon	24
	J. Świerczyński	24
11–12.	T. Liberek	23
	J. Witkowski	23
13.	Z. Kmiec	21
14.	R. Smoleński	20
15.	T. Pawełczyk	16
16.	B. Schlichtholz	15

Lp.	Autor z AMG	Liczba cytowań
17–18.	Z. Brzozowski	14
	M. Prokopowicz	14
19–21.	P. Kowiański	13
	B. Rutkowski	13
	M. Sznitowska	13
22–23.	J. Czyż	12
	A. Nasal	12
24.	J. Siebert	11
25–26.	J. Myśliwska	10
	A. Szutowicz	10

Tabela 6. Prace naukowo-badawcze – granty MNiI – przyznane w roku 2003

Nr grantu	Kierownik projektu	Jednostka	Kwota przyznana
KONKURS 24			
G-22	dr Michał Markuszewski	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki	323 000,00 zł
G-10	dr Jarosław Dębniak	Klinika Ginekologii	260 000,00 zł
G-21	dr Alicja Dębska-Ślizień	Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	180 000,00 zł
G-17	dr Monika Sakowicz	Zakład Medycyny Molekularnej	150 000,00 zł
G-11	dr Ewa Bryl	Zakład Immunopatologii	150 000,00 zł
G-14	dr Magdalena Prokopowicz	Katedra i Zakład Chemii Fizycznej	95 000,00 zł
G-24	dr Ryszard Pawłowski	Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	90 000,00 zł
G-16	prof. Tadeusz Pawełczyk	Zakład Medycyny Molekularnej	50 000,00 zł
G-48	prof. Piotr Szefer	Katedra i Zakład Bromatologii	30 000,00 zł
KONKURS 25			
G-52	prof. Janusz Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	300 000,00 zł
G-74	dr Stefan Popadiuk	Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii	250 000,00 zł
G-36	prof. Małgorzata Sznitowska	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	242 500,00 zł
G-50	prof. Bolesław Rutkowski	Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	211 800,00 zł
G-39	dr Maciej Jankowski	Katedra i Zakład Analityki Klinicznej	200 000,00 zł
G-55	dr Maria Taraszewska-Czarnowska	Zakład Radiologii	67 000,00 zł
G-37	prof. Julian Świerczyński	Katedra i Zakład Biochemii	39 520,00 zł
G-59	prof. Krystian Kaletha	Katedra i Zakład Biochemii	39 000,00 zł
G-71	prof. Krzysztof Narkiewicz	Regionalne Centrum Nadciśnienia Tętniczego	35 000,00 zł
G-45	prof. Bolesław Rutkowski	Klinika Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych	35 000,00 zł
G-70	prof. Andrzej Rynkiewicz	I Klinika Chorób Serca	20 800,00 zł
G-73	dr Joanna Stańczak	Zakład Parazytologii Tropikalnej	208 000,00 zł
G-76	dr Wacław Nahorski	Klinika Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych	280 000,00 zł

Tabela 6a. Projekty zamawiane MNiI przyznane w roku 2003

Nr grantu	Kierownik projektu	Jednostka	Kwota przyznana
G/Z-83	prof. J. Limon – koordynator	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	6 479 200,00 zł
G/Z-643	prof. J. Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	978 500,00 zł
G/Z-645	prof. J. Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	80 633,00 zł
G/Z-647	prof. J. Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	407 540,00 zł
G/Z-681	prof. R. J. Ochocka	Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	220 000,00 zł
G/Z-682	dr M. Krauze-Baranowska	Katedra i Zakład Farmakognozji	375 000,00 zł
G/Z-685	prof. J. Witkowski	Katedra i Zakład Fizjopatologii	500 000,00 zł
G/Z-697	prof. J. Jassem	Klinika Onkologii i Radioterapii	1 000 000,00 zł

STRATEGIA ROZWOJU UCZELNI

Władze AMG z pomocą Senackiej Komisji Rozwoju Uczelni prowadzą prace nad opracowaniem strategii rozwoju Uczelni. Prezentowane poniżej robocze projekty trzech dokumentów, a mianowicie:

- **Misja Akademii Medycznej w Gdańsku**
- **Priorytety i strategiczne cele rozwoju**
- **Analiza SWOT (mocne i słabe strony, szanse i zagrożenia rozwoju)**

były już przedstawiane Senatowi, a ostatnio na nadzwyczajnych posiedzeniach Rady Wydziału Lekarskiego i Rady Wydziału Farmaceutycznego. Obecnie publikujemy je w *Gazecie AMG* zachęcając całą społeczność akademicką do szerokiej dyskusji i przedstawiania swoich uwag i propozycji.

prof. Wiesław Makarewicz
przewodniczący Komisji Rozwoju Uczelni
rektor

Wersja przyjęta przez Kolegium 19.01.2004 r.

MISJA AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

Akademia Medyczna w Gdańsku, powołana do życia w 1945 roku, nawiązując do XVI i XVII-wiecznej tradycji Gimnazjum Akademickiego (Atheneum Gedanense) i Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, za swoje posłannictwo przyjmuje trójstopniowe kształcenie w zawodach medycznych, kształcenie podyplomowe oraz prowadzenie badań naukowych w zakresie nauk biomedycznych, farmaceutycznych, epidemiologii i promocji zdrowia jak też nauk klinicznych oraz wdrażanie i upowszechnianie nowych technologii medycznych służących diagnostyce i terapii.

Akademia, jako organ założycielski szpitali klinicznych, aktywnie współuczestniczy w tworzeniu systemu ochrony zdrowia w regionie, zapewniając wysoko specjalistyczne świadczenia diagnostyczno–lecnicze, prowadząc kształcenie ustawiczne kadr medycznych oraz dostarczając ekspertyz i opinii dla władz samorządowych i państwowych.

Akademia, kierując się zasadami wolności nauki, humanizmu, etyki i umiłowaniem prawdy, w swojej działalności zespala nauczanie i wychowanie młodzieży, badania naukowe oraz usługi diagnostyczno–lecnicze.

PRIORYTETY I STRATEGICZNE CELE ROZWOJU AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

Cel kierunkowy 1

Kreowanie wysokiej jakości nauczania

Cel kierunkowy 2

Rozwój aktywności naukowej według kierunków i specjalności badawczych

Cel kierunkowy 3

Rozwój kadry naukowo–dydaktycznej, optymalizacja zatrudnienia i ścieżki awansu akademickiego

Cel kierunkowy 4

Umocnienie międzynarodowej pozycji Uczelni w badaniach naukowych, kształceniu i działalności leczniczej oraz poszerzenie anglojęzycznej oferty dydaktycznej

Cel kierunkowy 5

Modernizacja bazy materialnej i organizacji Uczelni

Cel kierunkowy 6

Modernizacja i restrukturyzacja bazy klinicznej zmierzająca do zrównoważenia kosztów działalności klinicznej z przychodami

Cel kierunkowy 7

Innowacyjność i wdrażanie nowych technologii diagnostycznych i terapeutycznych

Cel kierunkowy 8

Integracja Akademii z regionalnym systemem ochrony zdrowia

Cel kierunkowy 9

Efektywne uczestnictwo w europejskich programach badawczych, funduszach strukturalnych Unii Europejskiej i innych ponadnarodowych źródłach finansowania nauki i edukacji

Cel kierunkowy 10

Podniesienie konkurencyjności Uczelni na rynku regionalnym, krajowym i europejskim jako organizacji prowadzącej działalność edukacyjną, naukową oraz usługowo–lecniczą.

ANALIZA SŁABYCH I MOCNYCH STRON ORAZ SZANS I ZAGROŻEŃ ROZWOJU AKADEMII MEDYCZNEJ W GDAŃSKU

MOCNE STRONY (WNĘTRZE)

- Największa uczelnia medyczna w Polsce północnej pod względem liczby studentów oraz liczby oferowanych kierunków i specjalności
- Doświadczeni profesorowie i ugruntowane kontakty naukowe
- Wysoki poziom jakościowy prowadzonych badań naukowych
- Szeroka i dobrze ugruntowana współpraca międzynarodowa
- Popularność AMG wśród uczniów pomorskich szkół średnich
- Korzystna proporcja liczby studentów przypadających na jednego nauczyciela akademickiego (4 : 1)
- Aktywny samorząd studencki
- Lokalizacja Uczelni w aglomeracji atrakcyjnej pod względem kulturowym, historycznym i geograficzno–przyrodniczym
- Skupienie 80% obiektów Uczelni w jednym miejscu (kampusie)
- Wyróżniające umiejętności: bioanalitika, biotechnologia, medycyna hiperbaryczna, medycyna tropikalna, neurobiologia, promocja zdrowia, technologia postaci leku, transplantologia
- Dobre wyposażenie w nowoczesną aparaturę naukową i diagnostyczno–terapeutyczną
- Wolne tereny rozwojowe – cenny kapitał

- Przewaga w sferze bazy materialnej, wynikająca z tytułu własności obiektów i bazy badawczej (oszczędności na kosztach dzierżawy/wynajmu pomieszczeń i aparatury)
- Przewaga konkurencyjna w sferze kapitału ludzkiego (zwyczajnie pierwsze miejsce pracy większości doktorów habilitowanych i profesorów)

SŁABE STRONY (WNĘTRZE)

- Brak wypracowanego systemu monitorowania jakości kształcenia i oceny kadry nauczającej oraz bieżącej kontroli jakości prowadzonych zajęć
- Mało nowoczesne programy dydaktyczne, przewaga postaw konserwatywnych
- Niezadowalające przygotowanie pedagogiczne nauczycieli akademickich
- Brak systemowego wsparcia psychologicznego dla studentów
- Niezadowalająca infrastruktura wspomagająca dydaktykę – zły stan techniczny, słabe wyposażenie i niedostateczna liczba sal dydaktycznych, szczególnie dla zajęć w mniejszych zespołach
- Niedostateczne zaplecze domów studenckich w standardzie oczekiwanym przez studentów, w szczególności zagranicznych
- Bariery architektoniczne dla studentów niepełnosprawnych
- Niewystarczające zaangażowanie dydaktyczne i wykorzystanie czasu pracy nauczycieli akademickich
- Mała efektywność Studium Języków Obcych
- Słabość infrastrukturalnego i merytorycznego zaplecza w zakresie zdrowia publicznego
- Wysoki stopień zadłużenia (nierównowaga finansowa) Akademickiego Centrum Klinicznego
- Nadmierne zatrudnienie w Akademickim Centrum Klinicznym
- Nieefektywny nadzór właścicielski nad szpitalami klinicznymi
- Mała rotacja kadry zatrudnionej na stanowiskach nauczycieli akademickich
- Niski poziom informatyzacji obsługi administracyjnej i procesów zarządzania Uczelnią
- Słaby nadzór nad systemem informatycznym Uczelni
- Nadmierna centralizacja decyzji administracyjnych wynikająca po części ze słabości średniego szczebla zarządzania
- Słabe przygotowanie administracji do procedur stosowanych w Unii Europejskiej
- Przerost zatrudnienia w niektórych jednostkach administracji i obsługi
- Brak zorganizowanego systemu promocji oferty dydaktycznej i naukowo-badawczej oraz kreowania pozytywnego wizerunku Uczelni
- Brak sprawnego przepływu informacji wewnątrz Uczelni; niewykorzystane możliwości *Gazety AMG*,
- Niski udział wpływów z badań naukowych w strukturze źródeł finansowania Uczelni
- Niedostatek postaw menedżerskich, kreujących proefektywne przedsięwzięcia
- Brak systemowego przeciwdziałania działaniom konkurencyjnym i pojawiającym się konfliktom interesów
- Nadmierna hierarchizacja życia w Uczelni; brak partnerskich relacji między pracownikami a studentami
- Ugruntowane przez tradycję postawy i praktyki sprzyjające dominacji ambicji interesów indywidualnych lub grupowych nad dobrem Uczelni jako całości
- Brak planowania strategicznego (dotąd) i spójnej polityki rozwoju, akceptowanej przez wspólnotę akademicką

POTENCJALNE SZANSE (OTOCZENIE)

- Wzrost znaczenia wiedzy i kwalifikacji jako źródła przewagi konkurencyjnej (przesuwanie się technologii w kierunku większego nasycenia kwalifikacjami)
- Znaczący współudział w regionalnym systemie ochrony zdrowia
- Niezbędność w systemie ochrony zdrowia z racji wysokiej kwalifikacji kadry i nasycenia unikatową aparaturą
- Prorozwojowa polityka gospodarcza władz Trójmiasta i województwa pomorskiego
- Zapotrzebowanie na unikalne kompetencje zawodowe i eksperckie w regionie w takich obszarach jak: bioanalitika, biotechnologia, elektrokardiologia, kardiocirurgia i kardiologia inwazyjna, kliniczne badanie leków, medycyna hiperbaryczna, medycyna sądowa, medycyna tropikalna, neurochirurgia, promocja zdrowia, technologia postaci leku, transplantologia i zaplecze Trójmiejskiej Akademickiej Zwierzętarni Doświadczalnej
- Rozwój nowych technologii w regionie; koncentracja zakładów produkujących leki, kosmetyki i środki odżywcze
- Wejście Polski do UE, współpraca europejska (nowe źródła finansowania, fundusze strukturalne)
- Dywersyfikacja instytucjonalnych form świadczenia usług: poza klasycznymi badaniami naukowymi dydaktyką i udzielaniem świadczeń zdrowotnych; zagospodarowanie tzw. „nisz”: szkoleń, profilaktyki, certyfikacji, badań zleconych, programów zdrowotnych, wspólnych przedsięwzięć, itp.
- Finansowanie z 6. ramowego programu UE
- Rozwój kontaktów z uczelniami europejskimi ze szczególnym uwzględnieniem Niemiec i Skandynawii
- Integracja pozioma z innymi uczelniami, zarówno w układzie terytorialnym (PG, UG, itp.) jak też przedmiotowym (wymiana pracowników, „gościnne” wykłady, wymiana studentów)
- Wspólne przedsięwzięcia edukacyjne z podmiotami zagranicznymi
- Konieczność likwidacji barier dla niepełnosprawnych
- Zapotrzebowanie na kształcenie podyplomowe
- Rozwój kształcenia anglojęzycznego obcokrajowców
- Wysoka ranga zawodów medycznych, szczególnie lekarza, stomatologa i farmaceuty, w odbiorze społecznym

POTENCJALNE ZAGROŻENIA (OTOCZENIE)

- Niedostateczna dotacja z budżetu państwa
- Brak przewidywalnych systemowych regulacji prawnych dotyczących ochrony zdrowia i szkolnictwa wyższego
- Ograniczone możliwości płatnicze pomorskiego Oddziału NFZ
- Słaby rozwój gospodarczy regionu i ograniczenie możliwości uzyskiwania wsparcia od sponsorów
- Prowadzenie nieprzejrzystego systemu finansowania nauki w Polsce przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji
- Utrudniony dostęp i niesprawna organizacja dystrybucji funduszy strukturalnych UE
- Spadek zainteresowania młodzieży podejmowaniem studiów w zawodach medycznych
- Malejące zainteresowanie karierą akademicką ze strony zdolnych absolwentów i młodej kadry naukowej
- Niekorzystne zmiany demograficzne
- Zagrożenie agresywną konkurencją ze strony nowych niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej i dotychczasowych konkurentów
- Nieprzewidziane zmiany potrzeb i oczekiwań społecznych
- Brak jasno określonej regionalnej i państwowej polityki zdrowotnej

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

NADZWYCZAJNE POSIEDZENIE RADY WYDZIAŁU

30 marca br. na Wydziale Farmaceutycznym AMG odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Rady Wydziału z udziałem JM Rektora, prof. dr hab. Wiesława Makarewicza i Dyrektora Administracyjnego, dr n. przyr. Stawomira Bautembacha. Celem posiedzenia było zainicjowanie dyskusji, która przyczyni się do opracowania strategicznych kierunków rozwoju Wydziału Farmaceutycznego AMG na najbliższe lata. Wstęp do dyskusji stanowiła przedstawiona przez JM Rektora *Misja, Priorytety i strategiczne cele rozwoju oraz Analiza SWOT Akademii Medycznej w Gdańsku*. W wystąpieniach Dziekana i Prodziekanów Wydziału przedstawiono analizę dotychczasowej działalności oraz wskazano na perspektywy rozwoju w zakresie kształcenia przeddyplomowego na kierunku studiów farmacja i analityka medyczna, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb Wydziału, tj. dotyczących odpowiedniego wyposażenia bazy dydaktycznej, aptek szkoleniowych i dostępu do laboratorium klinicznego. Ważnymi elementami działalności Wydziału wymagającymi nowego podejścia jest współpraca z przemysłem i szkolenie podyplomowe. Osobne wystąpienie poświęcono rozwojowi kadry naukowej Wydziału, która wskazane dzisiaj zadania będzie realizowała w przyszłości.

prof. Marek Wesółowski
dziekan Wydziału Farmaceutycznego AMG

Stan aktualny i perspektywy rozwoju kształcenia przeddyplomowego na kierunku farmacja

Kształcenie na kierunku farmacja przebiega obecnie dwutorowo. Od ubiegłego roku akademickiego 2002/2003 realizowany jest program zgodny z ogólnopolskim „minimum programowym”. W roku bieżącym 2003/2004, zgodnie z „minimum programowym” studium studenci dwóch lat: pierwszego i drugiego roku. Dla tych studentów opracowane zostały również obowiązkowe zajęcia fakultatywne. Lata studiów: trzeci, czwarty i piąty rok kontynuują „dotychczasowy” program z podziałem na trzy kierunki studiów:

- farmacja apteczna
- analityka farmaceutyczna
- analityka kliniczna

Aktualny program zgodny z „minimum” zakłada realizację 4050 godzin, na które składają się przedmioty:

- kształcenia ogólnego 350
- podstawowe 1345
- kierunkowe (zawodowe) 1905
- zajęcia fakultatywne 450

Systematyczne wdrażanie na kolejnych latach programu minimum wymaga jednoczesnego wprowadzania zajęć fakultatywnych. Przygotowana obecnie oferta obejmuje 43 propozycje w różnorodnych grupach tematycznych.

Tematy zajęć fakultatywnych znacznie poszerzają wiedzę studentów, realizowane w mniejszych grupach dają możliwość lepszego kontaktu studentów z nauczycielami.

Reorganizacja toku studiów powoduje rosnące trudności związane z realizacją zajęć, ze względu na brak małych sal seminaryjnych, sal wykładowych oraz bardzo duże obciążenie godzinowe nauczycieli akademickich. Poniższe zestawienie jest tego ilustracją.

W bieżącym roku akademickim całkowite obciążenie dydaktyczne na Wydziale Farmaceutycznym wynosi 35 869 godzin. 112 nauczycieli akademickich pracuje z grupą 725 studentów. Z liczb tych wynika, że średnio jeden nauczyciel akademicki realizuje 320 godzin z przypadającą na jednego nauczyciela liczbą 6,5 studentów.

Dla porównania, na Wydziale Lekarskim powstanie nowych oddziałów i kierunków spowodowało znaczący wzrost liczby studentów, która w bieżącym roku akademickim wynosi aż 2712. Całkowite obciążenie 747 nauczycieli akademickich wynosi 193 672 godzin. Na jednego nauczyciela przypada średnio 259 godzin dydaktycznych oraz 3,6 studentów.

Rozważając kwestię braku sal seminaryjnych, przede wszystkim należy wziąć pod uwagę wszystkie możliwości wykorzystania istniejącej bazy lokalowej na Wydziale. W dyskusjach podnoszona jest kwestia wykorzystania budynku zajmowanego obecnie przez firmę Eko-Trade, co znacząco poprawiłoby sytuację.

Wprowadzenie nowego programu wiąże się również z systematycznym podnoszeniem jakości oferty dydaktycznej. W coraz większym stopniu wykorzystywane są jako pomoce dydaktyczne opracowywane programy internetowe. W prowadzonych zajęciach wykorzystywane są współczesne techniki przekazu, w tym prezentacje multimedialne. Oprócz kłopotów lokalowych, również problemem jest brak wyposażenia każdej sali wykładowej w rzutnik multimedialny. Dokładamy wielu starań (m.in. pozyskiwanie środków od sponsorów), aby poprawić trudną sytuację Wydziału w tym względzie. Troskę budzi też postępująca dekapitalizacja aparatury i sprzętu stosowanego podczas zajęć dydaktycznych.

Zasadne staje się pytanie o możliwości tworzenia nowych kierunków studiów jak np. rozważany, budzący zainteresowanie kierunek kosmetologii. Ze względu na bazę oraz duże obciążenie kadry dydaktycznej prowadzenie nauczania dla studentów anglojęzycznych w najbliższym czasie byłoby bardzo trudnym zadaniem.

Omawiając kształcenie przeddyplomowe trzeba podkreślić rosnące zainteresowanie i możliwości, jakie studenci mają w ramach programu Socrates Erasmus. W roku akademickim 2002/2003 za granicę przygotowywało swoje prace magisterskie 4 a w roku bieżącym 7 studentów. Umowy podpisane zostały z Uniwersytetami we Włoszech (Perugia, Palermo), Francji (Lyon), Holandii (Eindhoven) oraz w Niemczech (Greifswald).

Rok akademicki 2003/2004 jest dla kierunku farmacji rokiem przełomowym, w którym wprowadza się do toku studiów farmaceutycznych sześciomiesięczny staż w aptece. Staż ujęty jest w „standardach nauczania dla kierunku studiów: farmacja – studia magisterskie”, zgodnie z załącznikiem nr 14 do Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 3 XI 2003 r. (Dz. U. 2003 Nr 210, poz. 2040, zał. nr 14).

Podstawą do uzyskania dyplomu ukończenia studiów na kierunku farmacja jest protokół egzaminu magisterskiego i obrotu pracy magisterskiej oraz zaliczenie stażu.

Plan ramowy stażu obejmuje realizację następujących bloków programowych:

- dyspensowanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz udzielanie informacji o lekach

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

- sporządzanie produktów leczniczych
- opieka farmaceutyczna
- prawne, etyczne i administracyjne aspekty pracy farmaceuty.

Wprowadzenie stażu do programu studiów prowadzi do zwiększenia kosztów, jakie ponosi Uczelnia (ubezpieczenie, świadczenia stypendialne, dodatkowe czynności dydaktyczne). Trudnym organizacyjnie przedsięwzięciem jest przygotowanie w bardzo krótkim czasie bazy szkoleniowej dla stażystów. Dla 111 studentów studiujących aktualnie na V roku konieczne jest podpisanie umów z co najmniej 50. aptekami spełniającymi określone wymagania. W tym miejscu trzeba podkreślić, jak istotna w przygotowaniu zawodowym farmaceutów jest apteka szkoleniowa. Szerzej zagadnienie apteki szkoleniowej przedstawia prodziekan Wiesław Sawicki.

Pierwsi studenci realizujący program minimum i odbywający staż apteczny w ramach studiów, ukończą studia i odbiorą dyplomy w roku akad. 2008/2009.

prof. J. Renata Ochocka
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego AMG

Kształcenie w Oddziale Medycyny Laboratoryjnej Wydziału Farmaceutycznego AMG

stan obecny – kierunki rozwoju

Uchwałą Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku z dnia 29 stycznia 2001 r. powołany został przy Wydziale Farmaceutycznym, Oddział Medycyny Laboratoryjnej (OML), w celu kształcenia fachowych pracowników medycznych laboratoriów diagnostycznych – na poziomie licencjackim i magisterskim. Inicjatywa ta była podyktowana koniecznością dostosowania kształcenia w zakresie medycyny laboratoryjnej do wzorców obowiązujących w krajach Unii Europejskiej.

W roku akademickim 2001/2002 studia na OML podjęło 55 osób, w tym 25 w pięcioletnim systemie magisterskim i 30 w trzyletnim systemie licencjackim. Obecnie studiuje trzy roczniki, łącznie około 150 osób. W bieżącym roku akademickim około 20 studentów otrzyma dyplom licencjata analityki medycznej, upoważniający do podjęcia pracy w medycznych laboratoriach lub ubiegania się o kontynuowanie studiów przez następne dwa lata i uzyskanie dyplomu magisterskiego. Pierwsze dyplomy magistra analityki medycznej będą wydane w roku akademickim 2005/2006.

Organizację procesu kształcenia w Oddziale powierzono zespołowi naukowo-dydaktycznemu Katedry Analityki Klinicznej, zespołowi doświadczonemu w organizacji i realizacji kształcenia przed- i podyplomowego z zakresu chemii i biochemii klinicznej oraz diagnostyki laboratoryjnej (Zakład Analityki Klinicznej kształcił studentów farmacji w zakresie analityki klinicznej – od początku istnienia tej specjalności na Wydziale Farmaceutycznym, tj. od 1972 r. do dziś).

Program nauczania realizowany z chwilą uruchomienia kształcenia w OML uwzględnia najnowsze „standardy nauczania na kierunku analityka medyczna” (Dz.U. MEN nr 5, 08.10.2003); zostały one sformułowane na bazie opracowanego przez prof. Jerzego Rogulskiego – Ramowego Programu Studiów w OML (Biuletyn Informacyjny Kolegium Medycyny Laboratoryjnej Nr 2 (4), Gdańsk, 2002). Program ten uwzględ-

nia także opinie sformułowane w organie Międzynarodowej Federacji Chemii Klinicznej i Medycyny Laboratoryjnej, w artykule pt. „Teaching and Training Laboratory Professionals for the 21st Century” (Clin. Chem. Lab. Med. 1998, 36, 133).

W realizowanym programie kładzie się nacisk na wszechstronność i kompletność wykształcenia oraz na profesjonalizm zawodowy. Rozbudowano kształcenie w zakresie organizacji i zarządzania laboratoriami z wykorzystaniem systemów informatycznych. Obok tradycyjnie silnych członów kształcenia – biochemii klinicznej z diagnostyką, hematologii diagnostycznej i mikrobiologii diagnostycznej – wyeksponowano dziedziny o wzrastającym znaczeniu w medycynie laboratoryjnej – cytologia i histologia kliniczna, genetyka i medycyna molekularna, toksykologia i farmakologia kliniczna.

Program kształcenia w OML realizowany jest w taki sposób, że na pierwszych trzech latach nauczanie jest wspólne dla wszystkich studiujących na kierunku analityka medyczna. Tym samym program ten sprzyja kształceniu w systemie dwustopniowym. Zgodnie z przyjętymi standardami nauczania – minimalna ilość godzin przeznaczona dla studenta w pierwszych trzech latach wynosi 2580, stanowi to 70% całkowitej liczby godzin w pięcioletnim cyklu kształcenia.

Realizacja programu kształcenia wymaga odpowiedniej bazy dydaktycznej, na którą składają się zespoły dydaktyczne oraz warunki lokalowe i warunki techniczne. W odniesieniu do przedmiotów podstawowych odpowiednią bazę dydaktyczną zapewniają katedry obu wydziałów AMG, z tym, że nauki chemiczne realizowane są na bazie katedr Wydziału Farmaceutycznego, a nauki biologiczne na bazie katedr Wydziału Lekarskiego.

Jednym z najważniejszych zadań Oddziału jest ukształtowanie profesjonalnych zespołów naukowo-dydaktycznych, reprezentujących wszystkie dziedziny kształcenia kierunkowego (zawodowego). Tylko w takiej strukturze możliwy jest prawidłowy rozwój dyscyplin zawodowych, w tym rozwój kadry naukowo-dydaktycznej (specjalizacje, stopnie i tytuły naukowe).

Kształcenie w zakresie przedmiotów zawodowych to uczenie przyszłych absolwentów Oddziału **wykonywania zawodu**. Praktykowanie zawodu, to posiadanie umiejętności wykonywania badań laboratoryjnych o różnym charakterze, to umiejętność stosowania odpowiednich metod, technik i technologii analitycznych, umiejętność interpretacji wyników badań, umiejętność zapewnienia jakości wyników badań, umiejętność organizacji i zarządzania laboratorium, umiejętność formułowania i przekazywania odpowiedniej i wiarygodnej informacji, umiejętność dostosowywania praktyki laboratoryjnej do rozwoju i postępu w różnych dziedzinach, umiejętność partnerskiego dialogu ze zleceniodawcami badań, umiejętność prowadzenia i współuczestniczenia w pracach badawczych.

Realizacja zadań dydaktycznych z zakresu praktycznej nauki zawodu jest możliwa tylko w rutynowych laboratoriach diagnostycznych, zarówno obejmujących badania podstawowe jak i wysoko specjalistyczne. Program kształcenia studentów OML przewiduje praktyczną naukę zawodu oraz praktykę wakacyjną w medycznych laboratoriach diagnostycznych. Dla zapewnienia wysokiego akademickiego standardu nauczania podstawową bazę szkoleniową powinny stanowić laboratoria diagnostyczne Szpitala Klinicznego AMG – skupione w Akademickim Centrum Medycyny Laboratoryjnej – instytucjonalnie związane z jednostkami dydaktycznymi Oddziału.

Katedra Analityki Klinicznej – integruje i koordynuje działalność dydaktyczną nowo powołanych samodzielnych pracowników: Organizacji i Zarządzania Laboratorium, Chemii Klinicznej,

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

Diagnostyki Hematologicznej, Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki – reprezentujących podstawowe dziedziny/kierunki medycyny laboratoryjnej. Funkcję organizacyjną praktycznej nauki zawodu w OML powierzono Samodzielnej Pracowni Organizacji i Zarządzania Laboratorium, która koordynować będzie działalność usługową realizowaną na bazie laboratoriów diagnostycznych ACK SPSK AMG. Pracownia koordynować będzie także działalność badawczo-usługową realizowaną na bazie Laboratorium Centralnego przez samodzielne jednostki Katedry Analityki Klinicznej i inne jednostki zaangażowane w proces dydaktyczny OML. Niezmiennie istotnym elementem integrującym działalność dydaktyczną i usługową laboratoriów będzie wspólny system informatyczny. System ten wzbogaci naukę zawodu w OML także o aspekt modelowego zarządzania każdego typu laboratorium diagnostycznego.

W praktykowaniu zawodu mieści się też konieczność wdrażania systemów jakości badań. Za naukę tych aspektów medycyny laboratoryjnej odpowiedzialna jest Samodzielna Pracownia Chemii Klinicznej – przy wsparciu Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce, które przyjęło rolę koordynatora krajowego i międzynarodowego systemu jakości badań laboratoryjnych. Współpraca obu jednostek przyczyni się również do akredytacji procedur laboratoryjnych.

Dla potrzeb dydaktycznych rozwijającej się dynamicznie w ostatnich kilkunastu latach diagnostyki hematologicznej powołano Samodzielną Pracownię Diagnostyki Hematologicznej. Bogata oferta dydaktyczna będzie wynikiem ścisłej współpracy z Kliniką Hematologii AMG.

Chcąc sprostać wymaganiom dydaktycznym i diagnostycznym współcześnie stawianym problemom farmakoterapii powołano także Samodzielną Pracownię Terapii Monitorowanej i Farmakogenetyki. Tworzony program dydaktyczny i naukowy będzie dotyczył przede wszystkim toksyczności leku i laboratoryjnego monitorowania stanu pacjenta. Prace z zakresu farmakogenetyki pozwolą na dostosowanie terapii do potrzeb indywidualnego pacjenta. O dalszych inicjatywach dotyczących kształcenia w OML będziemy się starali informować na łamach *Gazety AMG*. Będziemy też radzi za każdy głos skierowany do nas na temat potencjalnego udziału jednostek akademickich, które poprzez rodzaj swojej działalności mogłyby przyczynić się do rozwoju medycyny laboratoryjnej w AMG.

dr hab. Mirosława Szczepańska-Konkel, prof. nzw.
kierownik Oddziału Medycyny Laboratoryjnej
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego AMG

Apteka szkoleniowa AMG

Na etapie kształcenia przed- i podyplomowego apteka dla studenta czy farmaceuty jest, podobnie jak klinika lub szpital dla lekarza, kluczowym miejscem szkolenia.

Bardzo wysokim poziomem ze względu na warunki i jakość kształcenia, wyróżnia się działająca od lutego 1994 r. Apteka AMG przy al. Zwycięstwa 41/42. Jednostka prowadzi szkolenie studentów roku III w zakresie sporządzania leków do oczu oraz roku V dotyczące nowych receptur farmaceutycznych, materiałów medycznych i opieki farmaceutycznej. Średnio 4 – 5 studentów w roku odbywa w Aptece AMG praktyki wakacyjne. 24 farmaceutów, w tym wielu nauczycieli akademickich odbyło w niej staże podyplomowe otrzymując prawo samodzielnego wykonywania zawodu aptekarza. Apteka regularnie prowadzi kurs

pt. „Lek oczny – wykonywanie w aptece” w ramach specjalizacji z farmacji aptecznej.

Bardzo dobrze funkcjonuje pracownia recepturowa, wykorzystująca nowoczesne technologie sporządzania leków oraz wykonująca pełną ich gamę. Wyposażona jest między innymi w boks do pracy aseptycznej oraz szereg nowoczesnych przyrządów jak łoża z nawiewem laminarnym czy ungowator.

Od początku doskonale układa się współpraca z lekarzami AMG i sąsiadującymi jednostkami oraz szeregiem innych aptek w zakresie rozwiązywania problemów recepturowych jak i szerokiej informacji o leku.

Należy podkreślić, że Apteka prowadzi również obrót wysoko specjalistycznymi preparatami niedostępnymi w innych aptekach jak np. Rebiff (interferon B), Neo – Recormon (erytropoetyna) lub szczepionki przeciwalergiczne indywidualnie sporządzane.

Praktycznie nie ma na terenie województwa pomorskiego i województw ościennych apteki, która mogłaby zaoferować podobną jakość fachowości, wyposażenia i zdolności szkoleniowych.

Wynik finansowy Apteki w latach 1994 – 1999 przyniósł zysk w wysokości – 2 582 330 zł, a latach 2000 – 2001 stratę – 112 235 zł oraz w latach 2002 – 2003 ponownie, niewielki zysk – 12 241 zł.

W związku z rozpoczynającym się niebawem bardzo szeroko zakrojonym remontem budynku tzw. Starej Anatomii, Władze Uczelni podjęły decyzję o konieczności zmiany lokalizacji Apteki. W związku z powyższym planowane jest jej przeniesienie i połączenie z Apteką nr 2. Wymagać to będzie szeregu złożonych modernizacji lokalowych, najprawdopodobniej łącznie z przeniesieniem centrali telefonicznej.

Alternatywnym rozwiązaniem jest znalezienie całkowicie nowego miejsca lokalizacji np. w obrębie własności lokalowych Uczelni. Wydaje się, że należałoby gruntownie rozpatrzyć wskazywaną przez nas możliwość umiejscowienia apteki w kompleksie budynku należącego do Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 przy ul. Klinicznej 1 A. Umieszczenie apteki w obrębie szpitala, przy ruchliwym węźle komunikacyjnym i trakcie pieszym oraz, co niezwykle ważne, bliskości Wydziału stwarza szansę na dobrą i rentowną lokalizację.

Rozpatrywane są też inne rozwiązania np. pozyskania na drodze wynajmu postawionej w stan likwidacji Apteki „PZF Cefarm” przy ul. Mickiewicza, w bezpośrednim sąsiedztwie Wydziału.

Widzimy również konieczność rozwinięcia współpracy, przejęcia nadzoru naukowego i szerszego włączenia apteki szpitalnej ACK SPSK nr 1 jako bazy dydaktycznej w szkoleniu studentów. Większa ich liczba (nie tylko ok. 7 rocznie) powinna mieć możliwość odbywania tam praktyk wakacyjnych. Apteka szpitalna AMG musi być jednostką wiodącą w prowadzeniu między innymi receptury leków cytostatycznych oraz sporządzania mieszanin do żywienia pozajelitowego. Nadzór naukowy mógłby sprawować nauczyciel akademicki zatrudniony w Aptece przykładowo na 1/2 etatu.

Kształcenie podyplomowe – ustawiczne

Zawód farmaceuty jest społecznie uznawany jako „zawód zaufania publicznego”. Zawodowi takiemu stawiany jest wymóg posiadania szczególnie wysokich kwalifikacji oraz stałego doskonalenia poziomu zasobu umiejętności i wiedzy.

Ustawa – „Prawo farmaceutyczne” z dn. 6 września 2001 roku zobowiązuje farmaceutów do stałego podnoszenia kuali-

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

fikacji zawodowych. Stąd też Wydział Farmaceutyczny AMG stanie się głównym centrum zarówno przekazywania wiedzy jak i koordynacji szkolenia podyplomowego.

Obowiązek kształcenia podyplomowego zwanego ciągłym – ustawicznym farmaceuta może realizować między innymi poprzez udział w kursach odbywanych w ramach specjalizacji. Według nowo wprowadzonych przez Departament Nauki Ministerstwa Zdrowia zasad zdobywania specjalizacji, farmaceuta w ramach szkolenia podyplomowego i po zdaniu egzaminu państwowego, uzyska tytuł specjalisty.

Nasz Wydział jako jednostka szkoląca, podjął i intensywnie prowadzi prace nad uzyskaniem akredytacji ministra właściwego do spraw zdrowia w celu uzyskania możliwości prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. Uzyskanie certyfikatu akredytacyjnego jednostki szkolącej w tym zakresie jest też warunkiem koniecznym dla możliwości prowadzenia szkolenia ustawicznego.

Zadania te nadzoruje i skupia, otwarty w 1998 r. przy Wydziale Ośrodek Szkolenia Podyplomowego, kierowany przez prof. W. Czarnowskiego.

Z przewidzianych 12 rodzajów specjalności Wydział postanowił na początek ubiegać się o możliwość szkolenia w czterech: farmacji aptecznej, farmacji szpitalnej, analityki farmaceutycznej i farmacji przemysłowej. Przewidujemy, że największym zainteresowaniem będzie się cieszyć specjalność apteczna i przemysłowa.

Wydział Farmaceutyczny AMG aktywnie uczestniczy w ogólnopolskich pracach nad szkoleniem podyplomowym farmaceutów. Prof. M. Sznitowska i prodziekan dr hab. W. Sawicki są członkami Komisji Akredytacyjnej – 13-osobowego organu pomocniczego Ministra Zdrowia mającego za zadanie opracowanie i opiniowanie wniosków jednostek szkolących ubiegających się o akredytację na prowadzenie specjalizacji dla farmaceutów.

Z dużym zaniepokojeniem przyjęliśmy ostatnie propozycje Ministerstwa Zdrowia zmierzające do wprowadzenia wytycznych, aby funkcję kierownika apteki pełnił farmaceuta jedynie z odpowiednim stażem pracy, bez konieczności posiadania specjalizacji. Takie rządowe stanowisko decyzyjne nie jest zgodne z poglądem reprezentowanym przez środowisko zawodowe, w szczególności akademickie. Stanowi ono bowiem duże zagrożenie dla rangi specjalizacji, ale przede wszystkim aktualnej szeroko rozumianej wiedzy o leku, a co za tym idzie, zdrowia pacjenta. Ze strony władz dziekańskich pragniemy intensywnie uczestniczyć na forum krajowym, aby te decyzje Ministerstwa zmienić.

We wspomnianym programie każdej formie szkolenia ustawicznego została przypisana liczba punktów edukacyjnych. Farmaceuta uczestniczący w szeregu formach kształcenia, będzie posiadał dokument – „kartę szkolenia ustawicznego”, w którym punkty będą wpisywane. Punkty edukacyjne, zostaną rejestrowane w pięcioletnich okresach rozliczeniowych, zwanych okresami edukacyjnymi. Potwierdzeniem dopełnienia obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych, będzie zdobycie przez 5 lat co najmniej 100 punktów edukacyjnych, w tym co najmniej 50 w ramach zakończonych pozytywnie testem kursów organizowanych przez Wydział.

Wydaje się, że niezbyt jasno sprecyzowano, jakim sankcjom będą poddawani farmaceuci, którzy nie włączają się w cykl szkolenia ustawicznego. Wspomniano jedynie, że niezdobycie przewidzianej liczby punktów w tym okresie będzie przestanką do wszczęcia postępowania przez izbę aptekarską w sprawie odpowiedzialności zawodowej farmaceutów.

Obowiązek uzyskania określonej liczby punktów edukacyjnych będzie musiał motywować farmaceutów do uczestnictwa w różnych formach szkolenia. Stwarza to dla Wydziału i nauczycieli akademickich szansę rozwinięcia różnych podmiotów działalności szkoleniowej typu np. szerszej gamy kursów, wykładów czy konferencji.

Oferta szkoleniowa Ośrodka Szkolenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego AMG na początek 2004 r. już jest dość znaczna. Zawiera ona propozycję 7 kursów organizowanych przez cztery jednostki dydaktyczne, w sumie ok. 40 godzin wykładów i ponad 30 godzin ćwiczeń.

Natomiast wysoce kontrowersyjną sprawą jest kwestia odpłatności, w szczególności za szkolenie specjalizacyjne. W trakcie prac Parlamentu nad ustawą Prawo farmaceutyczne wykreślono przepis mówiący o tym, iż koszty specjalizacji ponosi osoba odbywająca specjalizację. Tym samym ustawa nie wskazuje również źródła finansowania specjalizacji z budżetu państwa. Natomiast farmaceuta będzie wnosił niewielką opłatę za kursy w szkoleniu ustawicznym, w przeliczeniu na jedną godzinę w maksymalnej wysokości 1% przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Opłata ta będzie stanowiła dochód jednostki szkolącej i wystarczyć może jedynie na pokrycie skromnych honorariów dla wykładowców.

Nasz ośrodek szkoleniowy wspólnie z Ośrodkiem Informacji Naukowej „Polfa” w Warszawie prowadzi obecnie już piątą edycję Podyplomowego Studium Farmacji Przemysłowej. Jest to prestiżowe, trwające ok. pół roku teoretyczne i praktyczne szkolenie dla pracowników przemysłu farmaceutycznego (m.in. głównych technologów, szefów produkcji, specjalistów od wdrożeń i procesu rejestracji leków) nie będących z wykształcenia farmaceutami. W Polsce jest to jedyne akademickie studium tego typu. W pięcioletniej edycji, Studium wykazało wpływ w wysokości ok. 800 000 zł. Utrzymanie wysokiego poziomu tego szkolenia i jego dalsze rozwijanie ma szansę przyciągnąć kolejne rzesze uczestników z całego kraju na przyszłe lata.

Transfer technologii – współpraca z przemysłem

W dotychczasowej historii Wydziału Farmaceutycznego AMG doświadczenia w kontaktach z przemysłem są bardzo znaczące. Nasz Wydział postrzegany jest jako czołowy w kraju w prowadzeniu aplikacyjnej współpracy z przemysłem farmaceutycznym. Wynika ona przede wszystkim z wysokiego poziomu naukowego gdańskiej farmacji oraz ciągłego zainteresowania i wyrażania potrzeby współpracy przez przedstawicieli zarządów firm.

Przedstawione zostaną te formy współpracy, które w rozumieniu transferu uzyskały bądź mają szansę przeniesienia procesu technologicznego na skalę przemysłową. Przykładem takiej współpracy było wieloosrodkowe badanie pochodnych sulfonilomocznika o działaniu przeciwcukrzycowym zsyntetyzowanych przez prof. Z. Brzozowskiego w Katedrze Technologii Chemicznej Środków Leczniczych AMG. Natomiast pod bezpośrednim kierownictwem prof. S. Janickiego opracowano technologię tabletek od wielu lat produkowanych pod nazwą „Glipolamid 300 mg” przez Polpharmę S.A. Starogard Gdański.

Wprowadzenie od podstaw polskiego, całkowicie oryginalnego leku za pośrednictwem zakładu farmaceutycznego, przez uczelnię medyczną, jest bezprecedensowym dokonaniem, którym mogą się poszczycić jedynie nieliczne uniwersytety na świecie.

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

W ostatnich 20. latach tylko Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej AMG wykonała na rzecz przemysłu ok. 100 prac. Oprócz leków wdrożonych do produkcji poza wspomnianym Glipolamidem należy między innymi wymienić:

Cepan – krem na leczenie blizn (Zakłady Farmaceutyczne „Unia” w Warszawie).

Argosulfan – krem na oparzenia (Jeleniogórskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa”)

Tabletki o zwykłym i modyfikowanym uwalnianiu:

- Sorbonit prolongatum 20 mg i 40 mg (Zakłady Chemiczne „Organika – Argon” w Łodzi).
- Nitroglycerinum prolongatum 6,5 mg (Zakłady Chemiczne „Organika – Argon” w Łodzi).
- Majamil 100 mg (Polpharma S.A., Starogard Gdański)
- Staveran 120 mg, (Polpharma S.A., Starogard Gdański)
- Metocard prolongatum, (Polpharma S. A., Starogard Gdański)
- Cordafen 10 mg (Polpharma S.A., Starogard Gdański)
- Disocor 100 mg (Polpharma S.A., Starogard Gdański)
- Nabumetan 500 mg (Zakłady Farmaceutyczne „Unia” w Warszawie)
- Pycnogenol 100 mg (Zakłady Farmaceutyczne „Unia” w Warszawie)
- Calcium dobesilate 250 mg, (Galena, Wrocław).

Za duży sukces należy uznać też opracowanie nowoczesnej formy leku pozajelitowego w postaci dożylniej emulsji submikronowej z propofolem (Plofed 1%) na zlecenie Warszawskich Zakładów Farmaceutycznych „Polfa”.

Ta szeroko rozwijana współpraca Wydziału z przemysłem farmaceutycznym przynosiła Uczelni wymierne i znaczące korzyści finansowe. W zestawieniu jednostek dofinansowujących budżet AMG katedry Wydziału Farmaceutycznego od lat znajdują się w czołówce.

Przykładowo „portfel” zamówień zespołu Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej jest stale wypełniany i można stwierdzić, że istnieje prawdopodobieństwo kontraktów przyszłościowych. Tyczy to zarówno firm zlokalizowanych w różnych częściach kraju, jak i regionalnego przemysłu farmaceutycznego z jej liderem „Polpharmą” S.A. Z nadzieją też należy przyjąć aktualne deklaracje przedstawicieli zarządu tej firmy dotyczące planowanych wydatków finansowych na badania nad syntezą oryginalnych polskich substancji leczniczych. Ostatnie lata działalności były bowiem bardziej ukierunkowane na kupowanie licencji zagranicznych. W związku z powyższym za ambitne można uznać dokonania i projekty badawcze katedr Wydziału zajmujących się syntezą nowych związków. Przykładowo Katedra Technologii Chemicznej Środków Leczniczych posiada licznie udokumentowane patentami osiągnięcia w dziedzinie syntezy nowych potencjalnych leków przeciwnowotworowych i HIV – przeciwwirusowych w grupach pochodnych benzenosulfonamidu oraz azotowych układów heterocyklicznych. Natomiast Katedra i Zakład Chemii Organicznej – związków o dużej aktywności tuberkulostatycznej czy przeciwwirusowej.

Zaporą dla dalszych prac badawczych i ewentualnego transferu technologii są głównie niewystarczające środki finansowe. Według prof. F. Sączewskiego koszty wdrożenia posiadanych patentów w zakresie uzupełnienia badań *in vivo*, badań klinicznych oraz przeniesienia technologii syntezy na skalę pół- i techniczną są szacowane na ok. 3 mln zł.

Pozyskanie takiej kwoty wydaje się możliwe jedynie przy intensywniej współpracy środowiska naukowego z kręgami biznesu związanego z przemysłem farmaceutycznym i wykorzystaniu jego potencjału badawczo-rozwojowego.

Obszar kompetencji, w których Wydział Farmaceutyczny AMG dysponuje naukowymi i technicznymi „know – how” w praktycznych zastosowaniach przemysłowych, można podzielić na przedrejestracyjne i porejestracyjne badania na lekiem.

W obszarze przedrejestracyjnym można wyróżnić:

- Projektowanie nowych leków, modelowanie molekularne i nowoczesne technologie syntezy
- Opracowanie i walidacja metod analitycznych, w tym np. optymalizacja rozdzieleń chromatograficznych i elektroforetycznych
- Opracowanie technologii różnych postaci leku, w tym np. systemów wielozbiornikowych, emulsji submikronowych i mikroemulsji.
- Ocena biodostępności i biorównoważności leków. Umiejętność zastosowania porównawczej analizy proteomicznej i metabolomicznej nowoczesnymi technikami analitycznymi (HPLC, CE)

– Badania toksykometryczne

W obszarze porejestracyjnym:

- Optymalizacja postaci leku w celu modyfikacji ich właściwości fizycznych i biofarmaceutycznych
- Optymalizacja przyrządów i procesów analitycznych
- Doradztwo w zakresie problemów technologicznych i analitycznych dla producentów leków i kosmetyków

Adresatami mogą być też producenci żywności oraz przedstawiciele inżynierii technicznej gałęzi gospodarki. Przykładowo Katedra Toksykologii AMG opracowała i ma do zaoferowania między innymi pasywny dozometr ekspozycji na fluor, przyrząd do pomiaru stężenia tego związku np. w rafineriach i hutach.

Do najważniejszych korzyści w transferze technologii dla zakładów przemysłowych należy zaliczyć:

- Nowe zawiązki syntetyczne i pochodzenia roślinnego o wysokiej aktywności biologicznej
- Nowoczesne rodzaje form leku o szerokiej możliwości modyfikacji uwalniania i wchłaniania substancji leczniczej
- Optymalizacja metod analitycznych
- Uzyskanie korzystnych ekonomicznie procedur wdrożeniowych i produkcyjnych.

Do głównych barier współpracy z przedsiębiorstwami należy zaliczyć:

- Ograniczone możliwości personalne i czasowe dla takiej współpracy, która nie jest działalnością priorytetową dla szkoły wyższej, a jedynie uzupełnieniem poczynań dydaktycznych i naukowych
- Zbyt mała promocja zespołów badawczych nie zawsze dostrzegana przez małe i średnie przedsiębiorstwa
- Zbyt wysokie ceny oferowanych usług
- Zbyt mały w rozwoju studentów i pracowników naukowo-dydaktycznych kontakt praktyczny z warunkami i organizacją pracy w przemyśle.

Poprawy w tej materii należy oczekiwać między innymi z efektów pracy działającego od 2002 roku koła naukowego farmacji przemysłowej ISPE (International Society for Pharmaceutical Engineering), które w naszym Wydziale założyła i opiekę prowadzi prof. M. Sznitowska.

Efektom pozytywnych doświadczeń wynikających z takiej długoletniej współpracy AMG z Zakładami Farmaceutycznymi „Unia” Spółdzielnia Pracy w Warszawie, gdzie wdrożono dwa produkty lecznicze, jest niedawno podpisane przez JM Rektora AMG i dyrektora generalnego, prezesa zarządu pana M. Ruzikowskiego. porozumienie precyzujące obszar dalszej ko-

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

operacji. W ramach tego porozumienia planowana jest realizacja 5 projektów, w których „Unia” między innymi przeznaczy część swoich zasobów do aplikacyjnego wykorzystania wyników prac badawczych i dorobku naukowego Uczelni.

Widzimy konieczność podpisania podobnych dokumentów inicjujących i rozwijających współpracę z innymi producentami leków i kosmetyków, jak np. Oceanic Sopot i Laboram Starogard Gdański.

dr hab. n. farm. Wiesław Sawicki
prodziekan Wydziału Farmaceutycznego AMG

Rozwój kadry naukowej na Wydziale Farmaceutycznym AMG w perspektywie do roku 2010

Wykształcenie samodzielnego pracownika nauki jest procesem długotrwałym, związanym m.in. z uzyskaniem doktoratu, a następnie habilitacji. Z tej przyczyny skład osobowy Rady Wydziału Farmaceutycznego AMG nie ulega gwałtownym zmianom, co odzwierciedlają dane zestawione w tabeli 1. Z ich analizy wynika, że liczba samodzielných pracowników nauki na przestrzeni ostatnich 30. lat ulegała systematycznemu wzrostowi, po czym po roku 1998 obserwuje się wyraźną tendencję zniżkową, przy jednoczesnym zwiększeniu się liczby profesorów tytularnych, pomimo odejścia na emeryturę licznej grupy profesorów.

Tabela 1. Rada Wydziału Farmaceutycznego AMG w okresie ostatnich 30. lat

Rok	1972	1986	1994	1998	2004
profesor	7	10	12	12	14
prof. nadzwyczajny					
docent	11	11	12	13	4
dr hab.	–	–	3	5	6
ogółem	18	21	27	30	24
farmaceuci	6	11	17	21	19

Tę niekorzystną sytuację, tj. zmniejszenie się stanu osobowego Rady Wydziału można wytłumaczyć niewystarczającą liczbą habilitacji uzyskanych przez pracowników Wydziału w końcu lat 90. Transformacja ustrojowa w Polsce i wynikająca z niej nowa sytuacja, w jakiej znalazł się zawód farmaceuty, spowodowała, że wielu zdolnych i wykazujących predyspozycje do pracy naukowej absolwentów nie podejmowało pracy w Uczelni, a ponadto odchodzili z Wydziału rokując uzyskanie habilitacji adiunkci podejmując pracę w sektorze prywatnym, zapewniającym korzystniejsze warunki pracy, przede wszystkim w sferze wynagrodzeń.

Na szczególną uwagę zasługuje fakt, iż w minionym 30-leciu systematycznie wzrastał udział farmaceutów w gronie samodzielných pracowników nauki. W 1972 r. absolwenci kierunku studiów farmacja, którzy habilitowali się, bądź uzyskali tytuły profesorskie, stanowili zaledwie 1/3 składu Rady Wydziału Farmaceutycznego, podczas gdy w 2004 r., jedynie co piąty doktor habilitowany względnie profesor nie ukończył studiów

na kierunku farmacja. Farmaceuci stanowią więc 4/5 składu obecnej Rady Wydziału, co jest szczególnie ważne ze względu na minimum kadrowe niezbędne dla kształcenia na kierunku studiów farmacja i analityka medyczna.

Podobnie przedstawia się skład osobowy Rad Wydziałów Farmaceutycznych w pozostałych wyższych uczelniach w Polsce. Ilustrują to dane zestawione w tabeli 2. Wynika z nich, że z wyjątkiem Akademii Medycznej w Poznaniu, która posiada szczególnie liczną Radę, 35 profesorów i doktorów habilitowanych, Wydział Farmaceutyczny AMG nie odbiega liczbą samodzielných pracowników nauki od średniej krajowej.

Tabela 2. Rady Wydziałów Farmaceutycznych w wybranych uczelniach w Polsce

Wydział Farmaceutyczny	prof.	prof. nzw.	dr hab.	ogółem
Białystok	13	–	13	26
Gdańsk	14	4	6	24
Kraków	13	3	3	19
Łódź	11	15	1	27
Poznań	18	9	8	35
Warszawa	17	–	4	21
Wrocław	10	9 (1)	3	22

Brak szczegółowych danych z Wydziałów Farmaceutycznych Akademii Medycznych w Białymstoku i Warszawie uniemożliwia określenie, ilu doktorów habilitowanych posiada tytuł naukowy, a ilu jest zatrudnionych na stanowisku profesora nadzwyczajnego. Wydaje się, że najbardziej liberalną politykę awansową prowadzi Uniwersytet Medyczny w Łodzi, praktycznie wszyscy doktorzy habilitowani zatrudnieni są na stanowisku profesora nadzwyczajnego. Z kolei na Wydziale Farmaceutycznym w Białymstoku tylko dwóch profesorów jest farmaceutami, natomiast na Wydziale Farmaceutycznym we Wrocławiu jeden członek Rady jest docentem.

Na strukturę organizacyjną Wydziału Farmaceutycznego AMG składa się 15 Katedr i Zakładów oraz trzy Samodzielne Pracownie. Tylko w sześciu Katedrach, poza kierownikiem zatrudniony jest jeszcze jeden samodzielny pracownik nauki, przy czym w trzech Katedrach jest on starszy od kierownika, a w czwartej zatrudniony jest tylko na 1/10 etatu, ponadto nie złożył oświadczenia o przynależności do minimum kadrowego naszego Wydziału. Prawidłowe relacje występują więc tylko w Katedrach – Biofarmacji i Farmakodynamiki oraz Toksykologii, przy czym w tym ostatnim przypadku, w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego przez kierownika Katedry, sytuacja ulegnie zmianie. W pozostałych Katedrach następców brak.

Tabela 3. Średni wiek samodzielných pracowników nauki

prof.	~ 61 lat	n = 14
prof. nzw.	~ 59 lat	n = 4
dr hab.	~ 54 lata	n = 6

Pewnej analizy wymaga wiek samodzielných pracowników nauki. Tylko trzy osoby spośród członków Rady Wydziału ukończyły studia w okresie ostatnich 20. lat, natomiast wszyscy pozostali profesorowie i doktorzy habilitowani kończyli studia w latach 60. i 70. Znajduje to wyraz w przedstawionej w tabeli 3

WYDZIAŁ FARMACEUTYCZNY

średniej wieku członków Rady. Jeżeli wiek profesorów można uznać za nieodlegający od średniej krajowej, to średnia wieku doktorów habilitowanych, zatrudnionych zarówno na stanowisku profesora nadzwyczajnego jak i adiunkta, wydaje się niepokojąco wysoka. Należałoby zastanowić się, czy wszyscy zdążą uzyskać tytuł profesora przed osiągnięciem wieku emerytalnego.

Tabela 4. Prognozowane doktoraty i habilitacje

Lata	2004–2005	2006–2007	2008–2010
doktoraty	21	23	10
habilitacje	4	6	8

Na Wydziale Farmaceutycznym AMG pracuje 41 asystentów, 15 doktorantów Studium Doktoranckiego oraz 36 adiunktów (bez habilitacji), i z ich rozwojem naukowym należy wiązać duże nadzieje. Z prognoz przedstawionych przez kierowników

Katedr wynika, że do 2010 r. doktoraty uzyska ponad 50. osób, czyli w praktyce wszyscy asystenci i doktoranci Studium Doktoranckiego, natomiast 18. adiunktów będzie habilitowało się. W tym samym okresie na emeryturę przejdzie dwóch adiunktów, należy przypuszczać, że pozostali adiunkci złożą habilitacje po 2010 r. lub zostaną przesunięci na stanowiska wykładowców.

Tylko w jednej Katedrze nie jest przewidywany żaden doktorat, wszyscy nauczyciele akademicki tam zatrudnieni są adiunktami. Niepokój może budzić jednak fakt, że aż w czterech Katedrach nie jest przewidywana żadna habilitacja.

Zakładając, że prognozy kierowników Katedr odnośnie habilitacji sprawdzą się, a Centralna Komisja ds. Stopni i Tytułów Naukowych zatwierdzi wszystkie habilitacje z naszego Wydziału, to po odliczeniu osób, które osiągną wiek emerytalny, w 2010 r. liczba samodzielnych pracowników nauki w Radzie Wydziału nieznacznie przekroczy poziom z roku 1998.

prof. Marek Wesołowski
działek Wydziału Farmaceutycznego AMG

POSIEDZENIA * TOWARZYSTWA * ZEBRANIA

Katedra i Zakład Fizjopatologii i Zakład Immunopatologii AMG

zapraszają na otwarte zebrania naukowe, które odbędą się o godz. 8.30 w sali seminaryjnej Katedry i Zakładu Fizjopatologii, budynek 24 w następujących terminach:

- 14.04.2004** – referat *Krioglobuliny: kompleksy immunologiczne i/lub białka monoklonalne* przedstawi dr D. Ciesielski
28.04.2004 – referat *Wpływ leczenia rhEPO na zmiany czynnościowe limfocytów T u osób przewlekłe hemodializowanych* przedstawi mgr K. Lisowska.

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że dnia 2.04.2004 r. (piątek) o godz. 10.00 w sali wykładowej Instytutu Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1 A odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Dr med. Anna Tomaszewicz-Dobrska – pierwsza polska lekarka. Wspomnienie z okazji jej 150. rocznicy urodzin* – dr B. Werner
2. *Histokliniczna ocena chorych na raka szyjki macicy w stopniu Ib1 z inwazją nowotworową do 5 mm głębokości* – lek. M. Jurczak-Czaplicka, Klinika Płodnictwa Instytutu Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG
3. *Analiza kliniczna chorych z guzem Krukenberga – przegląd literatury* – lek. M. Januszewska, dr J. Dębniak, prof. J. Emerich, Klinika Ginekologii Instytutu Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG.

Polskie Towarzystwo Neurologów Dziecięcych Oddział Regionalny w Gdańsku oraz firma JANSSEN-CILAG

zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 14.04.2004 r. o godz. 12.00 do hotelu „Haffner” w Sopocie, ul. Haffnera 59. Program posiedzenia:

1. *Epidemiologia padaczki. Miejsce nowej klasyfikacji napadów i zespołów padaczkowych* – dr M. Mazurkiewicz-Betdzińska

2. *Skuteczność Topiramatu w zależności od rodzaju zespołu padaczkowego – obserwacje własne* – lek. M. Szatanik
3. Dyskusja.

Towarzystwo Chirurgów Polskich Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 16.04.2004 r. o godz. 13.00 do sali wykładowej prof. L. Rydygiera. Temat posiedzenia: **Ostre niedokrwienie kończyn.**

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdański

zaprasza na kolejne zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 20.04.2004 r. (wtorek) o godz. 12.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku, ul. Nowe Ogrody 1/6. Tematy posiedzenia:

1. *Udary mózgu u dzieci, standardy postępowania* – dr E. Pilar-ska, Klinika Neurologii Rozwojowej AMG
2. Demonstracja przypadków.

Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się 7.05.2004 r. o godz. 10.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18, zgodnie z następującym porządkiem:

1. *Oznaczanie glukozy – wyzwanie dla diabetologii* – dr B. Solnica, Zakład Diagnostyki Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego
2. Firma ALLMED proponuje bogatą ofertę odczynnikowo-aparaturową.

NADZWYCZAJNE POSIEDZENIE RADY WYDZIAŁU

poświęcone programowi
restrukturyzacji SPSK-1-ACK

Wprowadzenie

Prowadzony, od pewnego czasu aktywnie, proces restrukturyzacji bazy klinicznej AMG jest konieczny nie tylko z uwagi na potrzebę racjonalizacji jej funkcjonowania i przeciwstawienia się bardzo niebezpiecznie narastającemu zadłużeniu. Dyskusja nad nim jest także ważnym elementem dla należytego opracowania strategii rozwoju Uczelni. Konieczność takiej debaty wynika także z przygotowywanych zmian legislacyjnych dotyczących systemu ochrony zdrowia, w tym projektu przekształcenia szpitali klinicznych w spółki użyteczności publicznej. Z kolei opracowanie krótko i długookresowej strategii rozwoju jest także konieczne dla należytego wykorzystania możliwości wsparcia tego rozwoju przez fundusze strukturalne Unii Europejskiej.

Przez dziesiątki lat szpitale kliniczne AMG powstawały i rozwijały się w sposób spontaniczny, niepodporządkowany żadnemu ogólnemu planowi rozwoju. Ta historycznie ukształtowana struktura okazała się bardzo niedostosowana do ograniczonych środków budżetowych na dydaktykę i wysoce niedostatecznych kwot przeznaczanych przez płatnika na świadczenia zdrowotne.

Reforma służby zdrowia wprowadzona w życie 1 stycznia 1999 r. zastała nasze szpitale kliniczne bardzo źle zarządzane i zupełnie nieprzygotowane do nowej sytuacji.

Pozwolę sobie przypomnieć pokrótce najważniejsze uwarunkowania historyczne:

- do 1999 roku podległe MZ, finansowane w systemie budżetowym,
- 1999 – 2001 podległe MZ, finansowane z kontraktu z Kasami Chorych i całkowicie poza kontrolą Uczelni,
- od października 2001 r. podległe rektorowi,
- od 2004 r. finansowane z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

JAKI POWINIEN BYĆ SZPITAL KLINICZNY ?

Misja szpitala klinicznego obejmuje trzy elementy składowe:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych (diagnostyka i leczenie)
- kształcenie przeddyplomowe i podyplomowe
- badania naukowe

Szpital kliniczny musi być przede wszystkim bardzo dobrze zorganizowanym, sprawnym i nowoczesnym szpitalem z wysoce wykwalifikowanym personelem.

A więc jak wskazuje nazwa najpierw ma to być szpital, a potem kliniczny!

Dopiero taki szpital będzie mógł odpowiednio kształcić i stanowić właściwą bazę dla prowadzenia klinicznej działalności naukowej.

Spróbujmy odpowiedzieć sobie na pytanie, dlaczego proces restrukturyzacji napotyka takie trudności?

- Brak jest dostatecznych wydzielonych środków finansowych na restrukturyzację,
- Niezbędne zapewnienie ciągłości funkcjonowania,
- Ogromna skala działań – największy szpital w Polsce,
- Szpital kliniczny jest szczególnym miejscem nakładania i przenikania się kompetencji dwóch odrębnych podmiotów prawnych – trudności z ich rozgraniczeniem,
- Niedostatek kadr zarządczych o wysokich kwalifikacjach i dużym doświadczeniu,
- Zmienność i nie przewidywalność zewnętrznych regulacji prawnych,
- Opór środowiska – liczne zagrożenia dla jednostkowych i grupowych interesów.

Rodzi się też pytanie, dlaczego pomimo wielu podejmowanych aktualnie działań wciąż nie obserwujemy widocznej poprawy sytuacji finansowej ACK? Składa się na to zapewne kilka przyczyn:

- Restrukturyzacja pociąga za sobą dodatkowe koszty,
- Z roku na rok kumulują się niekorzystne zmiany w finansowaniu przez płatnika (NFZ),
- Nieoczekiwane zmiany legislacyjne, np. skrócenie czasu pracy,
- Wiele pozytywnych działań przynosi efekt odłożony w czasie.

Ciężar kierowania procesem restrukturyzacji spoczywa na władzach Uczelni i dyrekcji ACK. Ponadto powołany został do tego zespół ludzi nazwany Komitetem Sterującym w następującym składzie:

Przewodniczący – prof. dr hab. **Wiesław Makarewicz**, rektor,
Z-ca przewodniczącego – prof. dr hab. **Bolesław Rutkowski**,
prorektor ds. dydaktyki

Członkowie:

dr hab. **Stanisław Bakuła**, prof. nzw., prorektor ds. klinicznych,

prof. dr hab. **Janusz Moryś**, dziekan, przewodniczący Rady Społecznej SPSK Nr 1 – ACK AMG,

dr hab. **Jacek Bigda**, prof. nzw., dziekan MWB,

dr **Sławomir Bautembach**, dyrektor administracyjny AMG,

lek. **Michał Mędraś**, dyrektor SPSK Nr 1 – ACK AMG,

dr med. **Zdzisław Sićko**, dyrektor Akademickiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej – SPSK AMG,

lek. **Zbigniew Krzywosiński**, z-ca dyrektora ds. administracyjnych SPSK Nr 1 – ACK AMG,

Barbara Sulżycka, kvestor AMG,

sekretarz: mgr **Zofia Ogrodnik**, kierownik Działu ds. Klinicznych i Kształcenia Podyplomowego AMG.

Uważam, że jest to bardzo kompetentny zespół. Wszystkie zasadnicze decyzje zapadają też z udziałem Senatu, który podejmował już w tej kwestii liczne uchwały. Prezentowany dzisiaj Wysokiej Radzie Wydziału program był już przedmiotem dyskusji w Komitecie Sterującym i zapoznano z nim Senat. Przed przedstawieniem go ostatecznie do uchwalenia Senatowi i podjęciem decyzji wykonawczych pragniemy zasięgnąć także opinii Rady Wydziału.

prof. Wiesław Makarewicz
rektor

WYDZIAŁ LEKARSKI

Restrukturyzacja - co zrobiono dotychczas ?

Stanisław Bakula
Prorektor ds. klinicznych
Akademii Medycznej w Gdańsku

- Przeniesiono:
 - Klinikę Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Zaburzeń Hemostazy (luty' 03)
 - Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej (październik' 03)
- Utworzono:
 - Katedrę i Klinikę Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej (styczeń' 04)

1999 - 2002

- Utworzono Oddział Chirurgii Naczyniowej - zmniejszono Klinikę Chirurgii Szczękowo - Twarzowej (2001)
- Powołano Kliniczne Centrum Kardiologii (2001)
- Powołano Klinikę Neonatologii w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobiety (2002)

Realizowane jest przeniesienie:

- II Kliniki Chorób Serca (do czerwca' 04)
- Kliniki Urologii (do czerwca' 04)

2002 – styczeń 2004

- Uchwałą Senatu wdrożono proces restrukturyzacji (czerwiec' 02)
- Powołano Akademickie Centrum Kliniczne
 - Przylączono SPSK-2 i SPSK-3 do SPSK-1 (listopad' 02)
- Włączono IMMiT w strukturę AMG (październik' 03)
 - Utworzono MIMMiT oraz ACMMiT
 - Powołano Kliniki:
 - Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego
 - Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych
 - Chorób Zawodowych i Wewnętrznych
 - Chorób Wewnętrznych

Powołano:

- Katedrę Pneumonologii i Alergologii z Kliniką Alergologii (czerwiec' 03)
- Kliniczny Oddział Ratunkowy (kwiecień' 04)
- Katedrę Rehabilitacji z Kliniką i Zakładem Rehabilitacji oraz pracownię (styczeń' 04):
 - Samodzielną Pracownię Kinezyterapii i Diagnostyki Funkcjonalnej
 - Samodzielną Pracownię Fizykoterapii, Balneoklimatologii i Masażu

WYDZIAŁ LEKARSKI

Powołano:

- Katedrę Pielęgniarstwa z pracownikami:
 - Pracownią Neuroradiologii w Instytucie Radiologii i Medycyny Nuklearnej
 - Pracownią Neuropatologii Molekularnej
- Zakład Etyki i Bioetyki
- Zakład Implantoprotetyki i Technik Dentystycznych

Reorganizacja:

- Diagnostyki Laboratoryjnej – powstanie Akademickiego Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej
- Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
- Zmodernizowano Pracownię Endoskopową Kliniki Gastroenterologii
- Centrum Diabetologii i Nadciśnienia Tętniczego
- Zmodernizowano sale operacyjne i „trakt porodowy” Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiecty

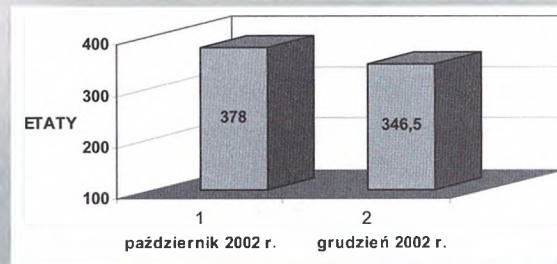
Rozszerzono bazę lokalową

- Klinika Hematologii - powiększyła się o parter budynku „Dermatologii”

Restrukturyzacja zatrudnienia:

- Redukcja zatrudnienia w SPSK nr 3

(przed połączeniem z ACK)



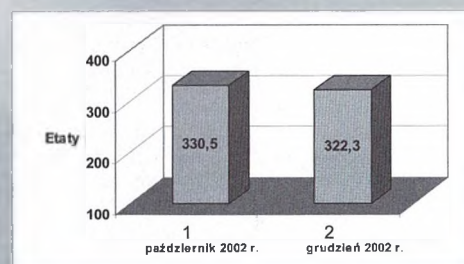
W trakcie realizacji jest:

- Budynek dla Oddziału Onkologii Kliniki Pediatrii
Prezent Mikołajowy od Pani Prezydentowej
(Fundacja „Porozumienie bez barier”)
- Budynek dla Zakładu Medycyny Sądowej
(maj’ 04)

Restrukturyzacja zatrudnienia:

- Redukcja zatrudnienia w SPSK nr 2

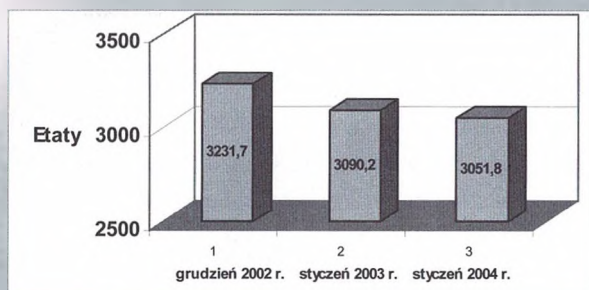
(przed przyłączeniem do ACK)



WYDZIAŁ LEKARSKI

Restrukturyzacja zatrudnienia:

- Stan zatrudnienia w SPSK nr 1 ACK AMG



Inne:

- „Outsourcing” żywienia (lipiec '03)
- Modernizacja chirurgicznego bloku operacyjnego
- Ujednolicenie warunków zatrudnienia i nagradzania
- Opracowano jednolitą dokumentację szpitalną i jej obieg

Restrukturyzacja zatrudnienia:

- Redukcja zatrudnienia w SPSK nr 1 (przed powołaniem ACK)

❖ Do dnia 31.10.02 zlikwidowano 14,5 etatu

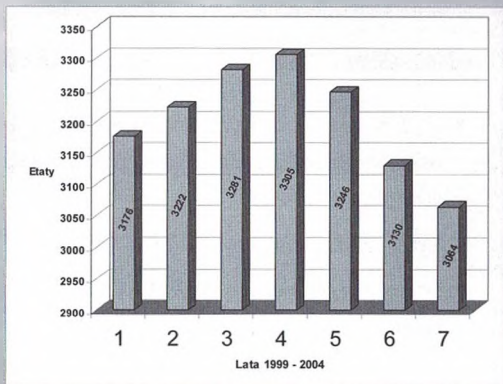
❖ Do dnia 31.12.02 zlikwidowano 114,7 etatów

❖ Nie przedłużono umów o zatrudnienie na czas określony na 27 etatach

Nowa aparatura diagnostyczno-lecznicza:

- Przyspieszacz liniowy
- System CARTO do zabiegów elektrokardiologicznych
- Angiograf Siemens
- Zestaw monitorujący dla I Kliniki Chorób Serca i Kliniki Kardiologii
- Unity stomatologiczne dla Zakładu Implantoprotetyki i Technik Dentystycznych
- Ultrasonografy dla Kliniki Neurologii Dorosłych

Zatrudnienie w szpitalach klinicznych przed i po utworzeniu ACK (etaty)



WYDZIAŁ LEKARSKI



PROGRAM RESTRUKTURYZACJI SPSK nr 1 – ACK AMG

Założenia i aspekty praktyczne

Opracowanie:

GDAŃSK* marzec 2004

PRAWA AUTORSKIE ZASTRZEŻONE. WYKORZYSTYWANE BEZ ZGODY
SPSK NR 1 – ACK AMG ZARZĄDZONY



PODSTAWOWY CZYNNIK SPRAWCZY DZIAŁAŃ RESTRUKTURYZACYJNYCH

Realna groźba trwałej utraty płynności finansowej szpitala, równoznacznej z niemożnością wypełniania jego zadań statutowych oraz regulowania zobowiązań finansowych, także wobec pracowników.

4



Motto:

„Boże, daj mi:

- rozsądek potrzebny do zaakceptowania tego, czego nie mogę zmienić,
- odwagę potrzebną do zmiany tego, co mogę zmienić,
- mądrość potrzebną, aby odróżnić jedno od drugiego”.

Bolko von Oetinger

2



NIEKTÓRE CELE KRÓTKOTERMINOWE PROGRAMU NAPRAWCZEGO – do 2006 r

- Zrównoważenie kosztów z przychodami
- Zapewnienie płynności finansowej
- Powstrzymanie narastania zadłużenia
- Integracja informatyczna szpitala
- Opracowanie długofalowej wizji przyszłościowej ACK i kreowania jego pozytywnego wizerunku

5



MISJA AKADEMICKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO AMG (propozycja)

„EFEKTYWNIE LECZĄC, DOBRZE UCZYĆ

I SŁUŻYĆ NAUCE”

3



CELE DŁUGOTERMINOWE PROGRAMU NAPRAWCZEGO – do 2010 r

- Wypracowanie nadwyżki finansowej, ok. 1,5 mln zł miesięcznie i stopniowa likwidacja zadłużenia – do 2007 r.
- Spłata zadłużenia – do 2010 r.
- Urzeczywistnienie wizji szpitala renomowanego i nowoczesnego

6

WYDZIAŁ LEKARSKI

ETAPY RESTRUKTURYZACJI

- **I etap** - powstrzymanie procesu narastania zadłużenia
(1 - 2 lata)
- **II etap** - uzyskanie nadwyżki finansowej z działalności
ACK, umożliwiającej likwidację zadłużenia
(3 - 4 lata)

RATING KLINIK

Cel ratingu:

- dokonanie oceny wiarygodności zarządczej badanych klinik, w oparciu o jednakowe kryteria
- opracowanie listy ratingowej klinik, wg stopnia ich wiarygodności zarządczej
- danie impulsu do okresowej oceny ratingowej klinik ACK

PODSTAWOWE ELEMENTY PROGRAMU NAPRAWCZEGO

- **Analiza Strategiczna ACK**, w tym ocena ratingowa klinik
- **Plan Restrukturyzacyjny** określający:
 - zasady restrukturyzacji zasobów,
 - zasady restrukturyzacji organizacyjnej (2 warianty),
 - zasady restrukturyzacji finansowej,
 - efekty proponowanych działań,
 - zagrożenia wynikające z niezrealizowania programu naprawczego,
 - wnioski końcowe

PODSTAWOWE CECHY OCENY RATINGOWEJ

- 9 kryteriów o charakterze zarządczym,
- oceny częściowe punktowane od 0 do 5 pkt.
- ocena końcowa = średnia ważona ocen częściowych
- wyniki końcowe - 4 kategorie wiarygodności zarządczej:
 - „AA” – Gwarantowana (2 kliniki),
 - „A” – Pełna (6 klinik),
 - „B” – Niestabilna (21 klinik),
 - „C” – Słaba (3 kliniki)

DEFINICJA RATINGU

- Zintegrowany system oceny działalności oraz sytuacji finansowej podmiotów świadczących usługi medyczne
- Syntetyczny wskaźnik określający stopień zaufania do podmiotu gospodarczego

KRYTERIA ZARZĄDCZE PRZYJĘTE W RATINGU KLINIK

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Liczba łóżek ▪ Wykorzystanie łóżek ▪ Średni czas pobytu ▪ Liczba wdrożonych w 2003 r. nowych procedur medycznych ▪ Obecność w Narodowym Programie Zdrowia ▪ Wskaźnik kosztów bezpośrednich w 2003 r. do wartości kontraktów na 2004 r. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencjalna zdolność do bilansowania finansów Kliniki w roku 2004 ▪ Liczba chorych leczonych przez jednego lekarza, przeciętnie, w ciągu miesiąca ▪ Aktualny stan techniczny bazy lokalowej Kliniki |
|---|---|

WYDZIAŁ LEKARSKI

POZYCJE RATINGOWE NIEKTÓRYCH
KLINIK

- **Gwarantowana zdolność zarządcza – „AA”**
 - Kl. Chirurgii Onkologicznej
 - Kl. Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych
- **Pełna zdolność zarządcza – „A”**
 - Kl. Nefrologii Dziecięcej
 - Kl. Onkologii i Radioterapii
 - Kl. Chorób Oczu
 - Kliniczne Centrum Kardiologii
 - Kl. Kardiologii
 - Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej

13

ZARZĄDZANIE APARATURĄ MEDYCZNĄ
- kierunki działań

- Wydzielenie aparatury diagnostycznej niezbędnej do realizacji misji szpitala przez stworzenie sieci gabinetów i pracowni usługowych,
- Konsolidacja gabinetów i pracowni powielających działalność usługową w celu najbardziej efektywnego wykorzystania zasobów,
- Udostępnienie urządzeń dla potrzeb szpitalnych w ramach planu zabezpieczenia potrzeb diagnostycznych,
- Wdrożenie zintegrowanego systemu kontroli jakości diagnostyki obrazowej,
- Przypisanie kosztów eksploatacji aparatury, która nie mieści się w schemacie organizacyjnym diagnostyki szpitalnej

16

- **Słaba zdolność zarządcza – „C”**
 - Kl. Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
 - Kl. Położnictwa
 - Kl. Neurologii Rozwojowej

14

RESTRUKTURYZACJA ORGANIZACYJNA
- wybrane aspekty

- Warianty „A” i „B” zmian funkcjonalnych i organizacyjnych ACK,
- Pełna integracja działalności klinik i poradni
- Pełna integracja struktur Sekcji Płac i Działu Spraw Osobowych
- Wskazanie wszystkim klinikom algorytmu postępowania pozwalającego osiągnąć oczekiwane wyniki zarządcze, przy zachowaniu pełnej zdolności do realizacji kontraktów z NFZ (redukcja liczby łóżek, skrócenie czasu hospitalizacji, obniżenie kosztów)

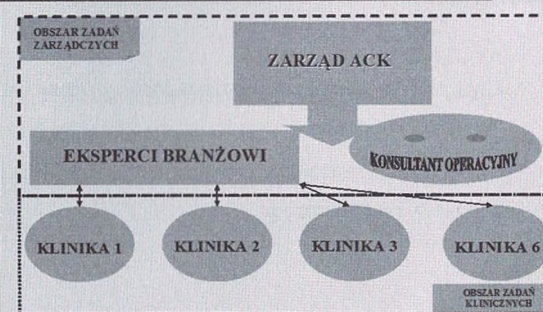
17

RESTRUKTURYZACJA ZASOBÓW
- wybrane aspekty

- Wylączenie z zarządu ACK budynków nr 11, 14 i 34
- Zburzenie baraków nr 19, 20, 21, 27, 28, 29, 30
- Zmiana lokalizacji Kliniki Pulmonologii, Kliniki Alergologii i Zakładu Mikrobiologii Klinicznej
- Prywatyzacja pralni
- Komercjalizacja działalności Hotelu Pielęgniarek
- Opomiarowanie budynków szpitalnych
- Integracja systemów informatycznych

15

WARIANT „A” – wariant rekomendowany



18

WYDZIAŁ LEKARSKI

WARIANT „B”



19

PEŁNY EFEKT WDROŻENIA PLANU
RESTRUKTURYZACJI

Zmniejszenie kosztów działalności ACK

o ok. 42 500 000 zł, rocznie

tj. 15% kosztów całkowitych

22

EFEKTY RESTRUKTURYZACJI
ORGANIZACYJNEJ

- Zmniejszenie liczby łóżek w szpitalu o 297
- Poprawa wykorzystania łóżek w klinikach o ok. 10%
- Skrócenie czasu pobytu chorych w szpitalu średnio o 1,5 dnia
- Obniżenie kosztów bezpośrednich, średnio o 35%

20

PLANOWANE EFEKTY
RESTRUKTURYZACJI

23

RESTRUKTURYZACJA KADROWA
- wybrane aspekty

- Zmniejszenie zatrudnienia w ACK o 175 etatów, w tym:
 - 90 etatów lekarskich
 - 32 etaty w pionie diagnostycznym
 - 23 etaty w pionie średniego personelu medycznego
 - 30 etatów w administracji

21

WNIOSKI KOŃCOWE PLANU
STRATEGICZNEGO

OGÓLNE

- Aktualny poziom finansowania jest niewystarczający do bilansowania kosztów z przychodami, co wymusza podjęcie radykalnych środków zaradczych
- Istnieje pilna potrzeba znacznego zasilenia kapitałowego aktywów szpitala

24

WYDZIAŁ LEKARSKI



- Zakres działań restrukturyzacyjnych stwarza szansę na zahamowanie narastania zadłużenia i oddłużenie ACK, pod warunkiem skutecznego wdrożenia Planu Restrukturyzacyjnego
- W przypadkach braku zadawalających efektów restrukturyzacji należy rozważać: zmiany personalne na stanowiskach kierowniczych, fuzje lub nawet likwidacje klinik, zakładów i innych komórek organizacyjnych

25



- Klinicznej kadrze kierowniczej należy umożliwić szkolenia w zakresie zarządzania podmiotami medycznymi
- Kliniki, które uzyskują najwyższe kategorie wiarygodności zarządczej winny stanowić trzon działalności i specjalizacji ACK np. Nefrologia, Transplantologia, Kardiologia, Kardiochirurgia, Onkologia, Radioterapia

28



WNIOSKI WYMAGAJĄCE PILNEJ REALIZACJI

- Niezbędna jest większa dywersyfikacja przychodów szpitala
- Należy podjąć działania zwiększające elastyczność organizacyjną, szybkość dostosowywania zasobów i organizacji usług do aktualnych potrzeb
- Niezbędna jest większa racjonalność w tworzeniu nowych podmiotów (klinik, zakładów, poradni etc.)

26



- Zdecydowanej poprawy wymaga infrastruktura Kliniki Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
- Rekomenduje się fuzję organizacyjną ww. Kliniki z Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej
- Rekomenduje się zmianę lokalizacji Klinik Pneumonologii i Alergologii
- Racjonalne są postulaty środowiska klinicznego opowiadające się za przeniesieniem GIP do KOR

29



- Niezbędna jest poprawa jakości zarządzania niektórymi klinikami i zakładami
- Niezbędna jest większa osobista odpowiedzialność kierowników/ordynatorów za zarządzanie podległymi klinikami
- Zdefiniowania wymaga podstawowy zakres merytoryczny świadczeń – głównie świadczenia adekwatne dla III stopnia referencyjności ACK
- Zasadne jest utworzenie OIT dla Dzieci

27



- Należy wyeliminować przypadki powielania tych samych świadczeń w różnych komórkach organizacyjnych ACK np. dermatochirurgia, chirurgia sutka i inne
- Należy pozyskać dodatkową bazę łóżkową dla Kliniki Kardiochirurgii oraz Kliniki Onkologii i Radioterapii

30

WYDZIAŁ LEKARSKI



- Wymagana jest pilna poprawa efektywności działań służb finansowych i analitycznych ACK
- Szybkiej realizacji wymaga przeniesienie Kliniki Urologii i II Kliniki Chorób Serca do nowych, przeznaczonych dla tych klinik, obiektów

31



- niemożność regulowania zobowiązań wobec pracowników
- wdrażanie wymuszonych sytuacją zmian organizacyjnych, w tym grupowych zwolnień pracowników

34



Znaczące odstępstwa od zaleceń Planu lub nieskuteczność w jego realizacji są równoznaczne z wystąpieniem, w krótkiej perspektywie, czasowej takich zjawisk jak:

32



RAMOWY HARMONOGRAM REALIZACJI

	I m-c	III m-c	VI m-c	VIII m-c	X m-c	XII m-c
RESTRUKTURYZACJA						
AKCJA INFORMACYJNA						
ZASOBY						
ORGANIZACJA I STRUKTURA						
KADRY						
FINANSE						
CONTROLLING WDROŻENIA						

35



- utrata zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych w wyniku całkowitej i trwałej utraty płynności finansowej
- wystąpienie zjawiska lawinowych zajęć komorniczych konta szpitala i kwot należnych ACK z tytułu realizowanych usług

33



WBREW POZOROM NIE JEST PARADOKSEM POWIEDZENIE:

„Musi się bardzo wiele zmienić, żeby mogło być tak jak teraz”.

Autor nieznany



36

WYDZIAŁ LEKARSKI

**Kształcenie przeddyplomowe
a SPSK nr 1 ACK w Gdańsku**

Od pewnego czasu zadajemy sobie pytanie: Czy Akademia Medyczna w Gdańsku może istnieć bez własnego szpitala klinicznego? Odpowiedź na to pytanie pozornie nie jest łatwa. Oczywiście można wyobrazić sobie sytuację, w której dysponująca kadrą nauczającą uczelnia medyczna po oddelegowaniu swoich pracowników do afiliowanych szpitali miejskich bądź wojewódzkich prowadzi na ich bazie szkolenie studentów. Ale czy jest to dobre rozwiązanie? Pod pewnymi względami jest to bardzo kusząca perspektywa, organ założycielski, jakim jest Akademia Medyczna przestaje się martwić o problemy wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych, kłopoty z płatkami, utrzymanie ciągłości pracy szpitala itd., jedynym problemem pozostaje pozyskanie funduszy na opłacenie wynajmu, miejsc dydaktycznych poza Uczelnią. Perspektywa jakże kusząca, ale też jak bardzo złudna.

Posiadana kadra, wysoko kwalifikowanych nauczycieli traci wpływ na kształtowanie postępowania leczniczego, nie ma miejsca, w którym powstawałyby standardy postępowania terapeutycznego i diagnostycznego, student traci kontakt z najnowszymi zdobyczami medycyny światowej. I tutaj powraca wcześniej postawione pytanie i odpowiedź na nie wydaje się jednoznaczna: **nie może istnieć szkoła medyczna bez własnego zaplecza szpitalnego**. Szkoła taka bowiem stanie się jedynie miejscem teoretycznej nauki zawodu lekarza, szkołą, która może być dowolnie ulokowana na politechnice bądź uniwersytecie, szkoła w której będziemy dysponowali świetną kadrą ale możemy wiedzę przekazać jedynie teoretycznie, a praktyczne aspekty nauczanego zawodu przestaną być kontrolowane i ukierunkowywane przez Akademię Medyczną. W tym miejscu warto wspomnieć o możliwości poszerzenia oferty dydaktycznej o dodatkowe zajęcia poza szpitalami klinicznymi, tak aby student kończąc naszą Uczelnię widział i znał problemy lecznicze poza ośrodkami klinicznymi.

Ale czy mamy wizję, jak powinna być nauczana medycyna w naszej Szkole w oparciu o szpital kliniczny? Na pewno tak, od lat kształceni studenci w naszej Uczelni osiągają bardzo dobre wyniki w egzaminach konkursowych, mamy wśród swoich absolwentów liczne grono profesorów, ordynatorów, kierowników jednostek badawczych i wreszcie świetnych lekarzy praktyków. Ale oczywiście nie wszystko jest tak, jak powinno być, lub jak byśmy chcieli, aby było: baza dydaktyczna pozostawia wiele do życzenia, brak sal dydaktycznych lub ich słabe wyposażenie w pomoce dydaktyczne, zagęszczone sale chorych, w których nie ma miejsca dla studentów i ich nauczycieli, dekapitalizujący się sprzęt diagnostyczno-leczniczy i wreszcie częsty brak czasu nauczycieli dla powierzonych ich opiece studentów sprawia, iż w opinii naszych młodszych koleżanek i kolegów nie jesteśmy szkołą o jakiej marzyli, w jakiej chcieliby być, aby w przyszłości z dumą mówić, iż ukończyli Wydział Lekarski Akademii Medycznej w Gdańsku, jednej z najlepszych wśród szkół medycznych w kraju.

Czy tak trudno poprawić nasz wizerunek w oczach studentów a może również pacjentów na co dzień przebywających w murach naszego szpitala? Wydaje się, że nie jest to chyba tak do końca najtrudniejsze i bardzo kosztowne. Słuchając programu restrukturyzacyjnego przygotowanego przez zespół Szpitala Klinicznego wydaje się, iż prosta redukcja liczby łóżek, pozwala na poprawę komfortu pobytu pacjenta w szpitalu, a tym samym i warunków jego badania przez studentów. Uzyskane

na tej drodze pomieszczenia mogą z łatwością zostać przekształcone w małe sale seminaryjne, w których omawiane będą problemy kliniczne, z jakimi student styka się w trakcie zajęć. Zapewniona zostanie właściwa relacja nauczyciela i ucznia poprzez spełnienie warunku poprawy bazy dydaktycznej. Nie wydaje się to zbyt trudnym zadaniem patrząc na procentowe wykorzystanie łóżek w części jednostek klinicznych. Dążenie Uczelni do nauczania w małych grupach problemowych winno stać się motywem przewodnim naszych działań na najbliższą przyszłość, bowiem tylko w takiej sytuacji pojawi się właściwa współpraca między nauczającym a studentem, a z naszego pejzażu znikną studenci oczekujący godzinami na korytarzach szpitalnych lub zamkniętych w salach seminaryjnych.

Student na czas pobytu w jednostce klinicznej powinien stać się częścią zespołu diagnostyczno-terapeutycznego z określonymi obowiązkami, ale i z wynikającymi z tego tytułu przywilejami jako członek zespołu aktywnie leczącego pacjenta. Aby uzyskać lepsze proporcje studentów do nauczycieli i przebywających w klinikach pacjentów proces dydaktyczny powinien zostać rozłożony na większą liczbę godzin, aby zajęcia nie odbywały się jedynie przez niewielką część dnia, a mogły trwać przez jego większą część. Taka postawa wymusi aktywny udział studenta w procesie diagnostyczno-terapeutycznym, powinna nauczyć go odpowiedzialności za powierzone obowiązki, a z drugiej strony powinna dostarczać olbrzymiej satysfakcji z właściwie odbytych zajęć praktycznych. W takiej procedurze aktywność studenta staje się kluczowym punktem procesu dydaktycznego, a stawiane przed nim wymagania oparte są na realnych problemach codziennego życia szpitala. Śledzenie pełnego toku postępowania z chorym od momentu przyjęcia aż po wypis ze szpitala pozwoli nabyć studentowi nawyki potrzebne w późniejszej jego codziennej pracy.

Niewątpliwie, aby zyskać w studencie osobę będącą jakby na prawach „stażysty” na latach klinicznych IV–VI, powinniśmy wcześniej przygotować go do wykonania zadań, jakich będziemy od niego oczekiwali, prowadząc intensywne kształcenie teoretyczne połączone już możliwie z jak najwcześniejszym nauczaniem w oparciu o problemy związane z konkretnymi sytuacjami terapeutyczno-leczniczymi, często wyprzedzając pojawienie się ich we właściwych jednostkach klinicznych. Oznacza to konieczność większego uprządkowania zajęć na latach wcześniejszych, przez wprowadzenie od pierwszego roku kontaktu studenta z pacjentem, początkowo pod postacią całodziennego pobytu studenta raz w tygodniu lub raz w miesiącu w szpitalu klinicznym, w roli obserwatora wydarzeń w szpitalu, zapoznawania się z jego strukturą organizacyjną oraz koniecznością przestrzegania określonych rygorów sanitarno-epidemiologicznych. W tym miejscu konieczne jest również przygotowanie studenta do kontaktu z pacjentem i jego rodziną, nauczanie właściwego podejścia do człowieka chorego często bardzo cierpiącego. Osiągnąć to można w dwojaki sposób: przez właściwe prowadzenie zajęć z psychologii klinicznej (a chciałbym przypomnieć, iż mamy już samodzielnego pracownika nauki w tej dziedzinie, posiadającego olbrzymie doświadczenie terapeutyczne. W oparciu o jednostkę, która powinna powstać – Zakład Psychologii Klinicznej – powinien prowadzić na bazie szpitalnej tego typu szkolenia). Stanowiłyby one uzupełnienie zajęć teoretycznych prowadzonych na II roku studiów z tej dziedziny. Ponadto powinny powstać na bazie szpitala klinicznego ośrodki dydaktyczne, wyposażone w mini sale dydaktyczno-szpitalne, w których pod nadzorem kamer student prowadziłby rozmowę z pacjentem lub jego rodziną, badał chorego i opracowywał zlecenie diagnostyczne, a powstały w ten

WYDZIAŁ LEKARSKI

sposób materiał filmowy analizowany byłby następnie przez pozostałych studentów z grupy seminaryjnej i nauczyciela akademickiego, ze szczegółową analizą zachowania studenta, jego postawy, błędów lub właściwych zachowań. Pacjentami w tej części powinny być osoby wynajęte przez Uczelnię z wyuczonymi rolami umiejący sprawnie podszywać się pod pacjentów lub sami studenci, odgrywający role pacjentów, a od pomysłowości nauczających jak i aktywności studentów zależałyby problemy, na jakie wystawieni byłiby koledzy z innych grup. Tego typu nauczanie powinno poprzedzać wejście studenta na lata kliniczne, tak aby stając przy łóżku chorego student posiadał już nawyki właściwego badania fizykalnego, nie powodując dodatkowych cierpień u osoby chorej. Takie podejście powinno też bardziej optymistycznie nastrojać naszych pacjentów do współpracy z uczącymi się przyszłymi lekarzami.

Oczywiście, podstawą wszelkich zmian tak naprawdę są ludzie, od chęci naszych nauczycieli akademickich, ich pomysłów i warunków stworzonych przez kierowników jednostek zależy jakość i forma nauczania w naszej Uczelni. Wydaje mi się, iż przyjemnie byłoby wszystkim nam, zarówno kadrze nauczycielskiej jak i studentom, gdybyśmy w niedalekiej przyszłości mogli powiedzieć, iż przebywamy, jeżeli nie na najlepszej, to przynajmniej na jednej z najlepszych szkół medycznych w naszym kraju.

prof. Janusz Moryś
dzikan Wydziału Lekarskiego

AKADEMIA MEDYCZNA - AKADEMICKIE CENTRUM KLINICZNE

OCZEKIWANIA, RELACJE,
ROZWAŻANIA O WSPÓLNEJ
PRZYSZŁOŚCI

PODSTAWY PRAWNE 1

• Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami)

• Organ założycielski (UCZELNIA)

- Tworzy ZOZ - uchwała Senatu
- Nadaje mu statut - uchwała Senatu a statut ten określa sposób uczestnictwa zakładu w prowadzeniu badań naukowych i prac badawczych
- Nawiązuje stosunek pracy lub zawiera umowę cywilnoprawną z dyrektorem
- W drodze uchwały Senatu likwiduje lub przekształca ZOZ (póki co za zgodą MZ w formie decyzji administracyjnej).

PODSTAWY PRAWNE 2

- Ustawa pozwala Rektorowi określić zasady zakupu i przyjęcia darowizn sprzętu i aparatury medycznej
- Ważne!! - Ustawa udostępnia Szpitalu Kliniczne Akademii, w oparciu o zawartą między tymi dwoma podmiotami umowę na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych
- Kierowników Klinik - w Szpitalu zwanych Ordynatorami - mianuje JM w trybie konkursu i co jest ważne Szpital ma obowiązek opiniować w tej sprawie (należy wspomnieć, że pojawiła się również ustawowa możliwość wnioskowania przez Szpital o rozwiązanie stosunku pracy z kierownikiem klinik)
- Szkoła może pozbawić zakład składników przydzielonego lub nabytego mienia w przypadku połączenia albo przekształcenia na zasadzie określonej w ustawie i decyduje o przeznaczeniu tego majątku.

PODSTAWY PRAWNE 3

- Szpital może otrzymać dotację budżetową na działalność statutową z MZ za pośrednictwem Uczelni
- Fundusz założycielski Szpitala może być tworzony także z wydzielonej części mienia Akademii
- Ciekawe i ważne!! - Szkoła może zlikwidować Szpital, jeżeli ten nie może pokryć ujemnego wyniku finansowego z niewielkim zastrzeżeniem - zobowiązania i należności stają się zobowiązaniami i należnościami Uczelni.
- Szkoła sprawuje nadzór!!! i kontrolę (jest podmiotem sprawującym nadzór) - dokonuje kontroli 2 razy w roku i przekazuje wyniki do MZ.

WYDZIAŁ LEKARSKI

PODSTAWY PRAWNE 4

- Kilka uwag o Statucie SPSK 1 ACK AMG nadanym zarządzeniem 46/02 Rektora z dnia 1 października 2002
- Przywołuje i powiela poprzednio wskazane zapisy ustawowe
- Wspomnieć należy tu o art. 100 ustęp 1a ustawy o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65, poz. 385 z późniejszymi zmianami), określającym zasady zatrudniania nauczycieli akademickich, w naszym przypadku głównie lekarzy
- Statut określa sposób powołania Rady Społecznej. Określa też jej skład i zasady funkcjonowania. Też ciekawe, że od uchwały Rady Społecznej przysługuje Dyrektorowi prawo odwołania się do JM Rektora.

Konkluzja:

Szkola właścicielem

Szkola partnerem

A więc

**Szkola właścicielem
partnerskim**

PODSTAWY PRAWNE 5

- Warto też przypomnieć, że Szpital może uzyskać dotację z Uczelni na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w ramach dydaktyki.
- Nie bez znaczenia we wzajemnych relacjach jest i to, że JM Rektor odgrywa kluczową rolę w doborze biegłych rewidentów, badających roczne sprawozdania finansowe - bilans Szpitala.

Jakie oczekiwania ??

- Takie, które są realizowane
- Takie, które są możliwe do realizacji już od zaraz
- Takie, które w aktualnej sytuacji prawnej, finansowej realizowane być nie mogą, a o stworzenie takich możliwości wspólnie winniśmy zabiegać

PODSTAWY PRAWNE 6

- Umowy o zarząd i użytkowanie nieruchomości
- Ostatnie porozumienia o sprawowaniu nadzoru naukowego nad badaniami klinicznymi.

Realizowane:

- Podmiotowość w kontaktach Władze Uczelni - Zarząd Szpitala
- Coraz lepiej sprawowane funkcje kontrolne i nadzorcze przez Uczelnię
- Zrozumienie konieczności zmian, twórczy udział w ich definiowaniu i określaniu celów restrukturyzacyjnych przez organy statutowe Szkoły

WYDZIAŁ LEKARSKI

Realizowane:

- Prowadzenie wspólnej polityki w zakresie:
 - gospodarki majątkiem trwałym
 - doposażenia w aparaturę
 - restrukturyzacji funkcji leczniczych

Możliwe do realizacji:

- Wspólne prace nad optymalizacją zatrudnienia pracowników Szkoły - głównie nauczycieli akademickich
- Udział Szkoły w tworzeniu możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników Szpitala realizujących zawody medyczne
- Traktowanie Szpitala jako przedmiotu analiz i dociekań badawczych także pod kątem rozwiązywania problemów organizacyjnych, zarządczych czy ekonomicznych

Możliwe do realizacji:

- Wspólne prace nad oceną i możliwe realnym szacunkiem kosztów dydaktyki i nauki realizowanej na bazie Szpitala
- Okresowe monitorowanie i optymalizacja tych kosztów
- Poprawa warunków lokalowych, standardu pomieszczeń dydaktycznych i socjalnych uwzględniające konieczność zachowania bezpieczeństwa zajęć, a także stosowania procedur higienicznych właściwych dla pełnionych funkcji Szpitala

Możliwe do realizacji:

- Wspólne prace nad specjalizacją Szpitala – zgodnie z założeniami Planu Restrukturyzacyjnego
- Prowadzenie wspólnej polityki i lobbingu w stosunku do płatnika publicznego
- Wspólne przedsięwzięcia na rzecz pozyskania środków z UE
- Symetryczność kontaktów i współpracy z partnerami zagranicznymi

Możliwe do realizacji:

- Prace nad zmianami jakościowymi w myśleniu o Szkole i Szpitalu, myśleniu kategoriami organizacji, a nie indywidualnej realizacji celów osobistych
- Określenie oczekiwanych walorów kompetencji i kwalifikacji powoływanych kierowników klinik - ordynatorów zwłaszcza pod kątem ich utożsamiania się z misją Szpitala czy też talentów zarządczo-organizacyjnych

Możliwe do realizacji:

- Wspólne budowanie akademickości Szpitala poprzez realizację założenia, że szpital kliniczny to:
 - merytorycznie najlepszy szpital,
 - dobrze zorganizowany oddział,
 - właściwe postawy etyczne,
 - modelowy stosunek do pacjentów

WYDZIAŁ LEKARSKI

Szpital kliniczny jako wzorzec zachowań w atmosferze przestrzegania prawa i ustawicznej pracy nad jakością

Docelowo

- Uzyskanie realnego wpływu na sposoby rozwiązywania problemów zdrowotnych w regionie poprzez proponowanie najlepszych wzorców zachowań i stosowanie zoptymalizowanych metod leczniczych

Możliwe do realizacji:

- Szpital kliniczny jako rzeczywisty wzorzec zachowań pozwala na:
 - Stworzenie komercyjnej oferty edukacyjnej w działaniach interdyscyplinarnych:
 - Kontrola zakażeń
 - Analiza powikłań
 - Ocena błędów medycznych
 - Analizy HTA

Dzisiaj niemożliwe, ale jutro?

- Systemowe oszacowanie kosztów rzeczywistych klinicznej referencji Szpitala, a także myślenie o sfinansowaniu misji dydaktycznej – bonus dydaktyczny
- Odtworzenie inwestycyjne Szpitala – budowa nowego
- Praktyczne aspekty komercjalizacji

Możliwe do realizacji cd:

- Tworzenie standardów postępowania dla regionu
- Uzyskanie trwałego wpływu na politykę zdrowotną na terenie swojego działania
- Znaczące wykorzystanie konsultantów wojewódzkich w kreowaniu polityki zdrowotnej

Ciąg dalszy nastąpi...

WYDZIAŁ LEKARSKI

Dlaczego wywołujemy tę dyskusję?

Znajdujemy się w dziwnej rzeczywistości. Nasza nienormalność wydaje się nam już zwykła i spowszedniała. Chwilami już nie budzi emocji, choć powinna wzniesić burzę. Ta cisza, a może obojętność, jest niepokojąca. Zarówno ta cisza, jak i silna obawa, że jest to cisza zapowiadająca żywioły, skłoniły mnie do namawiania innych członków Komitetu Sterującego, byśmy jeszcze raz podjęli próbę szerokiej i publicznej dyskusji o restrukturyzacji SPSK Nr 1 ACK AMG.

Konieczność naprawy wyznacza dramatyczna sytuacja finansowa naszego Szpitala. Niestety, jest to nasz problem, który musimy rozwiązać tu i teraz. Z tego zadania nikt nie chce nas zwolnić, a jeśli już się ktoś hojny pojawi, to zaoferuje środki najpewniej dalece niewystarczające w stosunku do naszych potrzeb. Są one już rzeczywiście wielkie – nawet w skali budżetu państwa. Nikt nam nie chce i, w dzisiejszej sytuacji prawnej, nawet nie może znacząco pomóc, a na dodatek dzisiejsze zawirowania polityczne zwiększają tylko ryzyko zmiany na gorsze w otoczeniu zewnętrznym. Nie wiemy również, jak szybko wyczerpuje się cierpliwość poszczególnych wierzycieli, ich limity kredytowe, ich zapasy i kapitały. Na pewno jednak się wyczerpuje, bo również tam możliwości są ograniczone, również tam pracują ludzie, którzy chcą regularnie otrzymywać swoją pensję.

Musimy mieć świadomość, że zagrożenie bytu szpitala, to zagrożenie dla nas wszystkich, dla bytu całej Uczelni. To jest wspólne zagrożenie, które należy jak najszybciej odsunąć. Wiem, że jest wiele przyczyn zbyt powolnego tempa restrukturyzacji. Wiele z nich jest obiektywnych, wiele z nich wynika z braku pieniędzy czy ograniczeń prawnych. Ale w moim przekonaniu, jedną z najpoważniejszych przeszkód w procesie restrukturyzacji jest brak nie tyle wsparcia, co nawet presji ze strony środowiska akademickiego sprzyjającej procesowi restrukturyzacji. Pewnie naiwne jest przekonanie, że szansę na wywarcie takiego nacisku daje właśnie otwarta publiczna dyskusja. Może ona wskazać nowe sposoby, kierunki przemian, a także potwierdzić, że dzisiejsze działanie to krok we właściwym kierunku. Poza tym jest ona niezbędna w tej szczególnej sytuacji prawnej, w której funkcjonują dwie odrębne, ale komplementarne w swych funkcjach osoby prawne – Szpital i Uczelnia. W takiej sytuacji w sposób oczywisty – formalny, a niekiedy nieoczywisty – konsultacyjny, zmiany w Szpitalu potrzebują decyzji, poparcia, korzystnej atmosfery nie tylko Senatu, ale także Rady Wydziału. Uważam, że tej otwartej dyskusji wciąż jest za mało i stanowi to naszą ewidentną i poważną słabość. Wynika ona z faktu, że wszyscy po trochu, zarówno władze Uczelni, jak i osoby spoza niej, najzwyczajniej boimy się twardej publicznej wymiany poglądów. To oczywiście zrozumiałe i ludzkie, ale z pewnością utrudniające zmianę całego systemu i akceptację dla tej zmiany. Być może, powstrzymując się od konfrontacji, uciekając w prywatność, wszyscy boimy się najgorszego, że zakwestionujemy wszystko, co w ostatnich latach zostało poczynione dla uporządkowania sytuacji w Uczelni i Szpitalu. A skutkiem takiej konstatacji będzie zniechęcenie, bezczynność, a w konsekwencji katastrofa.

To oczywiście, że efektywna przebudowa Szpitala nie może odbywać się bez aktywnego zaangażowania kierowników klinik i innych jednostek szpitalnych, ale co więcej – efektywna przebudowa klinik musi pociągnąć za sobą, w bliższej lub dalszej perspektywie, zmianę organizacji jednostek Uczelni i sposobu realizacji ich funkcji dydaktycznych i naukowych. Sytuacja zewnętrzna sygnalizująca wzrost konkurencji w otoczeniu nie tyl-

ko Szpitala, ale również Uczelni, wskazuje, że perspektywa ta jest najprawdopodobniej nieodległa. Dlatego tak ważna, w moim przekonaniu, byłaby silnie wyrażona opinia środowiska Rady Wydziału Lekarskiego na temat potrzeby procesu restrukturyzacji. Innymi słowy, dlatego tak ważna winna być konsolidacja środowiska Rady Wydziału Lekarskiego wokół tego procesu.

Na zakończeniu chciałbym poruszyć wątek osobisty, który w pewnym przynajmniej stopniu uzasadnia moje dzisiejsze wystąpienie. W Komitecie Sterującym znalazłem się w 2002 roku jako przewodniczący (obecnie już były) Rady Społecznej SPSK Nr 3. Był to czas niestety już nieco zapomnianych tańcu-chowych zajazdów komorniczych na konta i należności tego zastępowanego szpitala. Walka o jego przetrwanie toczyła się przez niemal rok aż do połączenia z SPSK Nr 1. Najtrudniejszy moment, który pamiętam, to było moje spotkanie z pracownikami szpitala, którzy nie otrzymywali wówczas pensji. I najtrudniejsza była w tym spotkaniu odpowiedź na pytanie, dlaczego TAK PÓŹNO próbujemy cokolwiek zrobić. Pozornie to pytanie powtarzane raz po raz demonstrowało niewiarę i rozgoryczenie, ale w głębi ujawniało poszukiwanie zaufania dla kroków podejmowanych w przyszłości, przyszłości, w której nikt nie chciałby nikomu życzyć podobnych doświadczeń (ja również nie chciałbym życzyć swojego doświadczenia z tego okresu). Dlatego dzisiaj, w tej chwili nieważne już jest czy PÓŹNO, oczywiste jest, że TAK, ale wciąż ważne jest, aby przekształcać naszą rzeczywistość DOBRZE I SZYBKO. Podstawowym warunkiem dla tego, by tak się działo, jest nie kontestacja, ale współpraca oparta na zrozumieniu trudnej sytuacji i wynikającej stąd konieczności głębokich zmian, które muszą brać pod uwagę przede wszystkim interes Akademii i Szpitala jako całości.

prof. Jacek Bigda

Dlaczego restrukturyzacja SPSK Nr 1 – ACK AMG jest konieczna?

W listopadzie 2002 r., sfinalizowany został I. etap restrukturyzacji bazy klinicznej AMG. Było nim połączenie dotychczas istniejących 3 szpitali klinicznych w jeden. Przyczyną był coraz bardziej pogarszający się stan finansów szpitali, co prowadziło do degradacji funkcji statutowych tych szpitali i przybliżało realność ich likwidacji. Powołanie ACK miało w pierwszym rzędzie obniżyć koszty działalności klinicznej, głównie poprzez kumulację niektórych działań administracyjno-zarządczych, zaopatrzeniowych itp., które jako tzw. koszty pośrednie obciążały znacznie działalność kliniczną. Jednocześnie istnienie jednego podmiotu prawnego wykonującego działalność kliniczną ułatwia organizacyjnie i prawnie restrukturyzację funkcjonalną niektórych klinik – lepsze wykorzystanie istniejącej bazy, likwidację bazy kosztownej i znacznie zdekapitalizowanej. Działania te, przy niezmiennych przychodach i wykonywanych do tej pory zadaniach usługowo-leczniczych a zmniejszonych kosztach, miały przynieść znaczącą poprawę sytuacji finansowej (lepszy wynik finansowy i zatrzymanie procesu narastania zadłużenia).

Ponad roczne funkcjonowanie ACK nie przyniosło jednak efektów na oczekiwanym poziomie. Stan finansów ACK na koniec 2003 r. uległ dalszemu pogorszeniu: koszty wzrosły o ponad 12,5 mln. zł, ujemny wynik finansowy wynosi ok. 45 mln. zł,

WYDZIAŁ LEKARSKI

zobowiązania – bez odsetek – osiągnęły poziom ponad 140 mln. zł (wzrost o ponad 14,5 mln. zł).

Nie odwróciły się więc tendencje, które zagrażają bytowi ACK: pogłębia się zadłużenie, wzrasta strata finansowa. Zmienia się ponadto otoczenie, w którym funkcjonuje ACK, a zwłaszcza system organizacji opieki zdrowotnej i rynek świadczeniodawców.

Restrukturyzacja rozpoczęta w 2002 r. musi więc być bardziej skuteczna i profesjonalnie realizowana. Ten cel został postawiony przez Władze Uczelni, wspierane przez Komitet Sterujący, Dyрекcję ACK. Pierwszym efektem realizacji tego celu jest przedstawiany Państwu „Plan strategiczny”.

Składa się on z dwóch zasadniczych części: analizy strategicznej i planu restrukturyzacyjnego. Podstawą przedstawianych propozycji rozwiązań w planie restrukturyzacyjnym jest pierwsza część materiału, tzn. analiza strategiczna. Tym samym od poprawności przyjętych w niej założeń, rzetelności danych (zwłaszcza finansowych) i zastosowanej metodologii analizy (np. rating jednostek działalności podstawowej) zależą formułowane oceny i proponowane w konsekwencji rozwiązania oraz zmiany. Będą się one przekładać na realność ich realizacji, przy zachowaniu wypełniania podstawowych statutowych zadań ACK, a więc w ostatecznym rozrachunku na dalsze losy Uczelni.

dr Sławomir Bautembach

Ranking, rating i co dalej

Przed ponad dziesięcioma laty został zapoczątkowany w naszej Uczelni ranking jednostek w zakresie działalności naukowej. Budził on na początku szereg emocji i kontrowersji, bywał także powodem napięć i urazy. Z biegiem lat stawał się on stałym elementem naszego obyczaju akademickiego. Na dodatek należy dodać, że był on stale doskonalony i opierany o coraz bardziej obiektywne kryteria. Od kilku lat prezentowane były także co roku ankiety dotyczące oceny działalności dydaktycznej przeprowadzane przez dziekanat z jednej strony oraz przez samorząd studencki z drugiej. Pozwalały one wytknąć pewne niedostatki w procesie dydaktycznym, ale sposób ich przeprowadzania oraz oparcie o zdanie zbyt mało reprezentatywnej grupy respondentów nie mogły stać się podstawą rankingu dydaktycznego. Przedstawione w bieżącym roku wyniki badań ankietowych przeprowadzonych przez Pracownię Dydaktyki zostały uzyskane w sposób profesjonalny i budzący zaufanie do ich wiarygodności. Będą one mogły stać się zatem, po dalszym udoskonaleniu i niewielkim rozszerzeniu, podstawą do corocznego ustalenia rankingu dydaktycznego jednostek Uczelni. Obecnie dyrekcja ACK – SPSK nr 1 przedstawia nam wyniki ratingu klinik i zakładów pod kątem działalności usługowo–lecniczej. Kryteria dobrane przez przeprowadzających rating bardziej obrazują niedostatki w zarządzaniu tymi jednostkami aniżeli ich miejsce w działalności leczniczej. Trudno zatem uznać, że mamy już gotowy ranking usługowo–lecniczy, ale można stwierdzić, że podstawy takiej oceny zostały stworzone. Rodzi się zatem pytanie, co wynika z tych rankingów, czy też ratingów dla praktyki dnia codziennego. Najbardziej praktyczne przełożenie teorii na praktykę ma ranking naukowy. Wiadomo bowiem, że kwoty przeznaczone na badania naukowe, w szczególności w zakresie działalności statutowej, zależą wprost od osiągnięć poszczególnych jednostek. Co za-

tem z pozostałymi rankingami? Odpowiedź na to pytanie wymaga krótkiego komentarza wprowadzającego. Wiemy bowiem, że niezależnie od rankingów przeprowadza się okresową ocenę poszczególnych pracowników naukowo–dydaktycznych na szczeblu dziekańskim i uczelnianym. Wyniki zindywidualizowanych rankingów staną się zapewne pomocne we właściwej ocenie przydatności danego pracownika dla naszej Alma Mater. Ale poza okresową oceną poszczególnych pracowników posiadamy w Uczelni system oceny kadry kierowniczej, od kierowników jednostek do władz rektorskich włącznie. Wzięcie pod uwagę wyników poszczególnych rankingów spowodować winno zobiektywizowanie oceny przeprowadzonej przez odpowiednie komisje dziekańskie bądź senackie. Na dodatek zobiektywizowane wyniki rankingów i/lub ratingów mogą stanowić podstawę prowadzenia odpowiedniej polityki kadrowej pośród kadry zarządzającej na szczeblu Uczelni oraz Szpitali Klinicznych. Zbliżając się do końca powyższych rozważań powinniśmy wziąć wszyscy pod uwagę fakt, że praktyka prowadzenia rankingów oraz stosowania ich wyników dla oceny ludzi i zdarzeń jest powszechnie stosowana w uczelniach krajów Unii Europejskiej. Nikomu natomiast nie trzeba chyba przypominać, że nasze wstąpienie do Unii nastąpi już niebawem. Winniśmy zatem oswoić się nie tylko z myślą o konieczności uczestnictwa w rankingach, ale także do tego, że ich wyniki będą służyły do oceny naszej działalności.

prof. Bolesław Rutkowski
prorektor ds. dydaktyki
i spraw studenckich

Kliniczne Centrum Kardiologii – model skutecznego działania ośrodka wysoko specjalistycznego w szpitalu akademickim

Choroby układu sercowo–naczyniowego stanowią przyczynę połowy wszystkich zgonów w Polsce. Zapewnienie europejskiego standardu wysoko specjalistycznej opieki kardiologicznej, szczególnie w zakresie leczenia ostrych zespołów wieńcowych może istotnie poprawić stan zdrowia mieszkańców naszego województwa i chronić jego mieszkańców przed przedwczesnym zgonem lub ciężkim inwalidztwem. Doświadczenie zdobyte przez działające od 2002 roku Kliniczne Centrum Kardiologii powołane z inicjatywy Rektora AMG pozwala jednoznacznie stwierdzić, że sprawne i bezpieczne funkcjonowanie takiego ośrodka jest możliwe jedynie na bazie szpitala akademickiego, zatrudniającego wysokiej klasy specjalistów wszystkich dziedzin medycyny, dysponujących nowoczesną aparaturą diagnostyczną i terapeutyczną. Bardzo dobre wyniki finansowe KCK z ostatnich dwóch lat również uzasadniają trafność takiego rozwiązania organizacyjnego świadczenia wysoko specjalistycznych usług kardiologicznych, co jest aktualnie tak ważne w przypadku naszego Szpitala.

Planowane przeniesienie II Kliniki Chorób Serca pozwoli na poszerzenie zakresu świadczeń KCK o wysoko specjalistyczną elektroterapię i powstanie wiodącego ośrodka kardiologicznego w Polsce, liczącego się w regionie bałtyckim oraz dostrzegalnego w Europie. W strukturze uniwersyteckiej AMG, równo-

WYDZIAŁ LEKARSKI

ległej do szpitalnej struktury KCK należy powołać Katedrę Kardiologii z obecnie istniejącymi Klinikami, Samodzielnymi Pracowniami i Zakładami. Oczywistą konsekwencją takiej decyzji jest konieczność powołania Katedry Kardiologii (Chirurgii Serca i Naczyń?) oraz rozwiązanie Instytutu Kardiologii, struktury istniejącej obecnie już tylko w AMG i UJ.

Moje może niezbyt jeszcze duże doświadczenie wskazuje, że równoległa struktura akademicka i szpitalna wysoko specjalistycznego ośrodka kardiologicznego pozwala na maksymalne ujawnienie, rozwinięcie oraz wykorzystanie predyspozycji i umiejętności lekarzy zatrudnionych na etatach szpitalnych, akademickich czy w ramach kontraktów. Wydajność naukowa oraz dydaktyczna, tak w szkoleniu przed- jak i podyplomowym jest również wysoka, chociaż ciągle istnieją w tym zakresie duże rezerwy wynikające przede wszystkim z niepełnego wykorzystania możliwości współpracy w ramach całej Akademii. Powtarzający się od lat postulat o konieczności zwiększenia integracji uprawiania nauki i dydaktyki w naszej Akademii być może wskazuje na potrzebę intensyfikacji wdrażania najbardziej skutecznych mechanizmów opierających się na instrumentach finansowych.

Ograniczone możliwości ekonomiczne państwa i społeczeństwa przy nieorganicznych możliwościach współczesnej medycyny do uzasadnionego wydawania środków finansowych, nawet w krajach bardzo zamożnych zmuszają do tworzenia scentralizowanych ośrodków wysoko specjalistycznych, rozsądnie zarządzanych, prowadzących twardą politykę finansową, ale jednocześnie zapewniających uprawianie medycyny zgodnie ze standardami dostosowanymi do możliwości regionalnych. Takie ośrodki pozwalają jednocześnie na uprawianie nauki na przyzwoitym poziomie w dziedzinach klinicznych jak i podstawowych oraz są solidnym warsztatem nauczania medycyny i stałego podnoszenia kwalifikacji najmłodszych absolwentów jak i wybitnych specjalistów. Nasza Akademia i nasz Szpital uniwersytecki nie mają innej możliwości jak realizować taką właśnie politykę będąc najważniejszymi instytucjami stojącymi na straży zdrowia publicznego Pomorza Gdańskiego.

prof. Andrzej Rynkiewicz
kierownik I Kliniki Chorób Serca,
kierownik Klinicznego Centrum Kardiologii ACK AMG

KADRY AMG

1. Z dniem 16 lutego 2004 r. powierzono funkcję p.o. Dyrektora Centrum Badawczo-Rozwojowego „Trójmiejska Akademicka Zwierzętarnia Doświadczalna” **dr. hab. n. med. Jackowi Bigdzie, prof. nzw.**
2. Z dniem 1.03.2004 r. zatrudniono na stanowisku głównego specjalisty ds. bezpieczeństwa i higieny pracy w Inspektoracie BHP **mgr. Jacka Kiwita**

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszedł

dr hab. med. Janusz Siebert

Stopień naukowy doktora habilitowanego otrzymał

dr hab. med. Zbigniew Karwacki

Na stanowisko adiunkta przeszedł

dr med. Tomasz Bandurski

Z Uczelni odeszła

mgr piel. Anna Dobrzycka

Jubileusz 40-letniej pracy w AMG obchodzą

20 lat

Małgorzata Ścibirowska

25 lat

Helena London

dr hab. n. med. Krystyna Raczyńska, prof. nzw.

dr farm. Aleksandra Radwańska

dr n. przyr. Magdalena Sztaba-Kania

30 lat

mgr Danuta Widawska-Dojka

40 lat

inż. Paweł Kostuch

Na Wydziale Farmaceutycznym AMG stopień doktora nauk farmaceutycznych otrzymała:

mgr Lucyna KONIECZNA, asystent Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej AMG, praca pt. „*Wpływ płci na farmakokinetykę wybranych leków*”, promotor: prof. dr hab. Henryk Lamparczyk, Rada Wydziału Farmaceutycznego dnia 30. 03. 2004 r. nadała stopień doktora nauk farmaceutycznych.

KADRY ACK AMG

Jubileusz 40-letniej pracy w SPSK nr 1 ACK AMG obchodzą

20 lat

Bernadeta Ciapka

Anna Jurkiewicz

Małgorzata Kumor

Elżbieta Sobotka

25 lat

Maria Balcerowiak

dr med. Anna Banaś

Marianna Wronikowska

30 lat

Ewa Litwin

Urszula Stachowska

Urszula Szumowska

dr med. Piotr Świca

35 lat

prof. Jan Skokowski

40 lat

dr med. Alfred Samet

40-LECIE WSZCZEPIENIA PIERWSZEGO ROZRUSZNIKA SERCA W POLSCE

Milowy krok w dziejach kardiologii XX wieku – elektroterapia serca

W latach 50. XX wieku elektronika na dobre, jak w cudownej baśni, wkroczyła w tajniki i zawiłości pracy serca, by je uspokajać i co więcej – ożywiać jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Rozpoczęła się wielka era elektrokardiologii. Samo połączenie tych dwóch słów zdaje się dehumanizować serce, siedzibę najgłębszych ludzkich uczuć i podmiot poetyckich liryk. Ale właśnie wyładowanie energii elektrycznej o dużej mocy (co za brutalność!) jest w stanie uciszyć elektryczną burzę (migotanie komór) w śmiertelnie chorym sercu i przywrócić je życiu. Postęp elektroniki pozwolił na skonstruowanie precyzyjnej „protezy” zniszczonego układu przewodzącego serca i wydłużyć życie chorym z blokiem p–k nie o lata, ale o dziesiątki lat! Mowa tu oczywiście o rozrusznikach serca.

Po raz pierwszy określenie „rozzusznik serca” zostało użyte w 1932 r., kiedy to Albert Hyman skonstruował urządzenie – generator prądu ręcznie napędzany, za pomocą którego skutecznie stymulował serce zwierzęce, zatrzymane w mechanizmie asystolii poprzez igłę wklutą do prawej komory serca. Niestety, nie udało mu się zainteresować tym patentem żadnego z producentów urządzeń medycznych, ani lekarzy.

Dynamiczny rozwój elektroterapii serca datuje się od końca lat pięćdziesiątych. W 1958 roku w Szwecji skonstruowano pierwszy wszczepialny stymulator serca. Dokonał tego inż. Rune Elmqvist, a implantował go chirurg – Aké Senning. Ten historyczny zabieg miał miejsce 8 października 1958 r. w Karolinska Hospital w Sztokholmie. Pacjentem był 43-letni mężczyzna Arne Larsson, u którego stwierdzono

całkowity blok przedsionkowo-komorowy (p–k). Napady asystolii z utratą przytomności były bardzo częste – do 20 na dobę. Zona Larssona ponaglała Elmqvist’a, a on w pośpiechu finalizował swe dzieło, by uratować życie pacjenta. Był to rozrusznik o rytmie sztywnym z elektrodami nasierdżiowymi. Składał się z dwóch silikonowych tranzystorów i był zasilany bateriami niklowo-kadmowymi. Ten pierwszy stymulator pracował kilka godzin. Następny – kilka tygodni, kolejne coraz dłużej. Arne Larsson to legenda elektrostymulacji. „Na własnej skórze” doświadczył całego jej rozwoju. W ciągu 43 lat, jakie przeżył od czasu pierwszej implantacji (zmarł 28 grudnia 2001 roku) wymieniano mu rozrusznik 27 razy.

W następnych latach wysiłki elektroników zmierzały do uzyskania jak największej pojemności elektrycznej w konstruowanych rozrusznikach, do zmniejszenia poboru prądu przez układ elektroniczny, aby jeszcze bardziej wydłużyć czas „życia” stymulatora. Dążono do miniaturyzacji jego wymiarów i wagi. I tak wkrótce ciężar stymulatora z 75 g zmniejszył się do 30 g, a dziecięce nawet do 20 g.

W wyniku dalszych poszukiwań w połowie lat 60. stymulatory o „sztywnym” rytmie, tj. nieprzerwanie wytwarzające impulsy elektryczne, ustąpiły miejsca rozrusznikom działającym „na żądanie”. Stymulator synchronizujący pracę przedsionków i komór, sekwencyjny – DDD to osiągnięcie lat 70. (Funke i wsp.).

W 1960 r., w USA zastosowano w stymulatorze baterie cynkowo-rtęciowe wydłużając czas „życia” rozrusznika do 2–3 lat. Również w USA po raz pierwszy zastosowano system przezżylny, endokawitarny (S. Furman, 1962). Rozruszniki zasilane ogniwami rtęciowo-cynkowymi o 1–3 letnim czasie pracy ustąpiły w 1972 r. rozrusznikom z bateriami litowymi, co znacznie wydłużyło żywotność stymulatora – do 7–10 i więcej lat.

Ewolucja objęła także elektrody stosowane do elektrostymulacji. Elektrody wewnątrzkomorowe, wprowadzane do prawej komory

serca drogą przezżylną, wyparty elektrody nasierdżiowe, wszczepiane poprzez torakotomię. Udoskonalenie elektrod polegało na zmniejszeniu średnicy i powierzchni oliwki bieguna czynnego (stymulującego), co wiąże się ze zmniejszeniem poboru energii z rozrusznika, a tym samym z przedłużeniem jego żywotności. Wprowadzenie elektrod z zaczepami (1978) w postaci haczyków, wąsów czy spirali pozwoliło na lepszą ich fiksację w jamach serca.

Na początku lat 70. wprowadzono do stymulatora kilka funkcji (tzw. rozruszniki wieloprogramowe). Wiązało się to z możliwością m.in. zmiany częstości stymulacji (30–150/min), amplitudy (do 10V) i okresu refrakcji (150–400 ms). Obok tych podstawowych parametrów wprowadzono specjalne funkcje stymulatora jak opóźnienie przedsionkowo-komorowe, możliwość zmiany trybu stymulacji, obniżenia częstości stymulacji w nocy, zapis elektrokardiogramów wewnątrzsercowych, a także funkcje holterskie.

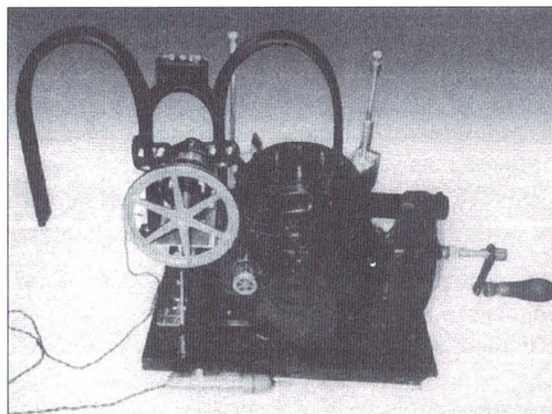
W połowie lat 70. (1974–75) pojawiły się stymulatory z adaptowaną do potrzeb organizmu częstotliwością impulsów. Taki stymulator naśladuje odpowiedź chronotropową węzła zatokowego w stanach zwiększonego zapotrzebowania metabolicznego ustroju.

Polska włączyła się w ten postęp w 1963 roku. Rodzima historia elektrostymulacji zaczęła się tu, w Gdańsku. Pierwszy stymulator serca wszczepił prof. Zdzisław Kieturakis w Państwowym Szpitalu Klinicznym Nr 3 przy ul. Śluzą 9/10 (obecnie noszącej nazwę prof. Kieturakisa). Wskazania do zabiegu ustalił prof. Jakub Penson,

współpracującym kardiologiem przy zabiegu był Wojciech Kozłowski z inż. elektronikiem Stefanem Raczyńskim z Politechniki Gdańskiej, a pacjentem Bronisław Jedliński. Jego córka pracowała w PLO i dzięki jej staraniom sprowadzono ze Szwecji stymulator serca. Pacjent zmarł po roku z powodu wyczerpania baterii stymulatora, następnego niestety nie doczekał. Doniesienie o implantacji pierwszego stymulatora serca opublikowane zostało przez prof. Z. Kieturakisa w *Przeglądzie Chirurgicznym* dwa lata później, w 1965 r.

W tym też roku w Klinice Chorób Wewnętrznych zorganizowano jeden z pierwszych w Polsce oddziałów intensywnego nadzoru kardiologicznego (dr W. Kozłowski). I tu po raz pierwszy na Wybrzeżu przeprowadzono skuteczną reanimację z zastosowaniem zewnętrznej defibrylacji serca u chorego z migotaniem komór (niżej podpisanej dane było w tym czynnie uczestniczyć). W oddziale tym hospitalizowano pacjentów zarówno przed, jak i po zabiegach implantacji stymulatorów. Tu ustalano wskazania do wszczepienia układu stymulującego. Początkowo były to obciążające chorego zabiegi chirurgiczne wymagające torakotomii ze względu na konieczność stosowania elektrod nasierdżiowych. Pod koniec lat 60. wprowadzono stymulację przezżylną. Wprowadzenie elektrody do prawej komory serca odbywało się wówczas bez fluoroskopii, co wydłużało zbiegi nieraz do kilku godzin. Implantowano wyłącznie stymulatory proste, z elektrodą umieszczoną w prawej komorze (VVI), początkowo o sztywnym (stałym) rytmie stymulacji, później działające na „żądanie” (w okresach asystolii). Liczba implantowanych stymulatorów stopniowo wzrastała.

Pierwszymi operatorami byli Zdzisław Wajda, później Zbigniew Gruca, Jerzy Kossak, Leonard Ignaczak, Tadeusz Tyszkiewicz oraz anestezjolog Danuta Lipińska. Kolejno dotychczas młodszy: Janusz Głowacki, Janusz Orzelski i inni. Zespół internistyczno-kardiologiczny tworzyli Wojciech Kozłowski, Jan Gręźlikowski, trochę



Pierwszy model rozrusznika serca A. Hymana (1932)

później dołączyła Grażyna Świątecka. W tym zespole internistyczno-chirurgicznym należy podkreślić szczególną, pomocną rolę Lecha Markuszewskiego – radiologa. Na przełomie lat 60. i 70. opublikowano szereg prac na temat pierwszych doświadczeń stosowania elektrostymulacji.

Od 20 lat elektrostymulacją w naszym ośrodku zajmują się wyjątknie kardiologowie, najpierw III Kliniki Chorób Wewnętrznych pod kierownictwem prof. M. Gamskiego, a następnie w wytonionej z niej II Kliniki Chorób Serca (kierownik G. Świątecka).

W ciągu 12 lat istnienia II Kliniki Chorób Serca stała się wiodącym ośrodkiem kardiologicznym w Polsce, zajmującym się głównie zaburzeniami rytmu i elektroterapią serca.

Idąc za postępowaniem światowym wprowadzono tu kolejno wszystkie rodzaje stymulacji tzw. „fizjologicznej”: przedsionkową, dwujamową, z adaptowaną częstotliwością impulsów, a następnie dwuprzedmiotową i resynchronizującą stymulację komór. Do roku 1985 (przez 22 lata) wszczepiono około 2,5 tysiąca rozruszników. Od połowy lat 80. liczba wszczepialnych stymulatorów dynamicznie wzrastała do 500–700/rok.

Opublikowano szereg prac oryginalnych nt. własnych doświadczeń ze stosowaniem stymulacji serca w chorobie węzła zatokowego. Prace te przyczyniły się do spopularyzowania stymulacji „fizjologicznej” w Polsce oraz podważyły celowość stosowania stymulacji prawej komory serca w chorobie węzła zatokowego. W latach 90. publikowano prace dotyczące badań związanych ze stymulatorami z adaptowaną częstotliwością impulsów, ze stymulacją VDD oraz z zastosowaniem różnego typu elektrod. Powstały tu też unikalne prace dotyczące stymulacji z drogi odpływu prawej komory serca oraz stosowania stałej stymulacji w kardiomiopatii przerostowej, zawężającej drogę odpływu lewej komory. Znaczną liczbę prac poświęcono diagnostyce i terapii omdleń wazowagalnych, diagnostyce i leczeniu chorych z wrodzonym zespołem wydłużonego QT oraz zagadnieniom związanym z wszczepialnymi kardiowerterami-defibrylatorami, a także ablacją substratu arytmii.

W połowie lat 90. wprowadzono badania elektrofizjologiczne (Andrzej Stanke, Andrzej Lubiński, Dariusz Kozłowski, Tomasz Królak, Maciej Kempa, Ewa Lewicka-Nowak) u chorych z groźnymi zaburzeniami rytmu serca oraz diagnostykę i terapię zaburzeń odczynowości układu autonomicznego (Łukasz Stolarczyk, Dariusz Kozłowski, Grzegorz Raczak). W Klinice (jako jedynym ośrodku w Polsce) była realizowana międzynarodowa próba kliniczna nad skutecznością leczenia omdleń wazowagalnych stałą stymulacją serca ze specjalnym programem *search-hysteresis* – VASIS (D. Kozłowski, W. Krupa). Na początku lat 90. wprowadzono badania z zastosowaniem testu pochyleniowego na stole uchylnym. Publikacja na temat zastosowania tej metody w diagnostyce omdleń ukazała się w roku 1993 i była to jedna z pierwszych prac w Polsce. W Klinice powstała też pierwsza w Polsce pracownia badania wrażliwości baroreceptorów tętniczych, zorganizowana i prowadzona przez Grzegorza Raczkę (1995 r.), z którym współpracuje obecnie Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz i Małgorzata Szwoch. Pracownia ta utrzymuje owocne kontakty ze światowej sławy ośrodkiem w tej dziedzinie – Centro Medico di Montescano we Włoszech.

W 1994 r. wprowadzono w Klinice zabiegi przeżywalnej ablacji prądem wysokiej częstotliwości, jako metodę leczenia m. in. dodatkowych dróg przewodzenia przedsionkowo-komorowego. Zabiegi te, początkowo wykonywane przez Andrzeja Stanke, kontynuuje i rozwija z pasją Andrzej Lubiński. W 2002 r. dzięki systemowi CARTO (Klinika jest jednym z pięciu ośrodków w Polsce dysponujących tą aparaturą) stało się możliwe przeprowadzanie zabiegów ablacji migotania przedsionków metodą Carlo Papone.

W II Klinice Chorób Serca w 1995 r. został wszczepiony pierwszy w Polsce kardiowerter – defibrylator z elektrodami przezżylnymi (Andrzej Lubiński, Rajmund Wilczek, Dariusz Zacharek). Ośrodek stał się wiodącym w tej dziedzinie w Polsce (badania naukowe także we współpracy z ośrodkami zagranicznymi, jedna z większych w Polsce liczba implantacji kardiowerterów – defibrylatorów).

Należy też wspomnieć o pionierskich pracach w kraju, a także w skali światowej, oceniających wpływ różnych rodzajów stymulacji przedsionkowej na hemodynamikę serca (A. Dąbrowska-Kugacka, E. Lewicka-Nowak i inni, *PACE*, 2003), a także pierwszą publikację w Polsce, przedstawiającą własne wyniki zastosowania resynchronizującej stymulacji dwukomorowej u chorych z niewydolnością serca (E. Lewicka-Nowak, A. Dąbrowska-Kugacka, *Folia Cardiologica*, 2003). Na dorobek naukowy Kliniki w ciągu ostatnich 10 lat składa się ponad 180 prac oryginalnych i poglądowych, głównie z zakresu elektrostymulacji i odczynowości autonomicznego układu nerwowego. Tu zostały zredagowane standardy elektroterapii serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (red. G. Świątecka). Autorami kilku rozdziałów tych standardów są pracownicy Kliniki. W Klinice prowadzone są też ogólnopolskie kursy z zakresu elektrostymulacji.

Klinika w skali ogólnopolskiej jest jednym z trzech ośrodków referencyjnych w Polsce o najwyższej randze (poziom C) w dziedzinie elektrostymulacji wg norm przyjętych przez Sekcję Elektrofizjologii i Stymulacji Serca PTK.

Znaczącą rolę w propagowaniu elektroterapii serca i technik implantacji stymulatorów oraz defibrylatorów w środowisku polskich kardiologów od połowy lat 90. odegrali Rajmund Wilczek i Justyna Staniewicz (przedstawiciele firm produkujących urządzenia wszczepialne) wywodzący się z II Kliniki Chorób Serca.

W 1994 r. z inicjatywy zespołu II Kliniki Chorób Serca (Grażyna Świątecka, Jacek Kubica, Janusz Popaszkiewicz, Łukasz Stolarczyk) powstało pierwsze w Polsce czasopismo o zasięgu ogólnopolskim poświęcone elektrofizjologii i stymulacji serca *Elektrofizjologia i Stymulacja Serca*. Z czasem zmieniło nazwę na *Folia Cardiologica* i rozszerzyło tematykę stając się miesięcznikiem. Obecnie jest ono oficjalnym organem (obok *Kardiologii Polskiej*) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i jego pięciu sekcji naukowych i wydawane jest co miesiąc. Redaktorem naczelnym tego czasopisma od początku jego istnienia jest Grażyna Świątecka, a trzon Kolegium Redakcyjnego stanowią pracownicy II Kliniki Chorób Serca.

Wyrazem uznania dla osiągnięć Kliniki w zakresie elektroterapii serca był wybór G. Świąteckiej na przewodniczącą Sekcji Stymulacji Serca i Elektrofizjologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w latach 1992–1998.

Pacjenci z wszczepionym rozrusznikiem serca z powodu idioopatycznego bloku przedsionkowo-komorowego, bez obciążających chorób układu krążenia lub innych współistniejących schorzeń, żyją długo. Stymulatory serca znacząco wydłużyły życie chorym z blokiem p-k i epizodami zatrzymania krążenia w mechanizmie asystolii, czy migotania komór w następstwie bradykardii. Przed erą stymulacji serca około 50% chorych z blokiem p-k umierało przed upływem 2 lat od chwili rozpoznania zaburzeń przewodzenia. Obecnie większość tych pacjentów wraca do normalnego życia. W okresie przedemerytalnym połowa z nich kontynuuje pracę w swoim zawodzie. Niektórzy z naszych chorych wykonują ciężką pracę na roli, marynarze – oficerowie odbywają dalekomorskie rejsy, kobiety bezpiecznie rodzą dzieci, młodzi ludzie uprawiają sport, starsi dożywają sędziwego wieku.

Życie toczy się dalej ...

prof. Grażyna Świątecka



Zmniejszające się rozmiary stymulatorów serca

W dniu 11 lutego 2004 roku z okazji Dnia Chorego, pod honorowym patronatem rektora prof. Wiesława Makarewicza oraz metropolity gdańskiego ks. abp. Tadeusza Goćłowskiego, odbyła się sesja naukowa poświęcona zagadnieniom bólu i cierpienia. W jej zorganizowaniu udział miała nasza Uczelnia, Hospicjum im. Ks. Eugeniusza Dutkiewicza oraz Duszpasterstwo Akademickie. Hasło konferencji „Nie musisz cierpieć w milczeniu” (*Don't Suffer in Silence*) zaczerpnięto z deklaracji Europejskiej Federacji Badania Bólu. Deklarację tę przedstawiono w 2001 roku Europejskiemu Parlamentowi w Brukseli, w ramach działalności określonej „*Europe against Pain*”.

Duża sala konferencyjna Hospicjum z ledwością pomieściła liczne grono przybyłych, wśród których byli: rektor prof. W. Makarewicz, ks. abp T. Goćłowski, rektor prowincjalny Pallotynów dr Tomasz Skibiński, wicemarszałek województwa Bogdan Borusewicz, lekarz wojewódzki Andrzej Galubiński, przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Danuta Adamczyk-Wiśniewska oraz przedstawiciele prasy i telewizji.

W pierwszym referacie wygłoszonym przez Janinę Suchorzewską poruszone zostały zagadnienia organizacji leczenia przeciwbólowego w Polsce.

Człowiek odczuwający ból trwający miesiące, a nawet lata – podlega stałemu stresowi, wynikającemu z niepokoju i lęku. Cechuje go zmienność nastroju, nadmierna drażliwość, zaburzenia snu, koncentracji, prowadzące do frustracji, a niejednokrotnie do ciężkich postaci depresji. Ból przewlekły odczuwany powoduje zaburzenia łaknienia – niedożywienie, często upośledzoną zdolność ruchową. Prowadzi to w konsekwencji do znacznego ograniczenia aktywności, uzależnienia od leków, ograniczenia zdolności do pracy, do izolacji społecznej. Jakość życia zostaje ograniczona we wszystkich jego obszarach.

Według różnych statystyk europejskich liczba osób z bólem przewlekłym waha się od 38 % do 45 % populacji dorosłych. Uwzględniając te dane należy rozważać również skutki społeczne wynikające z bólu przewlekłego. Należą tu wymienione już ograniczenia w zakresie aktywności zawodowej, jak i społecznej, powodujące kolejne konsekwencje w postaci pogarszania stosunków w rodzinie, narażonej na trudności finansowe, na znoszenie niejednokrotnie nadmiernej ekspozycji zachowań bólowych ze strony bliskiego. Życie takiej rodziny koncentruje się wokół domu, lekarza, apteki i szpitala. Rodzina przestaje żyć rytmem związanym z wszystkimi jej członkami, a pochyłona zostaje problemami chorego i eskalacją jego żądań. Osobnym problemem społecznym stają się uzależnienia, a także niepożądane objawy związane z działaniem leków stosowanych w terapii bólu.

W tak znaczącej populacji osób doznających bólu przewlekłego, problemem kolejnym są ekonomiczne skutki. Poza kosztami samego leczenia uwzględnić należy koszty związane z absencją chorobową, świadczeniem rent inwalidzkich i kosztami opieki nad niepełnosprawnymi.

Złożona problematyka bólu wynikająca z różnych jego przyczyn i mechanizmów, zróżnicowanych objawów i osobniczych zjawisk percepcji wymaga interdyscyplinarnego postępowania.

Dlatego też na całym świecie dąży się do tworzenia ośrodków leczenia bólu, zapewniających wielokierunkowe leczenie. Ciągłe jeszcze niewystarczająca w Polsce ilość i dostępność do już istniejących ośrodków nie pozwala na szeroko idącą pomoc w cierpieniu tym, którzy żyją z bólem, a którym współczesna medycyna daje szansę uwolnienia się od niego.

Duże zainteresowanie wzbudziły kolejne dwa referaty: prof. Krystyny de Walden-Gatuszko i dyrektora gdańskiego Hospicjum ks. dr. Piotra Krakowiaka. Dotyczyły one psychologicznych aspektów bólu – a także rozważań nad sensem cierpienia. O tym, czy ból staje się cierpieniem, decyduje nasze uczucie, nasza interpretacja tego zjawiska. Tolerancja bólu zależy zarówno od przyczyny bólu, naszego stanu psychicznego, jak i naszej postawy życiowej. Na zadane przez księdza Krakowiaka drogą internetową pytanie – czy

cierpienie i ból są zawsze bezsensowne? – przyszło wiele odpowiedzi. Przesyłali je ludzie, którzy doświadczają cierpienia i bólu. Odpowiedzi nie sposób przytoczyć, bo tylko dosłowne przedstawienie mogłoby oddać ich głębokie treści.

O tym, czy współczesne metody uśmierzania bólu są w stanie uwolnić nas od niego, mówił prof. Andrzej Basiński. Postęp, jaki dokonuje się w rozumieniu skomplikowanej patofizjologii bólu, pozwala osiągać coraz lepsze wyniki. Dziś wiemy, że ból jest nie tylko objawem choroby, ale chorobą samą w sobie. W wielu przypadkach choroba zostaje całkowicie wyleczona, a ból pozostaje. Podstawowymi metodami leczenia bólu są metody nieinwazyjne, do których należy farmakoterapia oraz mniej lub bardziej inwazyjne metody, pozwalające czasowo lub trwale wyłączać przewodnictwo bólowe.

W zakresie farmakoterapii od lat obserwuje się wzrost liczby leków przeciwbólowych, nowych ich postaci, ale również różnorodność sposobów ich podawania, coraz lepiej poznawane są mechanizmy ich działania. Te ostatnie osiągnięcia pozwalają na odpowiedni dobór leków, kojarzenia ich zależnie od rodzaju bólu i mechanizmu działania, jak również osobniczych wrażliwości chorego. O tych możliwościach w aspekcie postępu współczesnej farmakoterapii i do-

stępności do leków mówił dr Marek Suchorzewski – z Poradni Leczenia Bólu Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG.

Leki przeciwbólowe mogą wywołać wiele objawów niepożądanych. Stosowanie ich w sposób niekontrolowany stanowi duże niebezpieczeństwo. Zagadnienia te poruszył na zakończenie sesji dr Andrzej Grynczewicz, lekarz naczelny gdańskiego Hospicjum Pallotinum, podnosząc znaczenie odpowiedniego dawkowania leków, unikania zbyt częstych zmian w leczeniu, jak również kojarzenia różnych leków.

Omówione w szerokim aspekcie problemy leczenia przeciwbólowego z okazji Międzynarodowego Dnia Chorego akcentują nie tylko potrzebę działania, ale wskazują, że środowisko gdańskie włącza się w szeroką akcję podejmowaną na całym świecie.

prof. Janina Suchorzewska

DZIEŃ CHOREGO

Nie musisz cierpieć w milczeniu

