ROK 33 MARZEC 2023 NR 3 (386) ISSN 2657-4640

GAZETA GUMed

MIESIĘCZNIK GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO kontynuacja Gazety AMG

KAMPANIA *RÓŻNI I RÓWNI*
DIVERSE AND EQUAL CAMPAIGN 32–52
Profesor Ryszard Smoleński laureatem Gdańskiego Nobla 10
Nowa ankieta dydaktyczna 21

„Gazeta GUMed”

Miesięcznik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Wydawca
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a
80-210 Gdańsk

Adres redakcji
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
tel. 58 349 15 37
gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl

Redaktorka naczelna
Małgorzata Omilian-Mucharska

Przewodniczący Rady Programowej
Bolesław Rutkowski

Rada Programowa
Barbara Kochańska
Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska
Antoni Nasal

Redaktorka pomocnicza
Joanna Śliwińska

Redakcja i korekta językowa
Maksymilian Wroniszewski

Skład i opracowanie graficzne
Izabela Szeibelis-Deskiewicz

Współpracownicy
Marek Bukowski
Magda Boguska
Ewa Celebąk (Dział Studencki)
Gabriela Hryniewicz
Paweł Kabata
Janusz Limon
Bartłomiej Siek
Janusz Springer
Paweł Sudara
Jolanta Świerczyńska-Krok
Alejandra Vivas
Jakub Winiewski

Druk
Bernardinum Sp. z o.o.
ul. Biskupa Dominika 11,
83-130 Pelplin

Nakład
620 egzemplarzy

Numer zamknięty 14.02.2023 r.

Koncepcja i opracowanie przedniej okładki
Izabela Szeibelis-Deskiewicz

Koncepcja i opracowanie tylnej okładki
Dział Promocji

Pierwotną wersją pisma jest wersja drukowana, możliwe aktualizacje zamieszczane są w wersjach PDF na stronie WWW pisma.

INFORMACJE DLA AUTORÓW

Redakcja prowadzi nabór tekstów do połowy miesiąca poprzedzającego wydanie i zastrzega sobie prawo do niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania oraz adiustacji tekstów i zmiany ich tytułów.

Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko Redakcji oraz Władz Uczelni. Autorzy tekstów załączający materiały graficzne i zdjęciowe są zobowiązani do podania ich źródła (np. archiwum własne autora, z zasobów zdjęciowych Kliniki) lub podania nazwiska fotografa/autora. W przypadku grafik pobranych z internetu należy podać link do strony www w celu zweryfikowania licencji.

Wskazówki dla autorów o liczbie znaków oraz pozyskiwaniu materiału zdjęciowego są dostępne na stronie tinyurl.com/wytyczne-dla-autorow.

OD REDAKCJI

Przekazujemy do Państwa rąk trzeci już numer „Gazety GUMed”, któremu nadajemy temat wiodący spójny z nazwą uczelnianej **Kampanii *Różni i Równi***. Zgodnie z grudniową zapowiedzią staramy się umacniać w naszym środowisku postawy i zachowania oparte na fachowej wiedzy i fundamentalnych wartościach – szacunku oraz równości. Dziękujemy wszystkim, którzy przyjmują zaproszenia do podzielenia się swoim doświadczeniem i kompetencjami w autorskich artykułach, a także tym, którzy z własnej inicjatywy zgłaszają nam teksty oraz pomysły na inne aktywności prorównościowe.

Pierwsze dwa tegoroczne zeszyty naszego pisma kierowały uwagę Czytelników i Czytelniczek na problemy osób z niepełnosprawnościami. Temat ten znajduje kontynuację w numerze marcowym – propozycje rozwiązań, jakie mogą zastosować placówki ochrony zdrowia w kontaktach z pacjentem głuchym, przedstawia **mgr Joanna Roczyńska** (s. 40-45) – oraz w działaniach podejmowanych na Uczelni – już 6 marca w GUMed odbędzie się **debata *O sprawności i równości*** (zaproszenie na s. 52).

W bieżącym wydaniu uwagę Czytelników i Czytelniczek chcemy skoncentrować na nierównościach, których podłożem jest wygląd, wiek oraz pozycja w hierarchii. Pakiet artykułów tematycznych otwiera wywiad **dr Agnieszki Anielskiej** z psycholożką **Danutą Rocławską** na temat przeciwdziałania zachowaniom niewłaściwym i mobbingowi w pracy (s. 32-34). W kolejnym tekście **dr Leszek Pawłowski** przedstawia zasady i narzędzia prawne, które chronią nas przed dyskryminacją w społeczności akademickiej (s. 35-37). Na moje pytania o nierówności w dostępnie do ochrony zdrowia seniorów w Polsce odpowiada zaś **mec. Adrian Lange** – prawnik zarządzający projektem *PolSenior2* (s. 38-39). W felietonie studenckim **Oliwia Sawińska** wprowadza temat *body-shamingu* w mediach społecznościowych (s. 45-47), a SKN Komunikacji Medycznej zaprasza wszystkich na webinarium **dr Aleksandry Mojkowskiej** na temat *fat-shamingu* w polskiej medycynie. W kończącym część tematyczną tekście **Jerzy Afanasjew** pisze o niesieniu pomocy osobom bezdomnym (s. 48-52).

Wraz z Autorami tekstów zapraszamy wszystkich do lektury! ■

MAŁGORZATA OMILIAN-MUCHARSKA
Redaktorka naczelna „Gazety GUMed”, współorganizatorka Kampanii *Różni i Równi*

Spis treści

Z ŻYCIA UCZELNI

4 **Międzynarodowe spotkanie partnerów projektu NAWA**
Łukasz Balwicki
5 **Rozwój z PO WERem**
Agnieszka Buraczek, Aleksandra Skonieczna
6 **Warsztaty popularnonaukowe w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej**
Marta Krzyżanowska, Jakub Winiewski

PUBLIKACJE

7 **Prof. Jacek Sznurkowski pierwszym autorem rekomendacji PTGO**

INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI – UCZELNIA BADAWCZA

8 **Pracownia Mikroskopii Konfokalnej i Dermoskopii Skóry**
Michał Sobjanek, Martyna Sławińska

NAGRODY – SUKCESY – NOMINACJE

10 **Profesor Ryszard Smoleński laureatem Gdańskiego Nobla**
Joanna Śliwińska
12 **Tetiana Bezpalko nagrodzona w konkursie INTERSTUDENT 2023**
Joanna Śliwińska, Jakub Winiewski
13 **Studentka GUMed z najlepszym opisem przypadku klinicznego**
Agnieszka Ellwart
14 **Prof. Andrzej Szutowicz w Radzie Kuratorów Wydziału Nauk Medycznych PAN**
14 **Laureaci Konkursu *Liderki/liderzy pielęgniarstwa onkologicznego 2022***
Renata Piotrkowska
15 **Sukces studentek GUMed na ogólnopolskiej konferencji**

UCZELNIE FAHRENHEITA

16 **FarU z dofinansowaniem MEiN na dalsze działania konsolidacyjne**
Karolina Sienkiewicz
17 **Studenckie projekty przystanków PKM Południe**
Karolina Sienkiewicz

19 NEKROLOGI

DYDAKTYKA

21 **Nowa wersja ankiety dydaktycznej**
Agnieszka Zimmermann
23 **Ewaluacja 2.0 – badanie opinii studentów na temat ankiety dydaktycznej**
Michał Bystram

KONFERENCJE I SZKOLENIA

25 **XIX Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne**
Bolesław Rutkowski
26 **Kurs dla diagnostów laboratoryjnych**
Maciej Grzybek
27 **Szkolenie z wykorzystania VR w symulacji medycznej**
Bartosz Pryba

PREZENTACJE JEDNOSTEK

28 **Elektroniczne wnioski zakupowe – perspektywa uczestnika procesu**
Marzena Landowska, Anna Żółtowska

30 DOKTORATY I HABILITACJE

31 KADRY GUMed

KAMPANIA *RÓŻNI I RÓWNI*

32 **Warto reagować. Nie być obojętnym**
z Danutą Rocławską rozmawia Agnieszka Anielska
35 **Ochrona prawna przed dyskryminacją w życiu społeczności akademickiej**
Leszek Pawłowski
38 **Nierówności w zdrowiu i dostępie do usług medycznych osób starszych w Polsce**
z Adrianem Lange rozmawia Małgorzata Omilian-Mucharska
40 **Pacjent głuchy u lekarza. Cz. 2: Propozycje rozwiązań**
Joanna Roczyńska
45 **Porozmawiajmy o *body-shamingu* w mediach społecznościowych**
Oliwia Sawińska
47 ***Fat-shaming* w polskiej medycynie – zaproszenie na webinarium**
48 **Opowieść o bezdomnych i chorych biedakach**
Jerzy Afanasjew

VARIA

53 **Medycyna okołooperacyjna, czyli kolejna ścieżka od działania silosowego do koordynacji opieki**
Magdalena Łasińska-Kowara
56 **Staż BiodivERsA w Helsinkach**
Aleksander Goll, Joanna Nowicka
58 **Nowy Świat, nowe umiejętności – kurs parazytologiczny w Australii**
Martyna Krupińska
60 **Opatija – perła Adriatyku**
Bolesław Rutkowski

WIADOMOŚCI Z UCK

62 **Rekordowa liczba narodzin w UCK**
63 **5-lecie Poradni Kardioonkologicznej**
Ewa Lewicka
64 **Nowatorski zabieg kardiochirurgiczny w UCK**
66 **Akcja *Porozmawiajmy o padaczce* w UCK**

DZIAŁ STUDENCKI — *RemediuM*

67 **Breaking the Stereotype – Copenhagen, Denmark**
Rasmus Svensson

Międzynarodowe spotkanie partnerów projektu NAWA

Uczestnicy i organizatorzy spotkania

Pierwsze spotkanie partnerów projektu Narodowej Agencji Wymiany Akademickiej (NAWA) pt. *Doskonalenie kształcenia w zdrowiu publicznym w odpowiedzi na pandemię i wyzwania postpandemiczne* odbyło się w dniach 26-27 stycznia w GUMed. Wydarzenie otworzyła prodziekan ds. jakości kształcenia i praktyk studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu **dr hab. Magdalena Błażek, prof. uczelni**. Zaproszeni eksperci zaprezentowali działalność swoich ośrodków w zakresie nauczania zdrowia publicznego pod kątem wyzwań pandemicznych. W grupach dyskutowali również nad zarysem programów nauczania w obszarach zarządzania kryzysowego, zdrowia cyfrowego, przywództwa, nauczania metod naukowych i zmian klimatu. Przez kolejne miesiące grupy robocze wypracują materiały dydaktyczne, z których będą wspólnie korzystać. Goście mieli również okazję zapoznać się z ofertą dydaktyczną GUMed oraz zwiedzić pomieszczenia dydaktyczne i Bibliotekę Główną naszego Uniwersytetu.

Do Gdańska przyjechali przedstawiciele Maastricht University (Niderlandy), EHESP School of Public Health (Francja), Institute of Public Health, University of Porto (Portugalia) oraz Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dodatkowo w projekt zaangażowali się przedstawiciele University College Cork (Irlandia), Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. W GUMed gościli również członkowie zarządu The Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER) – **prof. Mary Codd** z University College Dublin, **Polychronis Kostoulas** z University of Thessaly i dyrektor biura ASPHER **Robert Otok**.

Dwuletni projekt jest finansowany przez NAWA i obejmuje współpracę z partnerami zagranicznych nad opracowaniem treści dydaktycznych, wymianę akademicką oraz organizację seminariów poświęconych najlepszym praktykom dydaktycznym. ■

DR HAB. ŁUKASZ BALWICKI, PROF. UCZELNI
Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej

Rozpoczęcie spotkania przez prof. Magdalenę Błażek

Rozwój z PO WERem

AGNIESZKA BURACZEK
Dział Wsparcia Rozwoju Pracowników

Współpraca:

ALEKSANDRA SKONIECZNA
Kierownik Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników

W 2021 r. Gdański Uniwersytet Medyczny rozpoczął realizację szkoleń dla kadry administracyjnej i zarządzającej w ramach projektu *Wielomodułowy program poprawy efektywności i jakości funkcjonowania Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego*, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego *Wiedza Edukacja Rozwój* (PO WER) na lata 2014-2020. Celem realizowanego przez Dział Wsparcia Rozwoju Pracowników zadania projektowego (nr 8 w module 6) jest podniesienie kompetencji kadr zarządzających i administracyjnych Uczelni. Zakres niezbędnego wsparcia określono na podstawie wewnętrznego rozeznania potrzeb szkoleniowych wśród kadry GUMed. Realizowane dzięki temu szkolenia mają za zadanie podniesienie jakości funkcjonowania pracownika zatrudnionego na danym stanowisku, a także pozwalają na uwzględnienie priorytetowych działań dostosowanych do aspiracji rozwojowych GUMed w zakresie podnoszenia kompetencji kadr administracyjnych.

W ramach projektu od czerwca 2021 r. zrealizowano 12 z 19 zaplanowanych szkoleń. Efektem tych działań było przeszkolenie 423 pracowników z kadry administracyjnej i zarządzającej, którzy uzyskali certyfikaty i zaświadczenia o ukończeniu kursów. Dotychczas zrealizowano następujące szkolenia:

1. **Szkolenia wspierające profesjonalizację procesu zarządzania projektami oraz zarządzania procesowego w Uczelni:**
   - ITIL – szkolenie trwało 3 dni, w czasie których przeszkolono 2 pracowników;
   - Prince Foundation – szkolenie trwało 3 dni dla każdej z 3 grup, łącznie przeszkolono 37 pracowników;
   - Prince Practitioner – szkolenie trwało 2 dni, w czasie których przeszkolono 6 pracowników.

2. **Szkolenie mające na celu poprawę jakości obsługi studentów oraz gości anglojęzycznych:**
   - Język angielski – szkolenie trwało 10 miesięcy i było realizowane przez 360 godzin dla każdego z 3 poziomów zaawansowania, łącznie przeszkolono 30 pracowników.

3. **Szkolenia z zakresu poprawy funkcjonowania Uczelni:**
   - Profesjonalna obsługa klienta wewnętrznego – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 2 grup, łącznie przeszkolono 22 pracowników;
   - Zarządzanie zmianą – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 5 grup, łącznie przeszkolono 60 pracowników;
   - Prawo zamówień publicznych – szkolenie trwało 1 dzień, w czasie którego przeszkolono 20 pracowników;
   - Excel – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 3 grup na różnym poziomie zaawansowania, łącznie przeszkolono 30 pracowników.

4. **Szkoła Liderów:**
   - Rola i zadania kierowników – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 5 grup, łącznie przeszkolono 59 pracowników;
   - Praca zespołowa – budowanie motywacji i zaangażowania w zespole – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 5 grup szkoleniowych, łącznie przeszkolono 66 pracowników;
   - Komunikacja menadżerska – szkolenie trwało 2 dni dla każdej z 5 grup szkoleniowych, łącznie przeszkolono 70 pracowników;
   - Zarządzanie zmianą w procesie kształtowania profesjonalnej kadry kierowniczej Uczelni – szkolenie trwało 2 dni, w czasie których przeszkolono 20 pracowników.

Do końca 2023 r. zrealizowane zostaną ponadto następujące szkolenia: (1) Nowoczesny PR i marketing, (2) Formalno-prawne aspekty współpracy nauki z biznesem, (3) Realizacja procesu komercjalizacji w Uczelni, (4) Ocena potencjału komercyjnego projektu, (5) MOR (metodyka zarządzania ryzykiem), (6) Rachunkowości, (7) Zarządzanie procesowe.

Projekt PO WER 3.5 jest dla Uczelni dużym przedsięwzięciem, a jego realizację utrudnił dodatkowo fakt, że szkolenia przypadły na czas pandemii. Z tego powodu odbywały się one w trybie *online*. Przed naborem kandydatów ze środków

→

fot. pexels

projektowych zakupiono notebooki, które umożliwiły realizację cyklu szkoleń w czasie pandemii. Dzięki przeprowadzonym kursom pracownicy GUMed mogli podnieść swoje kompetencje zawodowe, wymienić spostrzeżenia i opinie, a także poznać się i zintegrować. Duży wysiłek nasz Dział włożył w organizację szkoleń z cyklu *Szkoła Liderów*, które odbyły się jesienią 2022 r. W ciągu 2,5 miesiąca sprawnie zorganizowaliśmy trzy 2-dniowe szkolenia dla 197 kierowników.

Wyniki dotychczasowych ankiet ewaluacyjnych i ankiet satysfakcji pokazują, że wiedza uczestników szkoleń zwiększyła się. Wzrosła ponadto wśród nich chęć rozwoju kompetencji własnych i zespołowych – szczególnie w obszarze szkoleń miękkich/komunikacyjnych. Ankiety umożliwiły określenie potrzeb szkoleniowych, co dla Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników stanowi cenny materiał do dalszej pracy nad planem rozwojowym kadry Uczelni i jego optymalizacją.

Projekt trwa do końca bieżącego roku. Wszelkie niezbędne informacje dotyczące udziału w szkoleniach oraz aktualizacje statusów naboru ukazują się na stronie internetowej projektu: power3-5.gumed.edu.pl/60363.html, do śledzenia której zachęcamy.

Jako Dział odpowiedzialny za realizację zadania wychodzimy naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom kandydatów na szkolenie, dlatego za zgodą instytucji pośredniczącej (Narodowe Centrum Badań i Rozwoju) w miarę możliwości zwiększaliśmy grupę szkolonych osób. Chcemy, by jak największa liczba pracowników mogła skorzystać ze wsparcia i podnieść kluczowe dla ich stanowisk kompetencje. ■

AGNIESZKA BURACZEK
współpraca: **ALEKSANDRA SKONIECZNA**

Warsztaty popularnonaukowe w Katedrze i Zakładzie Medycyny Sądowej

7 lutego uczniowie Sopockiego Autonomicznego Liceum odwiedzili Katedrę i Zakład Medycyny Sądowej, gdzie wykładowcy i doktoranci naszej Uczelni zorganizowali zajęcia popularyzujące medycynę, toksykologię oraz genetykę sądową wśród młodzieży. Koordynatorem zajęć dla licealistów zainteresowanych naukami medycznymi oraz podjęciem w przyszłości studiów w GUMed była **dr Marta Krzyżanowska**.

Licealistów powitał kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej **prof. Michał Kaliszan**, który w słowie wstępu wyjaśnił duże znaczenie tej dziedziny nauki. Pierwszy z wykładów, prowadzony przez **dr. Karola Karneckiego**, poświęcony był pracy medyka sądowego. W jego trakcie omówione zostały działy medycyny sądowej oraz niektóre spośród przypadków, z jakimi na co dzień spotykają się specjaliści.

Kolejne zajęcia prowadziła **mgr Sonia Zięba**. Dotyczyły one entomologii sądowej i podzielone zostały na prelekcję oraz część warsztatową. Słuchacze mogli nie tylko dowiedzieć się więcej o ocenie czasu, jaki upłynął od śmierci, na podstawie obecnych na miejscu zgonu owadów, ale również samodzielnie zbadać okazy owadów poznane w trakcie wstępu teoretycznego.

Zagadnienia związane z pracą genetyka sądowego przybliżyli uczniom **prof. Ryszard Pawłowski** oraz **mgr Gracjana Stachewicz**, którzy zaprezentowali ogólne informacje dotyczące

→

Uczestnicy oraz organizatorzy zajęć

wykrywania, pobierania próbek i badania materiału genetycznego. W trakcie wykładów zrealizowano także zadania poświęcone analizie uzyskanych wyników i typowania sprawcy przestępstwa spośród kilku podejrzanych.

Od lewej: dr inż. Mateusz Woźniak, prof. Michał Kaliszan, mgr Gracjana Stachewicz, dr Marta Krzyżanowska, lek. Aleksandra Chamier-Gliszczyńska

Spotkanie zakończył wykład **dr. inż. Mateusza Woźniaka** poświęcony pracy toksykologa sądowego, podczas którego ekspert omówił m.in. metabolizm etanolu oraz jego wpływ na organizm człowieka. Uczniowie mieli również okazję przyjrzeć się sekcji zwłok, którą prowadziła **lek. Aleksandra Chamier-Gliszczyńska**. W programie wydarzenia znalazło się także zwiedzanie Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej oraz wykonanie wspólnego pamiątkowego zdjęcia. ■

DR MARTA KRZYŻANOWSKA
Katedra i Zakład Medycyny Sądowej

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

fot. Paweł Sudara/GUMed

Prof. Jacek Sznurkowski pierwszym autorem rekomendacji PTGO

Zespół ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej (PTGO) pod kierownictwem **prof. Jacka Sznurkowskiego** z Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej opracował i opublikował polskie rekomendacje dotyczące diagnostyki i leczenia raka endometrium. Praca pt. *The Polish Society of Gynecological Oncology Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Endometrial Carcinoma (2023)* ukazała się w czasopiśmie „Journal of Clinical Medicine" (IF 4,964). W skład grupy badawczej wchodzili specjaliści nie tylko z zakresu ginekologii onkologicznej, ale również radioterapii, patomorfologii, diagnostyki molekularnej i onkologii klinicznej. Celem zaleceń jest usprawnienie, ujednolicenie i poprawa wyników leczenia pacjentów z rakiem endometrium w Polsce.

Rekomendacje przeznaczone są dla ginekologów, ginekologów onkologów, chirurgów, patologów, genetyków, radioterapeutów, onkologów klinicznych, lekarzy rodzinnych, zespołów opieki paliatywnej i pracowników ochrony zdrowia o specjalnościach pokrewnych, związanych z procesem leczenia onkologicznego. Są to pierwsze tego rodzaju zalecenia dotyczące raka endometrium zarówno w polskiej onkologii, jak i na świecie.

– *Przeprowadzona wstępna ocena inkrementalnych korzyści w zakresie skuteczności klinicznej i bezpieczeństwa, dotyczących wprowadzenia nowych zaleceń do praktyki klinicznej w relacji do inkrementalnych kosztów z tym związanych, sugeruje, że wydając relatywnie nieduże pieniądze na diagnostykę molekularną na początku leczenia raka endometrium, można zaoszczędzić na całej sekwencji terapeutycznej. Powinno to obniżyć koszty w całej ginekologii onkologicznej, ponieważ rak endometrium jest najliczniejszym złośliwym nowotworem ginekologicznym w Polsce* – wyjaśnia **prof. Jacek Sznurkowski**.

Prof. Jacek Sznurkowski

Proces tworzenia zaleceń PTGO obejmował 6 etapów:

1. powołanie wielodyscyplinarnego zespołu ekspertów (ginekolog, onkolog, patomorfolog, genetyk, onkolog kliniczny, radioterapeuta);
2. identyfikacja danych naukowych;
3. formułowanie wytycznych;
4. ocena koherentności z wytycznymi europejskimi i amerykańskimi (USA);
5. ocena wytycznych przez ekspertów zewnętrznych;
6. integracja stanowiska ekspertów zewnętrznych z pierwotną treścią sformułowanych wytycznych.

Rekomendacje oparte są wyłącznie na sile dowodu naukowego i powstawały zgodnie z metodologią AGREE II (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) zalecaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. ■

fot. archiwum prywatne

UCZELNIA BADAWCZA
INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI

Pracownia Mikroskopii Konfokalnej i Dermoskopii Skóry

DR HAB. MICHAŁ SOBJANEK
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

DR MARTYNA SŁAWIŃSKA
Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii

Nareszcie jest! Nasze upragnione i długo oczekiwane dziecko: Pracownia Mikroskopii Konfokalnej i Dermoskopii Skóry. To unikatowa jednostka, której zadaniem jest badanie korelacji obrazów klinicznych, dermoskopowych, histologicznych i uzyskanych za pomocą przyżyciowej mikroskopii konfokalnej [tj. pozwalającej uzyskać obraz o wysokiej rozdzielczości i kontraście – przyp. red.]. Jej powstanie ma na celu kliniczne wdrożenie optymalnych nieinwazyjnych metod diagnozowania dermatoz, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów skóry.

Ale zacznijmy od początku… W 2014 r. w wysłużonym budynku nr 22, w którym znajdowała się wówczas Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii, spotkało się dwoje zakochanych w dermatologii i dermoskopii młodych naukowców.

Nie posiadając w zasadzie żadnego zaplecza sprzętowego (poza dermoskopem ręcznym Heine Delta 20), postanowiliśmy tworzyć naukę. Oprócz pasji i otwartości umysłu naszym atutem był fakt, że w Oddziale Dermatochirurgii Kliniki Dermatologii leczyliśmy i diagnozowaliśmy dużą liczbę pacjentów z nowotworami skóry. Na każdym etapie naszego rozwoju doświadczaliśmy życzliwości i wsparcia ze strony kierownika Kliniki **prof. Romana Nowickiego** oraz całego zespołu. Kamieniem milowym była dotacja ówczesnego Ministra Zdrowia, która pozwoliła na zakup wideodermoskopu.

Sprzęt ten eksploatowaliśmy niemiłosiernie. Służył on (i służy) zarówno pacjentom, jak i nauce. Obecnie w naszym archiwum znajduje się ponad 18 tys. zdjęć klinicznych i dermoskopowych różnorodnych dermatoz i nowotworów skóry, w tym wielu niezwykle rzadkich. W ciągu kilku lat gdańska klinika dermatologiczna wyrosła na znaczący ośrodek badań dermoskopowych, współpracujący z czołowymi jednostkami europejskimi zajmującymi się nieinwazyjnymi metodami obrazowania skóry.

W ramach tej współpracy braliśmy udział w badaniach dotyczących obrazów dermoskopowych chłoniaków pierwotnych skóry, mukoskopii (dermoskopia błon śluzowych), przerzutów nowotworowych do skóry, onychoskopii (dermoskopii aparatu paznokciowego), trichoskopii (dermoskopia włosów i skóry owłosionej głowy). Powstałe w ich wyniku prace zostały opublikowane w czołowych czasopismach z dziedziny dermatologii, m.in. „The Journal of the American Academy of Dermatology" (IF 15,487), „The Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology" (IF 9,228) czy „Dermatology" (IF 5,197).

Ale chcieliśmy więcej… Naszym celem i marzeniem były dalsze badania nad nowoczesnymi metodami obrazowania skóry – tak narodziła się koncepcja stworzenia Pracowni Mikroskopii Konfokalnej i Dermoskopii Skóry.

→

Badanie dermoskopowe z użyciem dermoskopu ręcznego Heine Delta 20 wykonywane w Poradni Dermatologicznej UCK przez dr Martynę Sławińską

Dr hab. Michał Sobjanek i dr Martyna Sławińska w Poradni Dermatologicznej UCK

Przyżyciowa mikroskopia konfokalna jest nowoczesnym narzędziem do obrazowania skóry w czasie rzeczywistym, które stanowi pomost pomiędzy badaniem dermoskopowym a histopatologicznym i znacznie zwiększa możliwości diagnostyki zmian skórnych. Metoda pozwala na nieinwazyjne obrazowanie struktur skóry z rozdzielczością na poziomie 0,5--1,0 µm w płaszczyźnie poprzecznej i 4-5 µm w osiowej, na głębokość do 200-300 µm, co odpowiada poziomowi warstwy brodawkowatej zdrowej skóry.

Laserowy mikroskop konfokalny jest nowoczesną odmianą mikroskopu fluorescencyjnego, w którym źródło światła stanowi laser. Umożliwia to dokonywanie tzw. przekrojów optycznych preparatu w czasie rzeczywistym. Światło pochodzi z jednej płaszczyzny, a to, które dociera z warstw położonych wyżej lub niżej, jest w badaniu eliminowane. Urządzenie generuje czarno-białe obrazy skóry w optymalnej jakości. Dzięki integracji systemu z wideodermoskopem możliwe jest badanie korelacji obrazów wideodermoskopowych i mikroskopii konfokalnej.

Rozdzielczość obrazów uzyskiwanych w mikroskopie konfokalnym jest porównywalna do rozdzielczości konwencjonalnych obrazów histopatologicznych, co pozwala na uzyskanie wielu dodatkowych informacji. Badanie za pomocą mikroskopu konfokalnego nazywane jest „wirtualną biopsją", gdyż pozwala na postawienie diagnozy bez naruszania ciągłości tkanek.

Dużo zaangażowania kosztowało nas uzyskanie finansowania projektu. W chwili pewnego załamania otrzymaliśmy ogromne wsparcie ze strony rektora GUMed **prof. Marcina Gruchały** oraz kierownika Biura ds. Programu IDUB **prof. Tomasza Bączka**. Dzięki współfinansowaniu projektu ze środków IDUB możliwe było uzyskanie grantu Ministerstwa Edukacji i Nauki na inwestycję naukową w kwocie 853 600 zł.

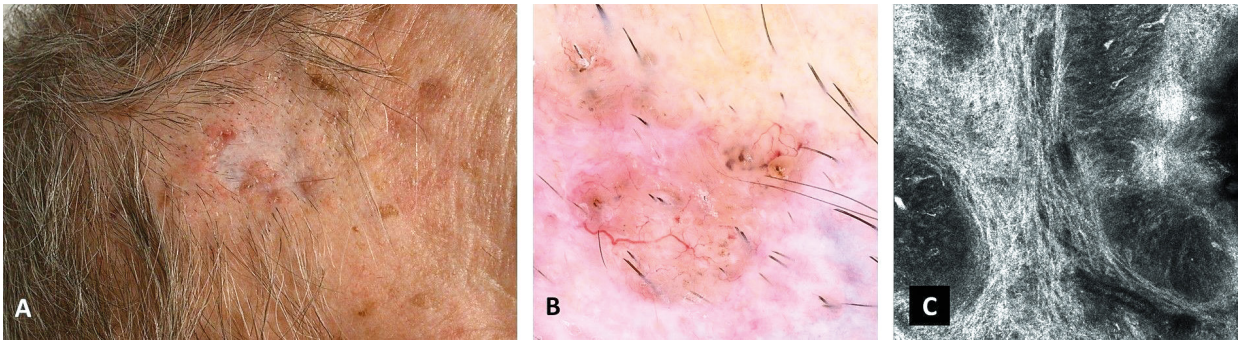
Pracownia została uruchomiona na początku sierpnia 2022 r. W grudniu 2022 r. zaangażowani w projekt badacze z Kliniki Dermatologii uczestniczyli w szkoleniu, które odbyło się w Clinica Dermatologica Policlinico Umberto I na Uniwersytecie Rzymskim. Przeprowadzili je znani na całym świecie eksperci z zakresu mikroskopii konfokalnej – **prof. Giovanni Pellacani**, **prof. Caterina Longo** i **dr Marco Ardigo**. W najbliższej przyszłości planowana jest inicjacja kolejnych projektów naukowych, zarówno wewnątrzuczelnianych, jak i międzynarodowych. ■

Badanie z użyciem wideodermoskopu FotoFinder wykonywane przez dr. hab. Michała Sobjanka w Klinice Dermatologii UCK

Badanie z użyciem mikroskopu konfokalnego wykonywane przez lek. Jakuba Żółkiewicza w Klinice Dermatologii UCK

fot. archiwum prywatne

DR HAB. MICHAŁ SOBJANEK
DR MARTYNA SŁAWIŃSKA



Rak podstawnokomórkowy skóry – obraz kliniczny (A), dermoskopowy (B) i uzyskany przy użyciu mikroskopu konfokalnego (C)

Profesor Ryszard Smoleński laureatem Gdańskiego Nobla

Nagroda im. Heweliusza
fot. Grzegorz Mehring/gdansk.pl

Już po raz 35. Miasto Gdańsk przyznało Nagrody Naukowe im. Jana Heweliusza. Podczas uroczystości, która odbyła się tradycyjnie 28 stycznia, w rocznicę urodzin jej patrona, wiceprezydent Gdańska **Monika Chabior** wręczyła wyróżnienia za wybitne osiągnięcia naukowe w 2022 r. w dwóch kategoriach – nauk przyrodniczych i ścisłych oraz nauk humanistycznych i społecznych. Laureatem pierwszej z nich został **prof. Ryszard Tomasz Smoleński**, kierownik Katedry i Zakładu Biochemii, lider Priorytetowego Obszaru Badawczego 3: Biochemia, genetyka i biologia molekularna, który został nagrodzony za badania dotyczące metabolizmu nukleotydów w chorobach człowieka, w szczególności chorobach układu krążenia. Druga statuetka trafiła do **prof. Jacka Zauchy**, kierownika Katedry Ekonomii Międzynarodowej i Rozwoju Gospodarczego UG, którego doceniono za działania dotyczące opracowania metodologii badania rozwoju przestrzennego obszarów morskich.

– *Jestem zaszczycony tym wyróżnieniem, które przypada w momencie eksplozji możliwości naukowych w naszymi mieście. Dwie gdańskie uczelnie znalazły się w gronie 10 uczelni badawczych, a połączenie potencjałów Uczelni Fahrenheita pozwoli utworzyć unikatowy ośrodek akademicki nie tylko w skali Polski* – zaznaczył **prof. Ryszard Smoleński**. – *Bardzo wiele osób przyczyniło się do tego, że stoję dziś w tym miejscu, za co chciałbym wszystkim podziękować. W naukach medycznych badania nie są prowadzone indywidualnie, ale przez zespoły. Jestem wdzięczny pracownikom Katedry i Zakładu Biochemii, z którymi mam zaszczyt pracować.*

W uroczystości udział wzięli m.in.: **prof. Edyta Szurowska**, prorektor ds. klinicznych, **prof. Ewa Słomińska**, prodziekan Wydziału Lekarskiego, **prof. Marcin Renke**, dyrektor Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni, laureaci poprzednich edycji Nagrody im. Jana Heweliusza – **prof. Michał Woźniak** i **prof. Krzysztof Narkiewicz** oraz bliscy i współpracownicy prof. Smoleńskiego.

– *Profesor Ryszard Tomasz Smoleński jest uznanym w skali międzynarodowej specjalistą z zakresu biologii medycznej, biochemii i fizjologii, w szczególności metabolizmu nukleotydów* – podkreślił na wstępie laudacji **prof. Grzegorz Węgrzyn**, przewodniczący kapituły w kategorii nauk przyrodniczych i ścisłych. – *Jego badania przyczyniają się do dokładniejszego zrozumienia*

→

Od lewej: prof. Jerzy Błażejowski – prezes Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, przewodniczący kapituły w kategorii nauk humanistycznych i społecznych, prof. Jacek Zaucha, wiceprezydent Gdańska Monika Chabior, prof. Ryszard Tomasz Smoleński, prof. Grzegorz Węgrzyn – przewodniczący kapituły w kategorii nauk przyrodniczych i ścisłych, prezes Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Gdańsku | fot. Joanna Śliwińska/GUMed

Od lewej: prof. Edyta Szurowska, prof. Ryszard Tomasz Smoleński, Monika Chabior, prof. Ewa Słomińska
fot. Joanna Śliwińska/GUMed

mechanizmów chorób sercowo-naczyniowych, nowotworowych oraz neurodegeneracyjnych, a także do usprawnienia metod diagnostycznych i poszukiwania nowych leków.

Badania prowadzone przez prof. Smoleńskiego służą poszukiwaniu nowych leków, a właściwie molekularnych celów działania leków w chorobach sercowo-naczyniowych i nowotworowych. Koncentrują się na wyjaśnieniu, dlaczego dochodzi do rozwoju tych chorób, i poszukiwaniu biomarkerów, czyli substancji, które mogłyby wskazywać na obecność czy postęp tych patologii. Wyniki tych badań pozwoliły na identyfikację deaminazy AMP jako celu terapeutycznego w chorobach serca i dysfunkcji śródbłonka. Doprowadziły również do odkrycia, że zahamowanie aktywności ekto-deaminazy adenozyny w ścianach naczyń powoduje spowolnienie procesu miażdżycowego oraz że zwiększona aktywność ekto-5-nukleotydazy hamuje odrzut w przeszczepach międzygatunkowych.

– *Nagroda trafia w ręce znakomitego naukowca, aktywnego badacza rozwiązującego zagadki biochemicznych procesów zachodzących w różnych stanach chorobowych i proponującego nowatorskie podejścia terapeutyczne, pracującego na rzecz udoskonalania metod diagnostycznych i zabezpieczających materiał biologiczny do transplantacji* – dodał prof. Węgrzyn. – *Wychowawcy i mistrza dla młodej kadry naukowej, a jednocześnie człowieka bardzo skromnego i tworzącego znakomitą atmosferę zarówno w miejscu pracy naukowej, jak i różnych gremiach, w których zasiada. Gdańsk może być zatem dumny z posiadania tak wybitnej postaci naukowej – wielkiego naukowca i wspaniałego człowieka.*

Nagroda im. Jana Heweliusza to najważniejsze na Pomorzu wyróżnienie naukowe, ustanowione w 1987 r. Przyznawana jest przez kapitułę, w skład której wchodzą prezesi Oddziału Polskiej Akademii Nauk w Gdańsku oraz Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, rektorzy państwowych uczelni wyższych w Gdańsku, przedstawiciel prezydenta miasta, dotychczasowi laureaci oraz reprezentanci gdańskich niepublicznych uczelni wyższych.

Prof. Ryszard Tomasz Smoleński od 2016 r. pełni funkcję kierownika Katedry i Zakładu Biochemii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku z 1986 r.

Pracę doktorską pod kierunkiem **prof. Juliana Świerczyńskiego** obronił w 1990 r. Stopień doktora habilitowanego uzyskał w 2000 r., natomiast tytuł profesora w 2016 r.

W latach 1997-2009 kierował Grupą Badawczą Metabolizmu Serca działającą w ramach Heart Science Centre, Imperial College London kierowanego przez prof. **Magdiego H. Yacouba**.

Pracował lub odbywał staże w ośrodkach badawczych w Niemczech, Holandii, Włoszech i Stanach Zjednoczonych.

Główne obszary zainteresowań badawczych Profesora to metabolizm nukleotydów i przemiany energetyczne w sercu, a także badania patologicznych zmian tych procesów oraz rozwój nowych terapii. Spektrum prowadzonych prac badawczych obejmuje rozwój nowych metod analitycznych w oparciu o LC/MS, badania z zastosowaniem genetycznych modeli chorób człowieka, kliniczne badania mechanizmów chorób oraz identyfikacji nowych biomarkerów. ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed

Tetiana Bezpalko nagrodzona w konkursie INTERSTUDENT 2023

Pochodząca z Ukrainy **Tetiana Bezpalko**, studentka III roku kierunku pielęgniarstwo ED została laureatką nagrody specjalnej w tegorocznej edycji konkursu INTERSTUDENT. Wyróżnienie otrzymała za wielką odwagę, która zaprowadziła ją na front wojny w Ukrainie, gdzie udzielała pomocy rannym żołnierzom i cywilom. Nagrody dla najlepszych studentów zagranicznych uczących się w Polsce wręczono 9 lutego podczas uroczystej gali towarzyszącej konferencji *Studenci zagraniczni w Polsce 2023*. Gratulacje w imieniu władz Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przekazała **dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni**, prorektor ds. jakości kształcenia.

– *Jestem zaskoczona i bardzo zadowolona, choć jednocześnie trochę zawstydzona tą nagrodą. Wiem, że jest tak wielu ludzi, którzy na co dzień robią o wiele więcej. Postaram się wypełnić zobowiązanie, jakie nakłada na mnie to honorowe wyróżnienie* – mówiła **Tetiana Bezpalko**. – *Nagrodę chciałbym zadedykować Chrisowi oraz Andy'emu, którzy po udzieleniu pomocy setkom nieznajomych, niedawno nie wrócili z kolejnej misji humanitarnej.*

Kapituła konkursowa doceniła ogromne zaangażowanie Tetiany Bezpalko i jej liczne działania o charakterze edukacyjnym, społecznym i charytatywnym. Studentka w latach 2020-2022 była starostą swojego roku. Brała udział w wielu konferencjach naukowych, m.in. w *Conference Nursing in Ukraine*, która odbyła się w dniach 17-18 listopada 2022 r. Jest koordynatorką Czerwonego Krzyża Polska – Ukraina, nadzorowała dostarczanie medykamentów na teren Ukrainy i pomagała przy wykonywaniu materiałów kamuflażowych dla ukraińskich żołnierzy. Niedawno złożyła wniosek o indywidualną organizację toku studiów, by móc nieść pomoc swoim rodakom, a jednocześnie ukończyć ostatni semestr nauki.

→

O KONKURSIE iNTERSTUDENT

Misją konkursu INTERSTUDENT jest wyłonienie, nagrodzenie oraz promocja najlepszych studentów zagranicznych studiujących w Polsce na studiach licencjackich, magisterskich i doktoranckich. Konkurs organizowany jest przez Fundację Edukacyjną *Perspektywy* pod honorowym patronatem Przewodniczącego Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich oraz przy współpracy Krajowej Reprezentacji Doktorantów i Parlamentu Studentów RP.

Prof. Agnieszka Zimmermann i Tetiana Bezpalko ze statuetką
fot. Ewa Kiszka/GUMed

Tetiana Bezpalko po odebraniu nagrody | fot. Ewa Kiszka/GUMed

– *Od początku studiów nauczyciele obserwowali duże zaangażowanie Tetiany w zdobywanie wiedzy i chęć pomocy chorym. Po ukończeniu studiów chciała wprowadzać nowoczesne pielęgniarstwo w swojej ojczyźnie* – podkreślił **dr Przemysław Domagała** z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego, opiekun III roku kierunku pielęgniarstwo ED oraz autor wyróżnionej nominacji. – *Od czasu wybuchu wojny na Ukrainie jest bardzo zaangażowana w niesienie pomocy. Jej nadzwyczajna odwaga przede wszystkim zaprowadziła ją bezpośrednio na pole walki, by nieść pomoc rannym żołnierzom i ludności cywilnej.*

Warto podkreślić, że w tym prestiżowym konkursie wyróżniono dotychczas czworo studentów GUMed. W 2015 r. laureatką została **Gabrielle Karpinsky**, w 2019 r. **Charles Woode**, a w 2021 r. **Marlon Souza Luis**. ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Kierownik Sekcji ds. Komunikacji

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

W szpitalu w Ukrainie
fot. archiwum prywatne

W rejonie walk
fot. archiwum prywatne

Studentka GUMed z najlepszym opisem przypadku klinicznego

Łucja Komisarczyk

Studentka V roku kierunku lekarskiego **Łucja Komisarczyk** zajęła pierwsze miejsce w sesji konkursowej opisów przypadków klinicznych podczas XII Studenckiej Ogólnopolskiej Konferencji Okulistycznej, zorganizowanej 17 grudnia przez Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach. Praca nosiła tytuł *Wpływ danych klinicznych na interpretację obrazów rezonansu magnetycznego oczodołów w przebiegu nacieków patologicznych – przypadek pacjenta z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń*. Opiekunem naukowym projektu był **dr Tomasz Nowicki** z II Zakładu Radiologii.

Nagrodzona prezentacja opisuje przypadek pacjenta, u którego stwierdzono rzadką chorobę autoimmunologiczną oka – ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń. Studentka omówiła, jak ważną rolę w procesie diagnostycznym pełnią dane kliniczne pozyskane od chorego. Dokładny wywiad z pacjentem pozwolił wyeliminować inne, podobne choroby oka, których nie dało się wykluczyć, opierając się jedynie na badaniu rezonansem magnetycznym.

Naszą Uczelnię reprezentowała również **Katarzyna Dudzińska**, studentka IV roku kierunku lekarskiego, członkini SKN przy Katedrze i Klinice Okulistyki, która zaprezentowała pracę pt. *Czy makulopatia w przebiegu dołka rozwojowego tarczy nerwu wzrokowego to patologia uleczalna?*. Opiekunem naukowym pracy był **dr Andrzej Gębka** z Katedry i Kliniki Okulistyki.

Praca poświęcona była rzadkiej wadzie wrodzonej oka zwanej dołkiem rozwojowym tarczy nerwu wzrokowego, która może prowadzić do odwarstwienia siatkówki.

Zapis wideo z przebiegu konferencji można obejrzeć pod linkiem XII Studencka Ogólnopolska Konferencja Okulistyczna w serwisie YouTube. ■

AGNIESZKA ELLWART
Biuro ds. Nauki

fot. Paweł Sudara/GUMed

Prof. Andrzej Szutowicz w Radzie Kuratorów Wydziału Nauk Medycznych PAN

Prof. Andrzej Szutowicz, emerytowany profesor naszej Uczelni, został powołany na trzecią kadencję do Rady Kuratorów Wydziału V – Nauk Medycznych Polskiej Akademii Nauk.

Rada Kuratorów jest kolegialnym ciałem funkcjonującym przy każdym z pięciu wydziałów PAN. Do jej zadań należy m.in.: przeprowadzanie okresowej oceny instytutów naukowych PAN, występowanie do Prezesa Akademii z wnioskami dotyczącymi zmiany struktury instytutów naukowych, przeprowadzanie konkursów na stanowiska dyrektorów instytutów oraz dokonywanie oceny komitetów naukowych.

Kadencja Rady Kuratorów Wydziału V PAN będzie trwać do 2026 r. ■

Prof. Andrzej Szutowicz
fot. Paweł Sudara/GUMed

Laureaci Konkursu *Liderki/liderzy pielęgniarstwa onkologicznego 2022*

PROGRAM EDUKACJI ONKOLOGICZNEJ

AKADEMIA PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej

DR RENATA PIOTRKOWSKA
p.o. kierownika Zakładu
Pielęgniarstwa Chirurgicznego

Dr Renata Piotrkowska, **dr Piotr Jarzynkowski** i **dr Janina Książek** z Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego zdobyli główną nagrodę w pierwszej edycji Ogólnopolskiego Konkursu *Liderki/liderzy pielęgniarstwa onkologicznego*. Komisja ds. Programu Edukacji Onkologicznej uhonorowała naszych naukowców za publikację z zakresu pielęgniarstwa onkologicznego pt. *Analiza poziomu satysfakcji z pracy wśród pielęgniarek onkologicznych – badanie wstępne* opublikowaną w międzynarodowym kwartalniku „Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej".

Satysfakcja z pracy w grupie zawodowej pielęgniarek to bardzo aktualny temat. Jej poziom może mieć bowiem poważne konsekwencje dla systemu ochrony zdrowia. Wyniki badań potwierdziły, że pielęgniarki opiekujące się pacjentami onkologicznymi są zadowolone z faktu, że robią coś dobrego dla innych, oraz że satysfakcję sprawia im świadomość tego, jak istotna jest ich praca. Czynnikami, które w najmniejszy sposób wpływają na wysoki poziom satysfakcji, okazały się w badaniu: możliwość awansu, sposób oceny pracy i system jej wynagradzania.

Pierwsza edycja konkursu była adresowana do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów medycznych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej. Formuła konkursu była ukierunkowana na promowanie specjalności pielęgniarstwa onkologicznego, poprawę jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwo pacjenta.

Program Edukacji Onkologicznej został stworzony we współpracy z Polskim Towarzystwem Onkologii Klinicznej, w ramach którego działa Akademia Pielęgniarstwa Onkologicznego oraz Fundacja *Tam i z powrotem*, w celu upowszechniania i propagowania wiedzy o chorobie nowotworowej. ■

Sukces studentek GUMed na ogólnopolskiej konferencji

MEDYCZNE TARGI WIEDZY

Studentki kierunku lekarskiego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego z sukcesem wzięły udział w III edycji Konferencji Ogólnopolskiej Studentów Uczelni Medycznych *Medyczne Targi Wiedzy*, która odbyła się w dniach 13-14 stycznia w Krakowie.

Praca oryginalna **Katarzyny Połomskiej** (III rok) pt. *Terapia podciśnieniowa ran w zapobieganiu infekcji miejsca operowanego po doraźnej laparotomii* zwyciężyła w sesji *Lekarski zabiegowy*. Opiekunem naukowym nagrodzonej publikacji był **dr Piotr Spychalski** z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej.

W sesji *Case Report I* pierwsze miejsce zajęła **Agata Jarosz** (V rok), wiceprzewodnicząca SKN przy Klinice Alergologii. Praca pt. *Trudności diagnostyczne mastocytozy: postać indolentna, agresywna, różnicowanie z nowotworami neuroendokrynnymi – opis przypadku*, która zwracała szczególną uwagę na problemy obecne podczas diagnostyki mastocytozy oraz klasyfikacji jej typu, została przygotowana pod opieką specjalistów z Kliniki Alergologii: kierownika jednostki **prof. Marka Niedoszytko** oraz **dr. Jana Romantowskiego**.

– *Objawy mastocytozy układowej mogą przypominać zespół rakowiaka. Typ indolentny mastocytozy układowej dobrze rokuje, jednakże należy pamiętać, że w nielicznych przypadkach może ulec progresji do postaci bardziej zaawansowanej* – wyjaśnia **Agata Jarosz**. – *Abyśmy mogli rozpoznać agresywną postać choroby, musi wystąpić minimum jeden z tzw. objawów C – neutropenia, niedokrwistość, małopłytkowość, splenomegalia i hipersplenizm, hepatomegalia z upośledzeniem jej funkcji i wodobrzuszem, zmiany osteolityczne, złamania patologiczne bądź upośledzenie wchłaniania z utratą masy ciała.*

Druga z przedstawionych przez Laureatkę prezentacji nosiła tytuł *Reakcja anafilaktyczna po jodowym środku kontrastowym i leku znieczulającym miejscowo. Postępowanie diagnostyczne – opis przypadku.* Opiekunami pracy byli **dr Iwona Damps-Konstańska** oraz dr Jan Romantowski z Kliniki Alergologii.

Dzień po ogłoszeniu wyników odbyła się uroczystość wręczenia nagród połączona z ponownym wygłoszeniem zwycięskich prac w zabytkowym budynku Collegium Novum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Dodatkowo studentki kierunku lekarskiego **Anna Bocheńska** (IV rok) oraz **Maria Renke** (V rok), jako reprezentantki IFMSA-Poland Oddział Gdańsk oraz STN GUMed, wzięły udział w forum dyskusyjnym studenckich organizacji medycznych. Celem konferencji było przybliżenie studentom działalności naukowej w wymiarze teoretycznym i praktycznym oraz zobrazowanie wagi interdyscyplinarnego wymiaru nauki w zawodach medycznych.

Już w marcu i kwietniu uczestnicy konferencji będą mogli wziąć udział w cyklu webinariów w formie dyskusji i spotkań z praktykami ochrony zdrowia. Dodatkowo dla studentów przygotowano również 12 warsztatów z pisania pracy naukowej, w takich formach jak *case report*, praca przeglądowa czy metaanaliza. ■

fot. archiwum prywatne

Od lewej: Agata Jarosz, Anna Bocheńska, Maria Renke, Katarzyna Połomska

FarU z dofinansowaniem MEiN na dalsze działania konsolidacyjne

Zadanie pt. *Przygotowanie Uczelni Fahrenheita do utworzenia federacji* o akronimie *FarU2* będzie w całości finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa. Stanowi ono rozwinięcie działań podjętych w ramach pierwszego, już zrealizowanego przez Uczelnie Fahrenheita zadania w projekcie grantowym *Wspieranie procesów konsolidacji uczelni*.

Prace projektowe będą realizowane do 30 czerwca 2023 r. przez powołane w tym celu grupy ekspertów:

1. Zespół ds. działalności naukowej i ewaluacji dyscyplin naukowych, którego zadaniem merytorycznym jest przygotowanie Uczelni Fahrenheita do utworzenia federacji w zakresie działalności naukowej, w tym do ewaluacji dyscyplin naukowych;
2. Zespół ds. współpracy z otoczeniem gospodarczym i wdrożenia usługi „jedno okno kontaktowe FarU", który ma się skupić na synergii działań w ramach współpracy Uczelni Fahrenheita z przedstawicielami biznesu oraz implementacji usługi „jedno okno kontaktowe FarU". Będzie to pierwszy wspólny punkt kontaktu dla przedsiębiorców zainteresowanych partnerstwem z uczelniami w zakresie: współpracy naukowej, wspólnego aplikowania o finansowanie zewnętrzne, korzystania z usług i infrastruktury badawczej, pozyskiwania ekspertyz, dostępu do technologii i wiedzy uczelni FarU. W ramach zadania przewiduje się zatrudnienie brokera innowacji;
3. Zespół ds. bibliotecznych, którego przedmiotem prac jest:

- implementacja systemu bibliotecznego nowej generacji w FarU,
- wdrożenie jednolitego systemu raportowania danych w FarU,
- integracja usług udostępniania i zarządzania zbiorami bibliotecznymi poprzez implementację lub rozszerzenie rozwiązań RFID w bibliotekach FarU,
- budowanie kompetencji w zakresie profesjonalnej obsługi czytelnika w bibliotekach FarU – szkolenia zewnętrzne,
- wdrożenie kompleksowego programu rozwijania kompetencji bibliotekarzy wspierających pracowników naukowych w zakresie zarządzania danymi badawczymi w FarU,
- aktualizacja systemów operacyjnych na stacjach roboczych obsługujących systemy i usługi biblioteczne w FarU,
- wdrożenie usługi publikowania otwartego w czasopismach wydawnictwa zagranicznego.

Dla każdego zadania określono produkty i rezultaty, a także kamienie milowe. Opiekę legislacyjną nad pracami projektowymi będzie sprawował zespół mecenasów prowadzony przez **dr. hab. Mariusza Bogusza, prof. UG**. Budżet projektu to **3 478 108,12 zł**. Dofinansowanie będzie realizowane na mocy umowy grantowej nr MEiN/2022/DIR/3438, podpisanej przez Politechnikę Gdańską, lidera projektu realizowanego wspólnie z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym oraz Uniwersytetem Gdańskim.

Pierwsze kroki na drodze do konsolidacji

Wiele działań na rzecz integracji uczelni FarU zostało już podjętych i zrealizowanych w pierwszej części projektu grantowego *Wspieranie procesów konsolidacji uczelni*, który również być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.

Wśród nich należy wymienić m.in.:

1. wypracowanie szeregu raportów analitycznych w zakresie możliwości konsolidacji w danym zakresie działalności uczelni;
2. organizację warsztatów pod tytułem *Wspieranie procesów konsolidacji uczelni*, podczas których zaprezentowano m.in. wyniki udanych fuzji brytyjskich uczelni;
3. powołanie Związku Uczelni w Gdańsku im. Daniela Fahrenheita;
4. zlecenie dwóch niezależnych raportów:

- *Gdansk as a Knowledge Hub* przygotowanego przez ELSEVIER B.V. – raport dotyczył kompleksowej symulacji wpływu

działalności naukowej konsolidowanych uczelni i został opracowany na podstawie zebranych danych analitycznych;
- symulacja perspektywicznego pozycjonowania Fahrenheit Universities w najistotniejszym rankingu światowym, tj. szanghajskim Academic Ranking of World Universities (ARWU);

5. uruchomienie wspólnego systemu zarządzania infrastrukturą badawczą uczelni członkowskich: faru.edu.pl/pl/wyszukiwarka-aparatury (24 stycznia 2022 r.);
6. organizacja pierwszej konferencji FarU pt. *Dzień Jakości FarU* (9 czerwca 2022 r.);
7. opracowanie przez 9 zespołów propozycji wdrożenia zunifikowanych rozwiązań (na podstawie rekomendacji z prac analitycznych), z których część została już wdrożona. ■

KAROLINA SIENKIEWICZ
Koordynator ds. promocji FarU

Uczelnie Fahrenheita

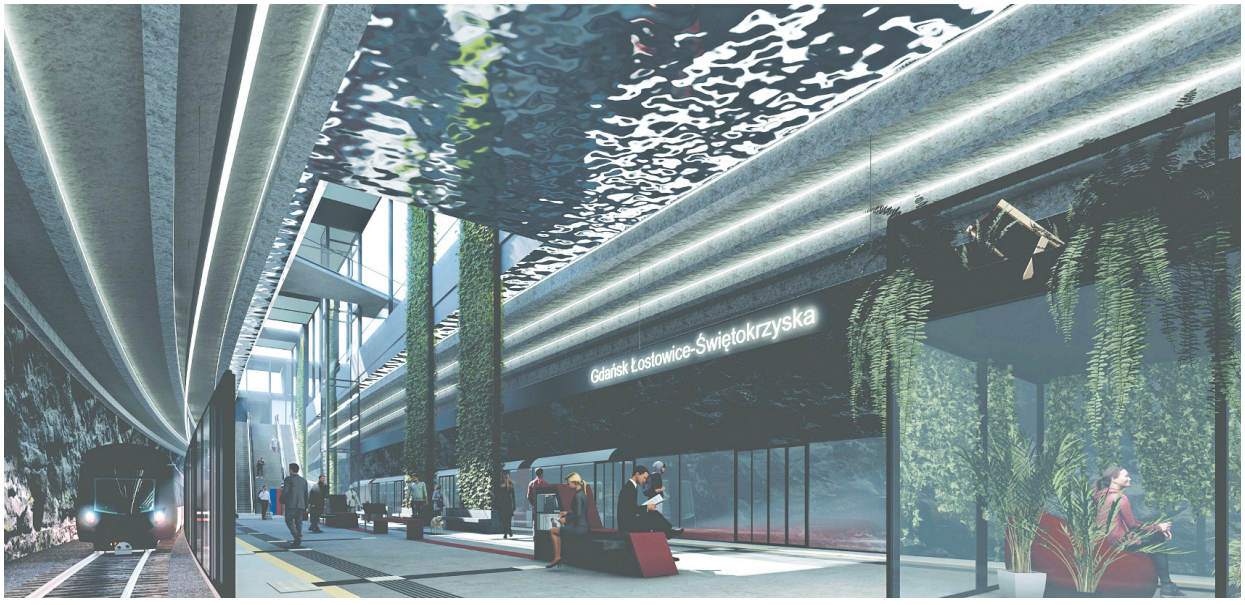
Studenckie projekty przystanków PKM Południe

Przesiądź się na kulturę, *Zielony dywan* i *Żółta wstążka* to zwycięskie projekty drugiego etapu konkursu *Kolej na Południe*, organizowanego wspólnie przez Pomorską Kolej Metropolitalną (PKM) oraz Uczelnie Fahrenheita. W ramach konkursu studenci z GUMed, PG i UG opracowali koncepcje funkcjonowania przyszłych przystanków linii PKM Południe. Wydarzenie odbyło się 8 lutego w budynku Atheneum Gedanense Novum.

Zadaniem uczestników było uszczegółowienie rozwiązań zaprezentowanych w ośmiu projektach wybranych w pierwszym etapie. Prace musiały uwzględniać nie tylko aspekty funkcjonalno-przestrzenne, ale też społeczne, środowiskowe czy gospodarcze, w tym rozwiązania technologiczne nieodnoszące się do samego transportu. Warunkiem był też interdyscyplinarny skład, czyli uczestnictwo w każdym zespole przynajmniej jednego studenta z każdej uczelni FarU.

– *Uczelnie wyższe kojarzą się z dydaktyką, nauką, ale w Polsce coraz bardziej kojarzą się też z trzecią misją, a więc wpływem na rozwój społeczno-ekonomiczny regionów. Cieszymy się, że*

➜



Wizualizacja zwycięskiego projektu | źródło – faru.edu.pl/pl/wystawa-final-prac

możemy brać udział w przedsięwzięciach takich jak PKM Południe i tę misję realizować – mówił **prof. Michał Markuszewski**, prorektor ds. nauki.

Konkurs *Kolej na Południe* miał też na celu wzmacnianie atrakcyjności kolei pasażerskiej dla użytkowników. Dla zwycięskich zespołów PKM SA ufundowała nagrody finansowe o łącznej wartości 20 tys. zł.

– *Efekty drugiego etapu konkursu* Kolej na Południe *pozytywnie nas zaskoczyły. Rozbudowane koncepcje, innowacyjne rozwiązania, świeże spojrzenie młodych ludzi – to wszystko sprawiło, że komisja konkursowa nie miała łatwego zadania. Zróżnicowane wizje, z których każda kładzie nacisk na zupełnie inne kwestie, a które jednocześnie łączą liczne proekologiczne i propasażerskie rozwiązania, są tym, czego nie tylko na Pomorzu, ale i w całej Polsce nam potrzeba. Nie można mówić o nowoczesnej komunikacji zbiorowej w przyszłości, jeżeli nie uwzględnimy już teraz odważnych wizji i nowoczesnych rozwiązań w takim projekcie jak PKM Południe* – zaznaczył **Grzegorz Mocarski**, prezes PKM SA.

Poparcia dla wspólnie podejmowanych działań udzielił **Piotr Grzelak**, zastępca Prezydent Gdańska ds. zrównoważonego rozwoju i inwestycji. – *Utworzenie Związku Uczelni Fahrenheita należy do strategicznych przedsięwzięć regionu, zaś w zakresie infrastruktury takim przedsięwzięciem jest Pomorska Kolej Metropolitalna. Widzimy w niej ogromny potencjał i wartość rozwojową dla Gdańska i Obszaru Metropolitalnego* – mówił wiceprezydent Grzelak.

Przystanki przyjazne dla mieszkańców oraz środowiska

Jak ma wyglądać transport kolejowy w przyszłości? Według autorów najlepszego projektu, zatytułowanego *Przesiądź się na kulturę*, środki transportu powinny być zintegrowane, wykorzystywać narzędzia z sektora Big Data, co uczyni je bardziej dostępnymi i atrakcyjnymi, a zarazem powinny angażować użytkowników i przyczyniać się do dbania o środowisko. Zwycięski zespół ma na to gotowe propozycje rozwiązań, np. utworzenie ścieżki piezoelektrycznej, która w trakcie poruszania się po niej może wytwarzać energię i zwracać ją z powrotem do systemu obiegu energii stacji. Do generowania ruchu na ścieżce miałaby posłużyć aplikacja, która nie tylko będzie umożliwiać zakup biletów czy sprawdzanie rozkładu jazdy, ale też zachęcać użytkowników do zliczania kroków, zbierania punktów lojalnościowych, a następnie ich wymiany na taryfy zniżkowe.

– *Chcieliśmy zwrócić uwagę na piramidę odwróconej mobilności, aby jako priorytet potraktować projektowanie przestrzeni pod kątem potrzeb osób poruszających się pieszo* – mówi **Małgorzata Maina**, studentka Politechniki Gdańskiej, współautorka projektu *Przesiądź się na kulturę*. – *Jednocześnie traktujemy nasz projekt jako szersze spojrzenie na węzły przesiadkowe. Nasza wizja spełnia podstawowe potrzeby użytkowników, ale też wykracza poza nie, integruje, aktywizuje i po prostu oferuje możliwość przyjemnego spędzenia czasu.*

Koncepcja zakłada, że przystanek może być samowystarczalny energetycznie, a dodatkowo stanowić centrum kultury z własną czytelnią, kinem, książkomatem czy przestrzenią zarezerwowaną dla lokalnych artystów. Zwycięski zespół projektowy tworzą: **Agata Karczewska** (GUMed), **Daria Szczygielska** (GUMed), **Patrycja Stawska** (PG), **Małgorzata Maina** (PG), **Patryk Pliszczyński** (UG) i **Jakub Durawa** (UG).

Na drugim miejscu uplasował się projekt *Zielony dywan*, który również kładzie nacisk na pozyskiwanie energii z otoczenia. Jedną z propozycji jest wykorzystanie urządzenia z turbiną, za pomocą której możliwe jest pozyskiwanie energii elektrycznej z silnych podmuchów wiatru, które są regularnie wytwarzane przez pędzące pociągi. Wśród innych rozwiązań środowiskowych znalazły się m.in. współdzielone szklarnie, ule zbudowane z materiałów z recyklingu oraz cegły z alg jako alternatywa dla betonu, którego wytwarzanie jest procesem wysokoemisyjnym. Autorzy zwrócili też uwagę na konieczność redukcji hałasu wywoływanego przez ruch kolejowy. W skład zespołu, który zajął drugie miejsce, weszli: **Sandra Julke** (GUMed), **Aleksandra Wojciechowska** (GUMed), **Dominika Wodeńko** (PG), **Sylwester Wilczak** (PG) i **Martyna Sydorów** (UG).

Zwycięskie zespoły i uczestnicy wydarzenia | fot. Paweł Sudara/GUMed

Kolejnym nagrodzonym projektem była *Żółta wstążka*. Koncepcja zakłada budowę obiektu na podstawie kilku kładek, co ma się przełożyć na możliwość likwidacji barier utrudniających przemieszczanie się osobom starszym, z niepełnosprawnościami i z wózkami dziecięcymi. Komfort osobom niedowidzącym lub niewidomym miałyby zapewnić ścieżki dotykowe, pasy ostrzegawcze oraz mapy tyflograficzne. Z kolei biologiczne oczyszczanie wody odpadowej za pomocą roślin, zbiorniki retencyjne czy instalacja ściany kinetycznej jako podłoża generującego prąd to przykłady rozwiązań, których wdrożenie przyczyni się do ochrony środowiska. W skład zespołu, który uplasował się na trzecim miejscu, weszli: **Wiktoria Kucharek** (GUMed), **Liudmila Matsisovich** (PG), **Marta Kloch** (PG), **Lion Iwaniuszyn** (UG) i **Julia Balewicz** (PG).

W wydarzeniu wzięli udział także: **dr Barbara Wikieł, prof. PG**, prorektor ds. studenckich PG; **prof. Lucyna Nyka**, dziekan Wydziału Architektury PG, członkowie komisji konkursowej, koordynatorzy uczelniani zaangażowani w prace konkursowe na każdej z trzech uczelni FarU, przedstawiciele Biura Rozwoju Gdańska, Pomorskiej Kolei Metropolitalnej oraz liczni reprezentanci środowiska akademickiego. Wszyscy uczestnicy konkursu zostali podczas wydarzenia zaproszeni do krótkiego zaprezentowania efektów swojej pracy.

Nagrodzone projekty można oglądać na wirtualnej wystawie pod adresem faru.edu.pl/pl/wystawa-final-prac. ■

KAROLINA SIENKIEWICZ
Koordynator ds. promocji FarU

Z GŁĘBOKIM ŻALEM INFORMUJEMY, ŻE

16 STYCZNIA 2023 R. ZMARŁ

DR N. MED. CZESŁAW KWIATKOWSKI

Asystent i adiunkt w I Katedrze i Klinice Chirurgii AMG w latach 1965-1974, od 1974 r. pracownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Serca i Naczyń, a następnie Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej. Wieloletni konsultant wojewódzki w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Zatrudniony w Uczelni do 2002 r.

Absolwent AMG z 1962 r. W 1973 r. obronił pracę doktorską pt. *Znaczenie tętnicy głębokiej uda w chirurgicznym leczeniu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych*, której promotorem był prof. Jerzy Dybicki.

Autor i współautor 63 publikacji naukowych. Członek licznych towarzystw naukowych. Nauczyciel wielu pokoleń chirurgów.

Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1987 r.) oraz Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (2002 r.).

6 LUTEGO 2023 R. ZMARŁ

PROF. DR HAB. INŻ. HENRYK FOKS

Kierownik Katedry i Zakładu Chemii Organicznej, zatrudniony w Uczelni w latach 1960-2007.

Działalność naukowo-dydaktyczną nauczyciela akademickiego rozpoczął w 1960 r. pod kierunkiem prof. Józefa Sawlewicza w Katedrze Chemii Organicznej AMG, gdzie pracował kolejno na stanowiskach asystenta technicznego (1960 r.), asystenta (1962 r.), starszego asystenta (1964 r.), adiunkta (1970 r.), docenta (1979 r.) i profesora nadzwyczajnego (1988 r.). Po przejściu na emeryturę prof. Józefa Sawlewicza w 1979 r. objął stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Chemii Organicznej. Jako pracownik Uczelni uzyskał w 1970 r. stopień naukowy doktora nauk chemicznych na podstawie rozprawy pt. *O reakcji Mannicha z karbotioamidami pirydyny i pirazyny*, a w 1978 r. – stopień naukowy doktora habilitowanego nauk farmaceutycznych na podstawie rozprawy pt. *Synteza związków pochodnych pirazyny o spodziewanym działaniu tuberkulostatycznym*. W 1988 r. został mianowany na stanowisko profesora nadzwyczajnego, a w 1995 r. uzyskał tytuł profesora zwyczajnego.

Był współtwórcą wielu monografii i patentów. Opublikował ponad 150 prac naukowych w czasopismach krajowych i zagranicznych. Jego zainteresowania naukowe obejmowały chemię azotowych związków heterocyklicznych – pirydyny, pirazyny, pirymidyny, oksadiazolu, tiadiazolu i innych, a także projektowanie i syntezę nowych związków o potencjalnym działaniu przeciwbakteryjnym, głównie tuberkulostatycznym.

Członek Senatu AMG w latach 1993-2007. Członek wielu senackich komisji, m.in. Komisji ds. Nauki (1984 r.), Komisji ds. Studenckich (1983-1986), Komisji Dydaktyki i Wychowania (1987-1990), przewodniczący Senackiej Komisji Budżetu i Finansów w latach 1993-1998. Aktywny członek Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Polskiego Towarzystwa Chemicznego (PTCh), wiceprzewodniczący PTCh (1982--1984), przewodniczący Sekcji Chemii Leków PTCh (1984--1986). Współpracował ściśle z wieloma krajowymi ośrodkami

→

naukowymi, m.in. Instytutem Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie oraz Instytutem Chemii Ogólnej i Ekologicznej Politechniki Łódzkiej.

Wielokrotnie wyróżniany nagrodami Rektora AMG i Ministra Zdrowia za osiągnięcia indywidualne i zespołowe. Wypromował 4 doktorów i kilkudziesięciu magistrów farmacji. Dwoje pracowników jego zespołu uzyskało stopień naukowy doktora habilitowanego. Wieloletni opiekun SKN przy Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej. Pod Jego opieką SKN otrzymało liczne nagrody i wyróżnienia, w tym Nagrodę Czerwonej Róży. W latach 1977 i 1978 PTCh uznało Koło za najlepiej pracujące w środowisku gdańskim. Organizator 21 obozów wypoczynkowych dla członków SKN i nauczycieli akademickich.

Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1982 r.), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1989 r.), Medalem „Zasłużonemu AMG" (1991 r.), Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1999 r.), a także Krzyżem Oficerskim Orderu Odrodzenia Polski (2003 r.).

---

6 LUTEGO 2023 R. ZMARŁ

DR N. FARM. RYSZARD SUJECKI

Wieloletni starszy wykładowca w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej, zatrudniony w Uczelni w latach 1965-2005.

Zasłużony nauczyciel akademicki oraz wychowawca wielu pokoleń farmaceutów.

Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1987 r.).

---

11 LUTEGO 2023 R. ZMARŁA

DR N. MED. ZOFIA ZYGMUNTOWICZ

Starszy wykładowca w Klinice Otolaryngologii, zatrudniona w Uczelni w latach 1951-1983. Żołnierz Armii Krajowej, sanitariuszka w operacji „Ostra Brama" w 1944 r.

Absolwentka AMG z 1951 r. W 1964 r. obroniła pracę doktorską pt. *Wpływ środowiska fabryki kwasu siarkowego na błonę śluzową górnych dróg oddechowych ludzi i zwierząt doświadczalnych*.

Autorka i współautorka 20 publikacji naukowych. Wychowawca i nauczyciel wielu pokoleń otolaryngologów, prekursorka rozwoju otolaryngologii dziecięcej na Pomorzu.

Członek Polskiego Towarzystwa Otolaryngologicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej.

Odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi (1975 r.), Medalem 30-lecia AMG (1975 r.), odznaką honorową „Za zasługi dla Miasta Gdańska" (1979 r.) oraz odznaką honorową „Za wzorową pracę w służbie zdrowia" (1980 r.).

---

13 LUTEGO 2023 R. ZMARŁ

PROF. DR HAB. WIKTOR RZECZYCKI

Wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Chemii Ogólnej AMG, zatrudniony w Uczelni w latach 1982-1999.

W 1952 r. rozpoczął pracę w Zakładzie Biochemii AMG jako zastępca asystenta. Stopień naukowy doktora uzyskał w 1959 r. na podstawie pracy pt. *Kwas neuraminowy białek surowicy krwi, sposoby jego oznaczania*, a stopień naukowy doktora habilitowanego w 1964 r. na podstawie rozprawy pt. *Białka zasadowe mitochondriów nerki wieprza*. W 1969 r. został zatrudniony w Akademii Medycznej w Białymstoku, w której pracował do 1980 r. na stanowisku kierownika Zakładu Biochemii.

W latach 1980-1982 zatrudniony w Instytucie Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni na stanowisku kierownika Zakładu Biochemii i Toksykologii. W 1981 r. uzyskał tytuł naukowy profesora nadzwyczajnego. Następnie, do 1999 r., pełnił funkcję kierownika Katedry Chemii Ogólnej.

Zasłużony nauczyciel akademicki oraz promotor wielu doktorantów i habilitantów. Wychowawca przyszłych profesorów.

Brał czynny udział w licznych zjazdach naukowych, zarówno krajowych, jak i zagranicznych, na których wygłosił kilkadziesiąt komunikatów. Za swoje prace był kilkunastokrotnie nagradzany indywidualnymi oraz zespołowymi nagrodami Ministerstwa. Jego zainteresowania naukowe obejmowały charakterystykę kwasów sialowych w surowicy krwi ludzi i myszy z nowotworem ascites Ehrlicha, charakterystykę białek zasadowych w mitochondriach i wpływu różnego rodzaju białek zasadowych w chorobie nowotworowej, a także metabolizm kolageny w tkankach nowotworowych. Zajmował się również wpływem ksenobiotyków na utlenianie mitochondrialne.

Sekretarz II Wydziału Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, przez dwie kadencje przewodniczący Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Biochemicznego (PTBioch), przewodniczący Białostockiego Oddziału PTBioch oraz członek Zarządu Głównego PTBioch, członek Komitetu Biochemii i Biofizyki Wydziału Nauk Biologicznych PAN.

Odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1974 r.), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1983 r.), Medalem „Zasłużonemu AMG" (1996 r.) ■

Nowa wersja ankiety dydaktycznej

DR HAB. AGNIESZKA ZIMMERMANN, PROF. UCZELNI
Prorektor ds. jakości kształcenia

W 2022 r. rozpoczęto prace zmierzające do modyfikacji pytań zawartych w ankiecie dydaktycznej. Ich nową wersję ustalono po konsultacjach z kadrą naukową GUMed, doktorantami i studentami. Zapraszam do zapoznania się ze zmianami, które od tego roku wprowadzono w ankiecie.

Dotychczasowa treść ankiety dydaktycznej obowiązywała od 2009 do 2022 r. z pewnymi modyfikacjami, które wprowadzono w 2021 r., kiedy dodano pytanie nr 11. Dotychczasowe pytania dotyczące pracy nauczyciela brzmiały następująco:

1. Czy zajęcia zaczynały się punktualnie?
2. Czy Twoim zdaniem prowadzący w pełni wykorzystywał czas zajęć?
3. Czy Twoim zdaniem prowadzący był przygotowany do zajęć?
4. Czy zajęcia prowadzone były w sposób komunikatywny?
5. Czy poza pamięciowym przyswajaniem materiału na zajęciach kładziono nacisk na zrozumienie omawianych zjawisk?
6. Czy forma prezentowania informacji na zajęciach była atrakcyjna?
7. Czy podczas zajęć stworzono Ci warunki do opanowania umiejętności praktycznych wchodzących w zakres przedmiotu?
8. Czy zajęcia pobudzały do własnej pracy i samodzielnego myślenia?
9. Czy, jeśli zadałeś pytanie, to otrzymałeś od osoby prowadzącej zajęcia satysfakcjonującą odpowiedź?
10. Czy prowadzący zajęcia był dla studentów życzliwy oraz pomocny?
11. Czy prowadzący zajęcia traktował studentów równo, tj. bez faworyzowania lub dyskryminowania i z szacunkiem?

Pytanie dotyczące przedmiotu brzmiało:

1. Czy organizacja zajęć w ramach przedmiotu, w tym sposób zaliczenia, była sprawna i zgodna z opisem w sylabusie?

Uzyskane przez lata doświadczenie, zmieniające się realia i chęć doskonalenia narzędzia ewaluacyjnego, jakim jest ankieta, zaowocowały stworzeniem nowego katalogu pytań. Wstępne prace nad modyfikacją dotychczasowej ankiety podjęto w 2022 r. w zespole, do którego zaproszono pracowników Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej (**dr Agata Janaszczyk** i **dr Katarzyna Leoniuk**) oraz Katedry Psychologii (**dr Agata Zdun-Ryżewska** i **prof. Magdalena Błażek**) z inicjatywy **dr hab. Agnieszki Zimmermann, prof. uczelni** (ówcześnie pełnomocnika Rektora ds. jakości kształcenia), która koordynowała prace.

Po etapie wstępnym, polegającym na określeniu zakresu niezbędnych zmian i stworzeniu katalogu pytań, przeprowadzono badanie pilotażowe, które miało wyłonić nowy zestaw pytań. W tym celu w terminie od czerwca do lipca 2022 r. grupie losowo wybranych pracowników, studentów i doktorantów udostępniono propozycję nowego zestawu pytań oraz przesłano do wypełnienia formularz oceny i umożliwiono wstawianie komentarzy. Zaproszenie do badania wysłano do 46 osób, z czego 26 (57%) odpowiedziało, dzieląc się własnymi opiniami na jego temat. Żadnych uwag do nowo zaproponowanego zestawu pytań nie zgłosiło 5 zaproszonych osób (11%). Kolejnym etapem była analiza przesłanych uwag i ostateczna redakcja zestawu pytań. Następnie, podczas spotkania Senackiej Komisji Programów Studiów i Jakości Kształcenia, które miało miejsce 17 października 2022 r., odbyła się dyskusja, po której wprowadzono zgłoszone uwagi i zaakceptowano nowy zestaw pytań. Obowiązują one od roku akademickiego 2022/2023.

Nowa wersja ankiety nie przewiduje możliwości udzielenia odpowiedzi „nie dotyczy", ponieważ analiza wyników wykazała, że nie niesie ona ze sobą informacji, które można by efektywnie wykorzystać. Wśród przesłanych w ubiegłym roku akademickim 29 789 ankiet aż 899 było „pustych", tj. z zaznaczoną tylko odpowiedzią „nie dotyczy".

Nowe pytania ankietowe brzmią następująco:

1. Czy osoba prowadząca zajęcia prowadziła je w sposób przystępny?
2. Czy osoba prowadząca zajęcia potrafiła rozbudzić ciekawość omawianym tematem?
3. Czy osoba prowadząca zajęcia wskazywała na możliwość praktycznego zastosowania zdobytej wiedzy i/lub wykorzystania nabytych umiejętności?
4. Czy osoba prowadząca zajęcia stwarzała atmosferę sprzyjającą zadawaniu pytań i dzieleniu się wątpliwościami?

→

5. Czy osoba prowadząca zajęcia udzielała dodatkowych wyjaśnień, jeśli była taka potrzeba?
6. Czy osoba prowadząca zajęcia przestrzegała umówionych terminów?
7. Czy osoba prowadząca zajęcia przestrzegała reguł ustalonych w sylabusie?
8. Czy osoba prowadząca zajęcia traktowała studentów sprawiedliwie, tj. bez faworyzowania i dyskryminacji?
9. Czy osoba prowadząca zajęcia traktowała studentów z szacunkiem?

1. Czy zajęcia były realizowane zgodnie z ustalonym harmonogramem (planem)?
2. Czy zrealizowano wskazane w sylabusie treści programowe?
3. Czy sposób przeprowadzenia zaliczenia przedmiotu odpowiadał zapisom zawartym w sylabusie?

Pytania dotyczące organizacji przedmiotu brzmią następująco: W aktualnej wersji ankiety nie ma pytania dotyczącego punktualności osoby prowadzącej zajęcia. Na potrzebę usunięcia tego pytania zwracano uwagę w badaniu pilotażowym, a także w rozmowach wstępnych prowadzonych w inicjalnym etapie prac nad nową ankietą. Opiniujący ankietę zwrócili uwagę na konieczność modyfikacji pytania z kilku względów, m.in. z uwagi na potrzebę doprecyzowania, co punktualnością jest, a co nie (negatywne opinie w ankiecie pojawiły się np. przy spóźnieniu się prowadzącego o 3 minuty). Ponadto zwracano uwagę, że czym innym jest przychodzenie punktualnie na zajęcia, a czym innym ich punktualne rozpoczynanie. Wskazano także na potrzebę zwrócenia uwagi na aspekt punktualnego kończenia zajęć. Stąd w nowej ankiecie pojawiło się pytanie sformułowane w inny sposób: „Czy osoba prowadząca zajęcia przestrzegała umówionych terminów?".

Dotychczasowe pytanie: „Czy osoba prowadząca zajęcia traktowała studentów równo (sprawiedliwie), tj. bez faworyzowania i dyskryminacji oraz z szacunkiem?", podzielono na dwa różne, ponieważ oddzielnie potraktowano postawę sprawiedliwego traktowania i postawę szacunku.

Usunięto pytania: „Czy Twoim zdaniem prowadzący był przygotowany do zajęć?" oraz „Czy forma prezentowania informacji na zajęciach była atrakcyjna?".

Nowy zestaw pytań odnosi się do treści sylabusa: „Czy osoba prowadząca zajęcia przestrzegała reguł ustalonych w sylabusie?", „Czy zrealizowano wskazane w sylabusie treści programowe?", „Czy sposób przeprowadzenia zaliczenia przedmiotu odpowiadał zapisom zawartym w sylabusie?". Należy podkreślić, że sylabus stanowi podstawową informację o przedmiocie, zasadach jego prowadzenia oraz warunkach zaliczenia. Studenci mają do niego dostęp w systemie Extranet. Obowiązkiem kierownika dydaktycznego przedmiotu jest nadzór nad przedstawieniem treści sylabusa na pierwszych zajęciach oraz realizacją jego treści podczas prowadzonych zajęć (§ 5 ust. 2 pkt 4 litera b Regulaminu Studiów GUMed).

Ankieta jest narzędziem, które z założenia ma przyczynić się do monitorowania jakości prowadzonych zajęć poprzez poznanie opinii studentów. Studencki punkt widzenia na wykorzystywany w pracy dydaktycznej warsztat i postawę nauczyciela akademickiego, a także ocena sposobu organizacji i prowadzenia zajęć składają się na realizację ważnego prawa studenta.

Uczelnia umożliwia studentom i doktorantom dokonanie co najmniej raz w roku akademickim oceny nauczyciela akademickiego w zakresie wypełniania przez niego obowiązków związanych z kształceniem – art. 128 ust. 4 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o szkolnictwie wyższym i nauce.

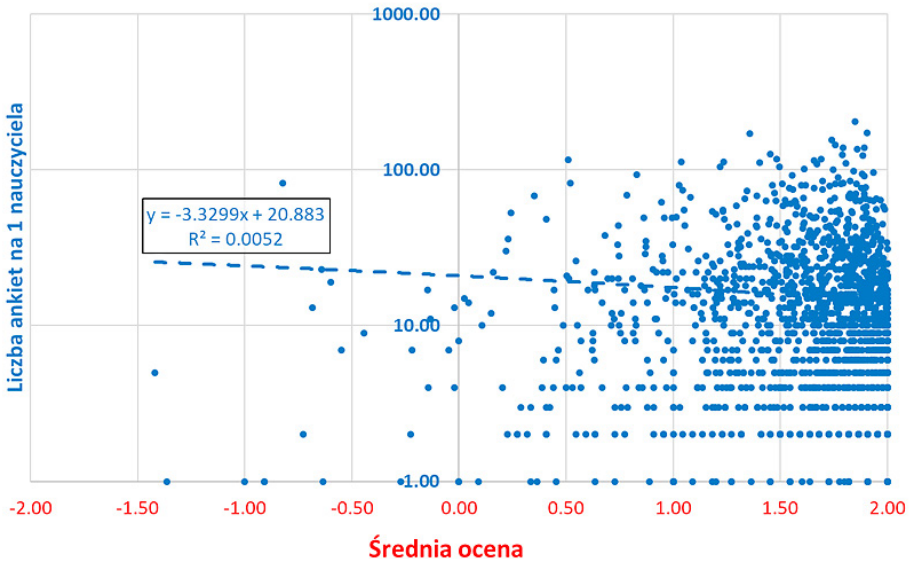
Zdanie studentów o samej ankiecie jest zatem istotne i musi być brane pod uwagę [tekst dotyczący studenckiej oceny ankiety dydaktycznej drukujemy na s. 23-25 - przyp. red.]. Studenci podczas obrad okrągłego stołu (które odbyły się 10 maja 2022 r.) oraz w przeprowadzonym przez Uczelniany Samorząd Studencki badaniu ankietowym wskazali na potrzebę modyfikacji systemu ankiet (m.in. poprzez umożliwienie identyfikowania nauczyciela za pomocą zdjęcia zamieszczonego w systemie Extranet) oraz potrzebę omawiania wyników ankiet i transparentne wdrażanie środków naprawczych, co tworzy poczucie sprawczości i nadaje sens wypełnianiu ankiet.

Nauczyciele akademiccy, czytając opinie na swój temat i korzystając z systemu ankietowego, zgłaszają swoje uwagi do Biura ds. Kształcenia i Rozwoju oraz do Prorektora ds. jakości kształcenia. Dotychczas wskazywali m.in. na brak możliwości sprostowania informacji zawartych w niektórych komentarzach negatywnych, niemożność podglądu wszystkich pytań ankiety w sytuacji, kiedy nie wypełniono ani jednej, oraz pomyłki w identyfikacji nauczyciela. Dlatego też w systemie ankiet dokonano zmian, które mają wyeliminować tego typu problemy. Ponieważ ocena studencka nie stanowi pełnego obrazu pracy nauczyciela, rozważany jest obecnie pomysł stworzenia narzędzia dla nauczycieli, którzy chcieliby (fakultatywnie) ocenić pracę ze studentami. Obawy nauczycieli często skupiają się wokół założenia, że dobre oceny mają tylko nauczyciele pobłażliwi lub

→

prowadzący zajęcia w sposób niewymagający zaangażowania studentów, zwłaszcza prowadzący przedmioty określane mianem „łatwych". Analiza wyników ankiet nie wykazała jednak takiej zależności. Oceny uzyskiwane przez nauczycieli są wysokie i przeważają wśród nich komentarze pozytywne.

Zgłaszane przez studentów oraz nauczycieli postulaty są stopniowo realizowane. System służący wypełnianiu ankiet jest modyfikowany, chociaż wiele pomysłów nie zostało jeszcze wdrożonych. Poszczególne Wydziały wypracowują sposoby omawiania wyników ankietyzacji (np. podczas spotkań Rad Wydziałów) oraz zamieszczania ich w Extranecie w wersji zanonimizowanej. Ostatecznym celem jest stworzenie narzędzia i systemu jego analizy, wyciągania wniosków i wdrażania zmian, który posłuży budowaniu kultury jakości kształcenia bez antagonizowania studentów i wykładowców. Jest to zadanie niewątpliwie trudne i budzące kontrowersje, jednak jego realizacja pozwala dostrzegać, jakie obszary w organizacji zajęć i sposobie pracy dydaktycznej należy ulepszyć. ■



Wyniki ankietyzacji osób prowadzących zajęcia w GUMed w roku akademickim 2021/2022; -2 to odpowiedź „zdecydowanie nie", -1 – „raczej nie", 0 – „trudno powiedzieć", 1 – „raczej tak", 2 – „zdecydowanie tak"

DR HAB. AGNIESZKA ZIMMERMANN, PROF. UCZELNI

Ewaluacja 2.0 – badanie opinii studentów na temat ankiety dydaktycznej

MICHAŁ BYSTRAM
Student II roku zdrowia publicznego II stopnia, członek Uczelnianego Samorządu Studenckiego

W celu podsumowania jakości ankiet dydaktycznych przeprowadzonych w ubiegłych latach w GUMed Uczelniany Samorząd Studencki opracował ankietę, zawierającą ocenę ich treści, oraz umożliwił studentom i studentkom wypowiedzenie się na ich temat. Wynikami naszych badań podzieliliśmy się także z Władzami Uczelni, co przyczyniło się do zmodyfikowania ankiet dydaktycznych.

Ankieta została przeprowadzona w terminie 22-27 listopada 2022 r. w grupie studentów polskojęzycznych i anglojęzycznych (ED). W tym celu trzykrotnie wykorzystano system mailingowy Uczelni, powiadomienia starostów lat oraz przypomnienia w mediach społecznościowych USS. W efekcie tych działań uzyskano 817 odpowiedzi – 730 polskojęzycznych i 87 anglojęzycznych. Kwestionariusz ankiety składał się z 15 pytań, w tym 11 zamkniętych, 2 wielokrotnego wyboru i 2 otwartych, przy czym nie wszystkie pytania były obowiązkowe.

Grupa badawcza

Studenci Wydziału Lekarskiego wypełnili łącznie 486 ankiet (406 studentów polskojęzycznych, 80 studentów ED): kierunek lekarski – 365 respondentów (45%), kierunek lekarski ED – 80 (10%), kierunek lekarsko-dentystyczny – 36 (4%), techniki dentystyczne – 5 (0,6%).

→

Studenci Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej przesłali 205 ankiet (199 studentów polskojęzycznych, 6 studentów ED): fizjoterapia – 48 respondentów (6%), psychologia zdrowia – 48 (6%), pielęgniarstwo I stopnia – 17 (2%), zdrowie publiczne II stopnia – 15 (2%), zdrowie publiczne – zarządzanie w systemie zdrowia I stopnia – 14 (2%), pielęgniarstwo II stopnia – 10 (1%), elektroradiologia – 9 (1%), pielęgniarstwo ED – 6 (0,7%), dietetyka I stopnia – 6 (0,7%), dietetyka II stopnia – 5 (0,6%), zdrowie środowiskowe I stopnia – 4 (0,5%), zdrowie środowiskowe i BHP II stopnia – 1 (0,1%), ratownictwo medyczne – 0 (0%).

Na Wydziale Farmaceutycznym uzyskano łącznie 126 ankiet (125 studentów polskojęzycznych, 1 student ED): analityka medyczna – 36 respondentów (4%), farmacja – 84 (10%), farmacja ED – 1 (0,1%), przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny II stopnia – 5 (0,6%).

Liczba respondentów ankiety z podziałem na kierunki

Kierunek studiów	Liczba odpowiedzi wraz z procentowym udziałem* w ankiecie
Analityka medyczna	36 (4%)
Dietetyka I stopnia	6 (0,7%)
Dietetyka II stopnia	5 (0,6%)
Elektroradiologia	9 (1%)
Farmacja	84 (10%)
Farmacja ED	1 (0,1%)
Fizjoterapia	48 (6%)
Kierunek lekarski ED	80 (10%)
Kierunek lekarski	365 (45%)
Kierunek lekarsko-dentystyczny	36 (4%)
Pielęgniarstwo ED	6 (0,7%)
Pielęgniarstwo I stopnia	17 (2%)
Pielęgniarstwo II stopnia	10 (1%)
Położnictwo I stopnia	13 (1,6%)
Położnictwo II stopnia	9 (1,1%)
Przemysł farmaceutyczny i kosmetyczny II stopnia	5 (0,6%)
Psychologia zdrowia	48 (6%)
Ratownictwo medyczne	0 (0%)
Techniki dentystyczne	5 (0,6%)
Zdrowie publiczne – zarządzanie w systemie zdrowia	14 (2%)
Zdrowie publiczne II stopień	15 (2%)
Zdrowie środowiskowe i BHP II stopnia	1 (0,1%)
Zdrowie środowiskowe I stopień	4 (0,5%)

* zaokrąglenie do części dziesiętnych procenta

Ankieta obejmowała studentów wszystkich lat poszczególnych kierunków polskojęzycznych i ED. Najliczniejszą grupę pod tym względem stanowili studenci II roku. Udział studentów poszczególnych roczników był następujący: I rok – 107 odpowiedzi (13% ankietowanych), II rok – 231 (29%), III rok – 175 (21%), IV rok – 137 (17%), V rok – 90 (11%), VI rok – 35 (4%), I rok II stopnia – 15 (2%), II rok II stopnia – 24 (3%). Dwie osoby ze studiów polskojęzycznych i jedna osoba z ED nie wskazały, na którym roku obecnie studiują (0,4%).

Analiza odpowiedzi

Studenci ocenili pytania zawarte w dotychczasowej wersji ankiety. Według respondentów najbardziej przydatne było pytanie: „Czy prowadzący zajęcia był dla studentów życzliwy i pomocny?" – 754 odpowiedzi (92%); natomiast najmniej istotne: „Czy zajęcia pobudzały do własnej pracy i samodzielnego myślenia?" – 203 odpowiedzi (25%).

Dwa pytania wielokrotnego wyboru odnosiły się do możliwości usprawnienia systemu ankietyzacji. Pierwsze z nich dotyczyło możliwego zwiększenia liczby respondentów w ankiecie dydaktycznej poprzez modernizację w obszarach: regularna promocja – 212 odpowiedzi (26%), bardziej czytelna strona – 213 (26%), **zdjęcie ocenianej osoby – 486 (59%), dostęp do danych z ubiegłych lat – 392 (48%), poprawa treści ankiety – 218 (27%)**. Dodatkowo studenci mieli możliwość dopisania własnej propozycji unowocześnienia dotychczasowej wersji ankiety. Z tej możliwości skorzystało 817 studentów. W dodatkowym obszarze przeznaczonym na wypowiedzi studentów zwrócono uwagę na takie kwestie jak: wskazanie gwarancji anonimowości, wstawienie hiperłącza do ankiety z różnych podstron Extranetu i e-Dziekanatu, możliwość oceny opiekuna roku oraz zwiększenie świadomości studentów i studentek na temat znaczenia wypełniania ankiet dydaktycznych.

Drugie pytanie, na które odpowiedzi udzieliło 788 osób, dotyczyło negatywnych odczuć, jakie zniechęcają studentów do wypełniania ankiety dydaktycznej. Pytanie zawierało propozycję odpowiedzi do wyboru: „brak zmian" – 218 odpowiedzi (28%), „zapominam o tym" – 348 (44%), „zbyt czasochłonne" – 179 (23%), „nieintuicyjna strona" – 101 (13%), **„nie pamiętam prowadzących" – 371 (47%), „wątpliwa anonimowość ankiety" – 387 (49%).** Ponadto studenci przedstawili inne negatywne spostrzeżenia i uwagi: **dostęp do ankiet od 1 grudnia, a nie od 1 października; brak informacji o wprowadzonych i planowanych zmianach na dany rok akademicki po przeanalizowaniu treści wypełnionych ankiet; brak uświadamiania studentów na temat istotności ich głosu w procesie kształcenia**.

Istotnym czynnikiem wpływającym na liczbę wypełnionych ankiet dydaktycznych ma anonimowość informacji, których studenci udzielają Władzom Uczelni. Dlatego w ankiecie zostało umieszczone pytanie dotyczące odczuwanych wątpliwości co do anonimowości wypełnianych ankiet. Na ten temat wypowiedziało się 817 osób. **Obawy potwierdziło 507 (62%)**, 271 (33%) respondentów odpowiedziało, że ich nie ma, natomiast 39 studentów (5%) stwierdziło, że nie potrafi tego ocenić.

Należy pamiętać, że celem ankiet dydaktycznych jest obiektywna ewaluacja form kształcenia realizowanych przez poszczególne jednostki dydaktyczne, a nie ocena respondentów przez pryzmat ich opinii. W związku z tym praca nad metodami oraz jakością edukacji stanowi nadrzędne zadanie Uczelni. W zrealizowanej ankiecie studenci zostali obowiązkowo zapytani, czy zauważyli zmiany w jakości prowadzonych zajęć, które mogły zostać spowodowane ocenami wystawionymi w ankiecie. Różnicę w formie zajęć odczuło 106 osób (13%), **443 studentów (54%) nie doświadczyło zmian**, a 268 respondentów (33%) nie było w stanie określić różnicy.

Jednym z rozwiązań mających przynieść polepszenie jakości kształcenia jest wprowadzenie obowiązku samooceny przez prowadzących, którzy uzyskali najniższą ocenę podczas procesu ewaluacji. Studenci zostali zapytani, czy według nich wpłynie to pozytywnie na przebieg prowadzonych zajęć. Słuszność tego rozwiązania i jego istotność potwierdziło 537 respondentów (66%), negatywnie oceniło je 96 osób (12%), natomiast 184 studentów (23%) nie miało w tej kwestii określonego zdania.

Wnioski

Ankieta dydaktyczna jest jednym z elementów procesu ewaluacji jakości kształcenia w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. W opinii studentów jej obecna forma wciąż wymaga udoskonalenia. Najważniejszymi elementami, które należałoby usprawnić, są kwestie zapewnienia anonimowości procesu i przekonania o niej studentów, identyfikacji wykładowców, uświadamiania studentów o ich roli w życiu Uczelni. Ważną inicjatywą gwarantującą transparentność byłby dostęp do danych z ubiegłych edycji ankiet dydaktycznych oraz sporządzenie i udostępnienie spisu działań usprawniających organizację procesu dydaktycznego na poziomie poszczególnych jednostek dydaktycznych, które zostały podjęte dzięki ankiecie. Wspólne działanie, wzajemny szacunek oraz bezpośredni i otwarty dialog między Władzami Uczelni a studentami jest kluczem i remedium na problemy pojawiające się w naszej wspólnocie akademickiej.

W skład zespołu badawczego realizującego i analizującego ankietę weszli: Patryk Brzeziński, student IV roku kierunku lekarskiego, Michał Bystram, student II roku zdrowia publicznego II stopnia; Jakub Deleżuch, student V roku psychologii zdrowia; Aleksandra Drzycimska, studentka IV roku analityki medycznej; Klaudia Łyszkiewicz, studentka III roku fizjoterapii; Arnika Nastały, studentka III roku farmacji, Wiktoria Orlancka, studentka V roku kierunku lekarskiego; Bartosz Piątkowiak, student V roku farmacji; Monika Probst, studentka III roku farmacji; Dariusz Rystwej, student III roku zdrowia publicznego – zarządzania w systemie zdrowia; Marcin Sawczuk, student V roku kierunku lekarskiego. ■

MICHAŁ BYSTRAM

XIX Gdańskie Repetytorium Nefrologiczne

Już po raz dziewiętnasty czołowi nefrolodzy z całego kraju przedstawili swoje referaty podczas Gdańskiego Repetytorium Nefrologicznego (GRN). Tak jak w poprzednich edycjach prezentacje były oparte na wiodących tematach prezentowanych podczas ostatniego kongresu American Society of Nephrology (ASN) w Orlando. Nasi wykładowcy uczestniczyli w kongresie ASN, który odbył się w listopadzie ubiegłego roku, osobiście lub zdalnie.

Podczas Repetytorium omówiono postępy dokonujące się w badaniach nad fizjologią i patofizjologią nerek, a także w nefrologii klinicznej i dializoterapii oraz przeszczepianiu nerek. Warto podkreślić, że wiele tematów wiązało się genomiką i jej przełożeniami klinicznymi, takimi jak farmakogenomika czy dializogenomika. Wiele uwagi poświęcono także perspektywom terapii genowej oraz terapii personalizowanej i roli sztucznej inteligencji w nefrologii.

Prof. Bolesław Rutkowski | fot. Janusz Ostrowski

Wystąpienia podczas GRN przedstawili wykładowcy z naszego Uniwersytetu: **prof. Alicja Dębska-Ślizień**, **prof. Monika Lichodziejewska-Niemierko**, **prof. Tomasz Liberek** oraz **prof. Przemysław Rutkowski**. Obradom przysłuchiwało się 50-70 słuchaczy, a dodatkowo w systemie zdalnym ponad 150 osób. Sprawami organizacyjnymi zajmowała się niezawodna firma Via Medica. ■

PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Przewodniczący Komitetu Naukowego Repetytorium

Kurs dla diagnostów laboratoryjnych

W Katedrze Medycyny Tropikalnej i Parazytologii – Krajowym Ośrodku Medycyny Tropikalnej odbyło się szkolenie dla diagnostów laboratoryjnych pt. *Diagnostyka wybranych chorób transmisyjnych – malaria, leishmanioza, trypanosomozy, babeszjoza*.

Kurs, który odbył się 6 lutego, miał na celu podniesienie kompetencji i umiejętności w zakresie diagnostyki chorób tropikalnych, a w szczególności malarii. Uczestniczyło w nim 10 diagnostów laboratoryjnych z różnych jednostek krajowych. Szkolenie składało się z części teoretycznej i praktycznej. Kursanci spędzili wiele czasu na wykonywaniu złotego standardu diagnostyki zimnicy, czyli badaniu mikroskopowym grubych kropli i cienkich rozmazów krwi pacjentów zarażonych różnymi gatunkami *Plasmodium*, a także oceniali preparaty krwi i innych tkanek w kierunku obecności *Leishmania* spp, *Trypanosoma* spp i *Babesia* spp.

Kierownikiem merytorycznym szkolenia była **dr hab. Beata Szostakowska** – specjalista laboratoryjnej parazytologii medycznej, a kierownikiem organizacyjnym **dr hab. Maciej Grzybek, prof. uczelni** – pełnomocnik Rektora ds. rozwoju IMMiT. Szkolenie zakończyło się testem sprawdzającym zdobytą wiedzę, a kursanci otrzymali certyfikaty uczestnictwa i 8 punktów edukacyjnych.

Dr hab. Beata Szostakowska

Ćwiczenia laboratoryjne

Kursanci podczas wykonywania rozmazów krwi

DR HAB. N. MED. I N. O ZDR. RUSŁAN SAŁAMATIN
Kierownik Zakładu Mikrobiologii i Parazytologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie; Katedra Biologii Ogólnej i Parazytologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Udział w kursie *Diagnostyka wybranych chorób transmisyjnych – malaria, leishmanioza, trypanosomozy, babeszjoza* był dla mnie wspaniałym przeżyciem. Prowadzący kurs byli doskonale przygotowani i przekazywali wiedzę w ciekawy i zrozumiały sposób. Organizacja kursu była bardzo dobra, a duża liczba preparatów mikroskopowych umożliwiła nam praktyczne zastosowanie nabytej wiedzy. W trakcie kursu mieliśmy możliwość wykonania badań cienkich rozmazów mikroskopowych oraz grubych kropli, wykonaliśmy też szybki test antygenowy. Była to doskonała okazja, aby przećwiczyć nasze umiejętności diagnostyczne. Połączenie teorii i praktyki było bardzo skuteczne i pomogło nam lepiej zrozumieć zagadnienia związane z diagnostyką malarii, babeszjozy oraz leishmanioz i trypanosomoz.

Sądzę, że prowadzenie takich kursów jest bardzo potrzebne i przydatne dla wszystkich osób zainteresowanych diagnostyką laboratoryjną chorób pasożytniczych. Ponadto szkolenie było też wspaniałą okazją do nawiązania kontaktów zawodowych, ponieważ mieliśmy możliwość spotkania kolegów z różnych placówek w kraju. Dzięki temu nawiązaliśmy nowe znajomości i wymieniliśmy się doświadczeniami i wiedzą. Jestem bardzo zadowolony z uczestnictwa w kursie i polecam go innym.

Uczestnicy i organizatorzy kursu

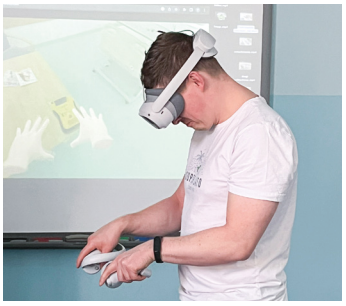
Malaria to poważna choroba tropikalna zaliczana do grupy *neglected tropical diseases*. Światowa Organizacja Zdrowia w *World Malaria Report* 2022 oszacowała, że w ubiegłym roku odnotowano 247 mln przypadków zimnicy, co skutkowało 619 tys. zgonów.

Zakład Parazytologii Tropikalnej prowadzi diagnostykę w kierunku leiszmanioz, trypanosomoz, babeszjozy oraz malarii. Jako laboratorium diagnostyczne wykonuje diagnostykę mikroskopową i molekularną pacjentów podejrzanych o zarażenie pierwotniakiem *Plasmodium* spp. odpowiedzialnym za rozwój malarii. **25 kwietnia obchodzony będzie Światowy Dzień Malarii**. Z tej okazji w IMMiT odbędą się wykłady i prelekcje dotyczące biologii, epidemiologii i prewencji tej choroby. ■

DR HAB. MACIEJ GRZYBEK, PROF. UCZELNI
Zakład Parazytologii Tropikalnej

fot. archiwum prywatne

Szkolenie z wykorzystania VR w symulacji medycznej



Mgr Dawid Turski w trakcie symulacji medycznej z wykorzystaniem VR

13 stycznia odbyło się szkolenie z wykorzystania wirtualnej rzeczywistości (*virtual reality*, VR) w symulacji medycznej. Zostało ono zorganizowane przez **dr hab. Wiolettę Mędrzycką-Dąbrowską, prof. uczelni**, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki. W wydarzeniu wzięli udział głównie pracownicy Zakładu oraz studenci kierunku pielęgniarstwo. Firmą przeprowadzająca szkolenie było Braindance Studio.

Zastosowanie VR umożliwia prowadzenie praktycznej edukacji w sposób zdalny oraz wdrożenie zaawansowanych prac nad poziomem innowacyjności edukacji medycznej. Wykorzystany w symulatorach unikalny system umożliwiający prowadzenie wirtualnej symulacji medycznej w czasie rzeczywistym jest narzędziem przełomowym, innowacyjnym i oferującym nowe możliwości w zakresie badania skuteczności różnych form zastosowania VR w procesie kształcenia. Zarządzanie wirtualnym pacjentem w czasie rzeczywistym pozwala na pełną kontrolę procesu dydaktycznego i stanowi kamień milowy w procesie rozwoju wirtualnej symulacji medycznej. Ponadto zastosowanie wirtualnej rzeczywistości w bezpośredni sposób wpływa na zwiększenie bezpieczeństwa procesu edukacyjnego, ponieważ uczestnicy symulacji wykonywanej na jednym pacjencie nie muszą przebywać w tym samym pomieszczeniu. Inicjowanie wieloosobowych sesji, którymi można zarządzać w czasie rzeczywistym, stanowi punkt wyjścia do badań nad prawidłową komunikacją w zespole medycznym, postrzeganiem roli lidera i oczekiwanymi postawami społecznymi.

Zaprezentowane możliwości wdrożenia VR w nauczaniu Basic Life Support (BLS), Advanced Life Support (ALS) oraz segregacji medycznej *triage* spotkały się z dużym zainteresowaniem dydaktyków Zakładu. Szkolenie pozwoliło na odtworzenie trudnych do zrealizowania scenariuszy leczenia i ukazało szerokie możliwości zastosowania VR w dydaktyce. ■

MGR BARTOSZ PRYBA
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego
i Intensywnej Opieki

fot. Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska

Elektroniczne wnioski zakupowe – perspektywa uczestnika procesu

MGR MARZENA LANDOWSKA
Kierownik Działu Zamówień

MGR ANNA ŻÓŁTOWSKA
Kierownik Działu Wsparcia Procesów

Potrzeba zmiany

„GUMed jest sprawnie działającą uczelnią opartą na wysokiej kulturze organizacyjnej, wspieraną przez nowoczesne metody zarządzania" – tak brzmi jeden z celów zdefiniowanych w strategii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego na lata 2019-2025. Optymalizacja i cyfryzacja wybranych procesów administracyjnych to jedne z najważniejszych inicjatyw, dzięki którym możliwe będzie jego osiągnięcie.

Kluczowym procesem administracyjnym jest proces zamówień i realizacji zakupów. Dotyczy on szerokiego kręgu pracowników, którzy generują bardzo dużą liczbę wniosków. Wdrożenie elektronicznych wniosków zakupowych jest rezultatem rosnącej potrzeby usprawnienia procesu zamawiania i realizacji zakupów w Uczelni poprzez zapewnienie pracownikom wygodnego i szybkiego sposobu ich procedowania. Funkcjonujący dotychczas papierowy obieg dokumentów był czasochłonny, a jego obsługa nierzadko sprawiała problemy. Dodatkowo, pandemia i przejście na hybrydowy sposób pracy wymagały skutecznej koordynacji przepływu informacji i dokumentów zakupowych.

W związku z tym pojawiła się idea wprowadzenia elektronicznych wniosków zakupowych jako sposobu na usprawnienie procesu i ułatwienie pracy. Dlatego już z końcem 2021 r. rozpoczęto pierwsze przygotowania do cyfryzacji obiegu wniosków zakupowych. Plan zakładał początkowo trzy etapy wdrożenia:

1. uruchomienie formularzy elektronicznych wniosków zakupowych zastępujących tradycyjne formularze papierowe;
2. dodanie obiegów akceptacyjnych na poziomie dysponentów środków oraz biur limitujących środki finansowe;
3. połączenie systemu obiegu elektronicznych wniosków zakupowych z systemem ERP Teta EDU (automatyzacja przepływu danych pomiędzy systemami).

Zdefiniowanie w sposób jasny i precyzyjny potrzeb związanych z procesem zakupów było zadaniem Działu Zamówień, który określił jego główne założenia – począwszy od złożenia wniosku zakupowego poprzez jego weryfikację, akceptację, na realizacji kończąc. Wymagało to rewizji dotychczasowych metod działania i ustanowienia nowych, bardziej efektywnych procesów obiegów dokumentów i przypisanie do nich poziomów odpowiedzialności. W szczególności ważne było ustalenie niezbędnych danych potrzebnych do rozliczeń finansowych. Była to także okazja do tego, aby uporządkować i ulepszyć dotychczasowy sposób działania, a także umożliwić lepsze zarządzanie zamówieniami.

W procesie obiegu zamówień uczestniczą niemalże wszystkie jednostki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ważne zatem było, aby uwzględnić również ich wymagania merytoryczne i wprowadzić je do funkcjonalności systemowych.

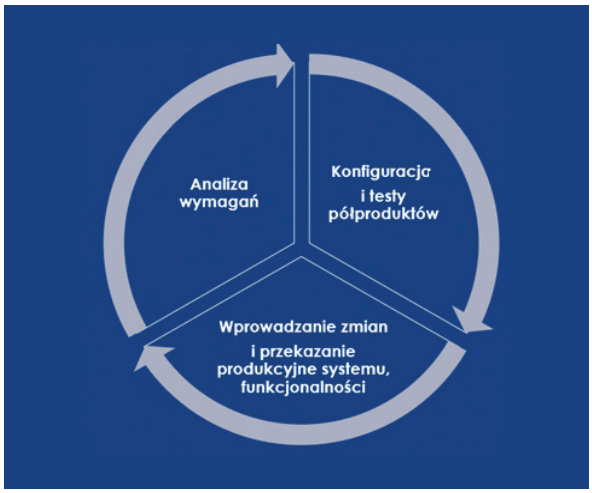
Na etapie porządkowania procesu, przy funkcjonujących jeszcze wnioskach papierowych, istotną rolę odegrał Dział Zarządzania Procesami, który rozpoczął analizę procesu w celu jego cyfryzacji. Całość prac projektowych związanych ze stworzeniem elektronicznego obiegu przejął następnie Dział Wsparcia Procesów, który odpowiadał za dalszą analizę, konfigurację systemu, opracowywanie instrukcji i przeszkolenie pracowników. Dział ten wspólnie z HelpDeskiem pomagał także rozwiązywać problemy i udzielał pomocy technicznej użytkownikom systemu informatycznego.

→

fot. pexels

Podejście projektowe

Projekt cyfryzacji obiegu wniosków zakupowych rozpoczęliśmy od zidentyfikowania uczestników tego procesu, a zatem osób, które na co dzień wykonują zadania związane z obiegiem wniosków, mają największą wiedzę na ten temat i mogą zasygnalizować nam swoje potrzeby. Konieczne było również wyznaczenie właściciela merytorycznego procesu, który odpowiadał za całokształt jego cyfryzacji, wskazywał priorytetowe wymagania i podejmował kluczowe decyzje. W ten sposób zbudowaliśmy zespół projektowy, który przy zaangażowaniu osób z Działu Wsparcia Procesów przekazywał swoje wymagania w czasie warsztatów analitycznych. Wymagania te były następnie kolejno implementowane w systemie informatycznym. Dzięki temu, że rozwiązanie było dostarczane iteracyjnie, uczestnicy merytoryczni mogli na bieżąco obserwować zmiany wprowadzane w systemie. Takie podejście dało możliwość lepszego i szybszego reagowania na zmiany, testowania półproduktów, czyli częściowo skonfigurowanych elementów aplikacji, a ostatecznie – możliwość realizacji systemu zgodnie z oczekiwaniami osób, które obsługują dziś elektroniczne wnioski zakupowe.



Realizacja prac projektowych przy tzw. podejściu zwinnym

Korzyści z uruchomienia elektronicznych wniosków zakupowych

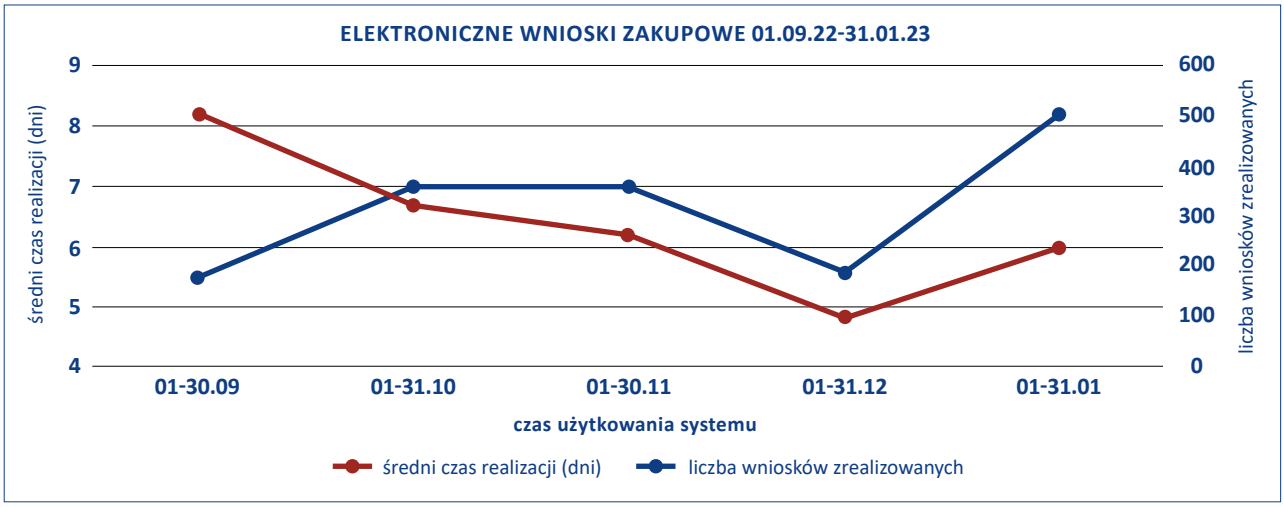
Dzisiaj możemy śmiało stwierdzić, że cyfryzacja wniosków zakupowych, chociaż jeszcze nie w pełni zautomatyzowana, przyniosła szereg korzyści, takich jak:

1. oszczędność czasu – złożenie wniosku zakupowego w postaci elektronicznej jest szybsze niż wypełnienie go w formie papierowej;
2. poprawa jakości danych – elektroniczny system umożliwia automatyczne sprawdzanie poprawności wprowadzanych danych oraz zapewnia lepszą kontrolę nad procesem zakupów;
3. łatwość składania wniosków i ich dostępność – wnioski zakupowe można składać *online* z dowolnego miejsca i o dowolnej porze;
4. oszczędność pieniędzy – elektroniczny system eliminuje potrzebę drukowania, kopiowania i przesyłania papierowych wniosków, co znacząco zmniejsza koszty;
5. poprawa bezpieczeństwa – procedowanie dokumentów *online* jest bezpieczniejsze niż przesyłanie ich pocztą lub przekazywanie w formie papierowej, ponieważ istnieje mniejsze ryzyko udostępnienia ich nieuprawnionym osobom, zgubienia lub niezamierzonego zniszczenia.

Wszystko to pozwala stwierdzić, że wprowadzenie elektronicznych wniosków zakupowych jest udanym i pozytywnym krokiem w kierunku usprawnienia procesów zakupów w Uczelni.

Poniższy wykres prezentuje skalę wykorzystania systemu elektronicznych wniosków zakupowych w GUMed w okresie od 1 września 2022 r. do 31 stycznia 2023 r. oraz średni czas potrzebny na realizację wniosku zakupowego w zestawieniu z ich liczbą w poszczególnych miesiącach. ■

MGR MARZENA LANDOWSKA
MGR ANNA ŻÓŁTOWSKA



Doktoraty i habilitacje

Uchwałą Rady Nauk Medycznych GUMed

Stopień naukowy doktora habilitowanego w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

DR CHEMII DOROTA IWASZKIEWICZ-GRZEŚ

Adiunkt; Katedra i Zakład Immunologii Medycznej GUMed, praca pt. *Udoskonalanie terapii komórkowej limfocytami T regulatorowymi w chorobach autoimmunologicznych.*

DR N. MED. MARLENA INGA ZYŚK

Adiunkt; Zakład Medycyny Nuklearnej GUMed, praca pt. *Patofizjologia metabolizmu N-acetyloasparaginianu w przebiegu procesów starzenia się ośrodkowego układu nerwowego*.

Stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki medyczne uzyskali:

LEK. MICHAŁ BUT

Starszy asystent; Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Wojewódzkiego w Koszalinie, praca pt. *Rola technik regionalnej analgezji w leczeniu chirurgicznym nowotworów piersi*, promotor – prof. Jacek Mirosław Zieliński, promotor pomocniczy – dr Irmina Śmietańska.

LEK. BEATA HALINA CEYNOWA-SIELAWKO

Lekarz specjalista kardiolog; Oddział Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie, praca pt. *Analiza skuteczności i bezpieczeństwa kardiowersji farmakologicznej napadowego migotania przedsionków ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, promotor – dr hab. Marek Szołkiewicz.

LEK. MAŁGORZATA DOBRZYCKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej GUMed, praca pt. *Rola otyłości w leczeniu przewlekłej niewydolności nerek metodą transplantacji nerki*, promotor – prof. Jarosław Krystian Kobiela.

MGR PATRYCJA MARIA JABŁOŃSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Zakład Biochemii GUMed, praca pt. *Zewnątrzkomórkowe przemiany dinukleotydu nikotynamidoadeninowego (NAD+) na powierzchni zastawki aortalnej serca i komórek śródbłonka*, promotor – prof. Ewa Słomińska.

MGR NATALIA KLAUDIA KAŹMIERCZAK

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Zakład Mikrobiologii Lekarskiej, Katedra Mikrobiologii GUMed, praca pt. *Właściwości nowo wyizolowanych bakteriofagów ze szczególnym uwzględnieniem aktywności przeciwbakteryjnej wobec wielolekoopornych szczepów* Staphylococcus aureus *wytwarzających biofilm, wyizolowanych z różnych zakażeń*, promotor – dr hab. Lidia Piechowicz, prof. uczelni.

LEK. JACEK GRZEGORZ KLAUDEL

Asystent; Oddział Kardiologii Szpital św. Wojciecha w Gdańsku – Copernicus Podmiot Leczniczy, praca pt. *Analiza przyczyn jatrogennego uszkodzenia tętnic wieńcowych oraz aorty u pacjentów poddawanych przezskórnym procedurom kardiologicznym*, promotor – dr hab. Marek Szołkiewicz.

LEK. KAMIL KOWALCZYK

Asystent; Klinika Neurologii Dorosłych, Katedra Neurologii GUMed, praca pt. *Analiza dynamiki parametrów ciśnienia tętniczego oraz sztywności naczyń tętniczych u chorych z udarem niedokrwiennym mózgu*, promotor – dr hab. Dariusz Andrzej Gąsecki.

MGR JUSTYNA JOANNA LUTY

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Zakład Patologii i Reumatologii Doświadczalnej GUMed, praca pt. *Wpływ selenu na funkcjonowanie układu odpornościowego u pacjentów z autoimmunizacyjnym zapaleniem tarczycy*, promotor – prof. Ewa Dorota Bryl, promotor pomocniczy – dr Agnieszka Daca.

LEK. KACPER MARUNOWSKI

Doktorant Studiów Doktoranckich; Zakład Radiologii GUMed, praca pt. *Ocena tkanki tłuszczowej i mięśniowej metodą rezonansu magnetycznego w populacji pediatrycznej*, promotor – dr hab. Maciej Piskunowicz, promotor pomocniczy – dr Dominik Świętoń.

LEK. DOROTA PAWLIK-GWOZDECKA

Była słuchaczka Kolegium Studiów Doktoranckich; Katedra i Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii GUMed, praca pt. *Ocena wybranych parametrów stanu immunologicznego oraz ich związku z obecnością zewnątrzkomórkowych białek szoku termicznego w korelacji z uznanymi czynnikami prognostycznymi*

ostrej białaczki limfoblastycznej u dzieci, promotor – dr hab. Maciej Piotr Niedźwiecki, promotor pomocniczy – dr hab. Magdalena Górska-Ponikowska, prof. uczelni.

LEK. PATRYCJA DIANA ROGOWSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Analiza powikłań celowej pigmentacji skóry z uwzględnieniem poziomu wiedzy na temat związanych z nią zagrożeń zdrowotnych w wybranych populacjach*, promotor – dr hab. Aneta Szczerkowska-Dobosz.

LEK. KATARZYNA SKROBISZ

Asystent; Zakład Radiologii GUMed, praca pt. *Wykorzystanie funkcjonalnego badania tomografii rezonansu jądrowego u chorych z dyspepsją czynnościową, zespołem jelita drażliwego oraz z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit*, promotor – prof. Edyta Szurowska, drugi promotor – prof. Andrzej Frydrychowski.

LEK. PIOTR TOMASZ STOGOWSKI

Stażysta; Szpital im. M. Kopernika – Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o., praca pt. *Assessment of effectiveness of the current microsurgical training methods*, promotor – dr hab. Tomasz Mazurek, prof. uczelni, promotor pomocniczy – dr Filip Dąbrowski.

LEK. ANNA STANISŁAWA ZIELIŃSKA

Ordynator; Oddział Pediatryczny Szpitali Tczewskich S.A., praca pt. *Ocena czynników ryzyka ciężkiego przebiegu ostrego zapalenia oskrzelików u dzieci oraz skuteczności nieinwazyjnego wspomagania oddychania*, promotor – dr hab. Joanna Kwiatkowska, promotor pomocniczy – dr Joanna Jassem-Bobowicz.

Uchwałą Rady Nauk o Zdrowiu GUMed

Stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki o zdrowiu uzyskała

MGR AMIRA PODOLAK

Młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej; INVICTA Sp. z o.o. CB-R, praca pt. *Ewaluacja wpływu zawartości mitochondrialnego DNA w zarodkach na ich rozwój i potencjał implantacyjny*, promotor – prof. Krzysztof Łukaszuk.

Uchwałą Rady Nauk Farmaceutycznych GUMed

Stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu, w dyscyplinie nauki farmaceutyczne uzyskały:

MGR FARM. MAGDALENA GEBERT

Doktorantka; Katedra i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej GUMed, praca pt. *Rola niekodujących RNA w odpowiedzi na stres retikulum endoplazmatycznego*, promotor – prof. Rafał Bartoszewski. Rozprawa doktorska została wyróżniona.

MGR ANNA SZCZOCZARZ

Doktorantka; Katedra i Zakład Patofizjologii Farmaceutycznej GUMed, praca pt. *Wpływ receptora wapniowego na mechanizmy regulujące sekrecję insuliny podczas blokady kanałów wapniowych u szczurów*, promotor – prof. Apolonia Rybczyńska. ■

Kadry GUMed

JUBILEUSZ DŁUGOLETNIEJ PRACY OBCHODZĄ:

25 lat dr Lucyna Maciejka-Kembłowska

35 lat dr Dorota Birkholz-Walerzak

PRACĘ W UCZELNI ZAKOŃCZYLI:

- Aleksandra Danielska
- Lidia Jankowska
- Anna Kreft
- mgr Jakub Krenz
- mgr Agnieszka Opania
- lek. Michał Patock
- lek. dent. Jolanta Pawlak
- Bożena Sponaska

TYTUŁ I STANOWISKO PROFESORA OTRZYMALI:

prof. dr hab. Katarzyna Sikorska
prof. dr hab. Agnieszka Szlagatys-Sidorkiewicz

STANOWISKO ADIUNKTA POWIERZONO:

dr. Bartoszowi Jabłońskiemu
dr. Marcinowi Stasiakowi

Warto reagować. Nie być obojętnym

Przewaga wynikająca z wyższej pozycji w strukturze/hierarchii bywa wykorzystywana w niewłaściwy sposób. Jakie zachowania ze strony współpracowników powinny nas zaniepokoić? Jak należy na nie reagować? Kto i w jaki sposób może wesprzeć osobę, która ich doświadcza? Na te pytania w rozmowie z **Agnieszką Anielską** odpowiada **Danuta Rocławska** – psycholożka współpracująca z Biurem ds. Programu IDUB.

Danuta Rocławska

Od kilku miesięcy współpracujesz z GUMed i udzielasz indywidualnych konsultacji naszym pracownikom. Uczelnia to organizacja o dość sztywnej i wielostopniowej hierarchii. Czy wyzwania, z którymi masz tu do czynienia, różnią się od tych, które znasz z innych organizacji?

Z różnego typu organizacjami współpracuję od wielu lat i mogę powiedzieć, że niepożądane zachowania, takie jak np. mobbing, zdarzają się wszędzie. Pojawiają się tam, gdzie mamy do czynienia z wyraźną hierarchią i gdzie dostęp do pewnych zasobów, takich jak władza czy stanowiska, jest ograniczony. Dochodzi do nich w organizacjach merytokratycznych, które są ukierunkowane na indywidulany sukces swoich członków. Ale mogą zdarzyć się również w takich, których struktura jest płaska, choć dzieje się to rzadziej.

Słowem – nadużycia mogą pojawić się wszędzie tam, gdzie pracują ludzie. Wynika to z faktu, że repertuar ludzkich zachowań wszędzie jest podobny: potrafimy zachować się empatycznie, ale też zachować się w sposób niepożądany. Tak jest i tutaj. Podczas moich konsultacji w GUMed spotkałam osoby, które są narażone na niepożądane zachowania lub wprost czują się ofiarami mobbingu. Uczelnia jako organizacja ma swoją specyfikę, ale nie jest wyjątkowa – ten problem może zaistnieć także na niej. Powiedziałabym, że to, co różni poszczególne organizacje, to odwaga i wrażliwość, z jaką poruszany jest w nich temat nadużyć, podejmowane działania profilaktyczne oraz formy udzielanego wsparcia.

Wspomniałaś o mobbingu. Wyjaśnisz, w jaki sposób może się on przejawiać i jak rozpoznać zachowanie, które nie powinno czy wręcz nie ma prawa się wydarzyć?

Mobbing przede wszystkim ma charakter długotrwały. To działanie intencjonalne, celowe, które ma komuś zaszkodzić i osłabić jego/jej pozycję. Czasem przejawia się bardzo wprost (może to być np. krzyk), ale potrafi też przybrać bardzo subtelne formy – mówimy wtedy o przemocy w białych rękawiczkach. Z niewłaściwymi zachowaniami możemy mieć do czynienia na poziomie komunikacji, kiedy pojawia się sarkazm, cynizm, niekonstruktywna krytyka, blokowanie dostępu do informacji, a w skrajnych przypadkach nawet poniżanie poprzez groźby czy wyzwiska. Może to być również nieustanne kwestionowanie jakości czyjejś pracy, odsuwanie od atrakcyjnych zadań, a także powierzanie danej osobie zadań poniżej kompetencji lub wręcz przeciwnie – przeciążanie jej pracą i próba udowodnienia, że sobie nie poradzi. Niektóre przypadki mobbingu będą oczywiste, inne niezwykle trudne do uchwycenia.

To, co jest również charakterystyczne dla osób, które dopuszczają się tego rodzaju zachowań, to podejmowanie działań, które osłabiają więzi w zespole, np. nastawianie osób przeciwko sobie. Atmosfera podejrzliwości prowadzi w konsekwencji do utraty wzajemnego zaufania. W takich warunkach łatwiej jest przeprowadzić atak na reputację

→

Mobbing to działanie lub zachowanie dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym oraz długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników (Kodeks Pracy, art. 94(3) § 2).

wybranej osoby, np. rozsiać plotkę o tym, że jest niestabilna emocjonalnie i jej słów nie należy traktować poważnie.

Czy często źródłem problemu jest fakt, że ktoś wykorzystuje swoją pozycję w hierarchii?

Prawdą jest, że większy potencjał do przejawiania zachowań niepożądanych mają osoby, które występują z pozycji siły, co wiąże się z wysoką pozycją w hierarchii. Moje doświadczenia potwierdzają, że zazwyczaj jest to przełożony lub ktoś, kto ma jakiś rodzaj władzy. Często bywa to osoba autokratyczna, która nie lubi sprzeciwu i subiektywnie postrzeganej konkurencji. W związku z tym, korzystając ze swojej wyższej pozycji w strukturze, chce przemocowo rozprawić się z potencjalnym rywalem czy rywalką. Ten pionowy model mobbingu często określany jest jako bossing. Nie jest to jednak jedyny wariant. Zachowania niepożądane występują również w relacjach między osobami zajmującymi równorzędne stanowiska w hierarchii. Mobbingu może też doświadczyć szef lub szefowa ze strony swojego zespołu, choć te ostatnie zjawiska występują rzadziej.

Co może odczuwać osoba dotknięta mobbingiem?

Po pierwsze – destabilizację. Miejsce pracy nie jest już dla niej bezpieczną przestrzenią, w której może się rozwijać. Po drugie – dezorientację, ponieważ zachowania, które składają się na gorsze traktowanie, trwają przez dłuższy czas i stopniowo wtapiają się w rzeczywistość. Osoba, która ich doświadcza, chwilami sama nie wie, czy powinna wierzyć swoim odczuciom. Jest niepewna siebie, ma obniżone poczucie własnej wartości. Jest w niej też dużo lęku – codzienne wyjście do pracy to wyprawa w nieznane, gdzie nie ma stałych zasad i nie wiadomo, czego się spodziewać. Osoba, która dopuszcza się mobbingu, korzysta bowiem z niestabilnego systemu kar i nagród, więc nigdy nie wiadomo, na co danego dnia się zdecyduje. W takiej sytuacji nieustannie trzeba być gotowym na wszystko. Łatwo sobie wyobrazić, z jakim napięciem może mierzyć się osoba, która na co dzień np. odpowiada za zdrowie innych ludzi, a sama funkcjonuje w poczuciu nieustannego zagrożenia. Może to mieć poważne konsekwencje.

Kto może paść ofiarą mobbingu?

Jeden z typów opisywanych w literaturze, pewnie bliższy stereotypowego wyobrażenia, to osoba wycofana, wrażliwa, niepewna siebie. Jednak mobbing może dotknąć także osoby z silną osobowością, ambitnej, dynamicznej, przebojowej. Takiej, która może być przez kogoś innego postrzegana jako zagrożenie. Co to znaczy? To znaczy, że naprawdę każdy może stać się ofiarą.

A czy każdy z nas w pewnych okolicznościach może wejść w rolę agresora i zacząć wykorzystywać swoją pozycję w hierarchii w niewłaściwy sposób?

To bardzo ciekawe pytanie. W organizacjach charakteryzujących się sztywną hierarchią, a do takich należy instytucja

fot. pexels

akademicka, mamy niekiedy do czynienia z kaskadowaniem wzorców postępowania, w tym również tych niepożądanych. Jeśli dana osoba na co dzień obserwuje i doświadcza pewnego rodzaju zachowań „z góry", to sama może następnie, nawet nieświadomie, powielać ten schemat w stosunku do podległych jej osób. Po prostu została „wychowana" w pewnym (anty)modelu zarządzania ludźmi i go w pewien sposób uwewnętrzniła. Taka osoba może nie radzić sobie z własnym napięciem, frustracją, bezradnością, co w konsekwencji przekłada się na zachowanie w stosunku do innych.

Osobie, która podlega jakiejś formie przemocy, może wydawać się, że jest na straconej pozycji, zwłaszcza jeśli doświadcza jej ze strony osoby usytuowanej wyżej w hierarchii. Z pewnością, aby poradzić sobie z tym problemem, konieczne jest podejście systemowe. Może jednak masz jakieś wskazówki dotyczące tego, jak zrobić to na poziomie jednostkowym? Jak się przeciwstawić? Bo wydaje się to szalenie trudne.

Pierwszy krok to zaufanie sobie. Jeśli przyznam przed sobą, że to, czego doświadczam, jest niewłaściwe i przekracza moje granice, mogę zacząć szukać wsparcia. To wsparcie jest szalenie ważne. Jest takie powiedzenie, że „przemoc nie lubi światła". Dzieje się często z dala od wzroku innych. W chwili, kiedy rzucamy światło na problem, czyli zaczynamy o nim mówić, ale też stawiać i komunikować swoje granice, przyjmujemy aktywną postawę. Ta niezgoda to też próba przejęcia kontroli nad sytuacją.

Osoby, które mierzą się z takim problemem, zachęcam, aby wyszły ze swojej (podległej) roli, spojrzały na tę sytuację z perspektywy relacji dorosły-dorosły i z pozycji równoległej określiły, na jakie zachowania się zgadzają, a na jakie nie. Może się bowiem zdarzyć tak, że zajmując niższe stanowisko, tak bardzo wchodzimy w rolę, że nieświadomie dajemy przyzwolenie na to, by osoba postawiona wyżej w hierarchii pozwalała sobie na więcej. To nowe spojrzenie daje poczucie sprawstwa i świadomość, że mamy wybór.

Osobie, która pozostaje w bezpośredniej podległości, może być trudno przeciwstawić się niepożądanym zachowaniom wprost. Ale przecież to wszystko nie dzieje się w próżni! Często tego rodzaju problemy są tzw. tajemnicą poliszynela. Dlatego duża

→

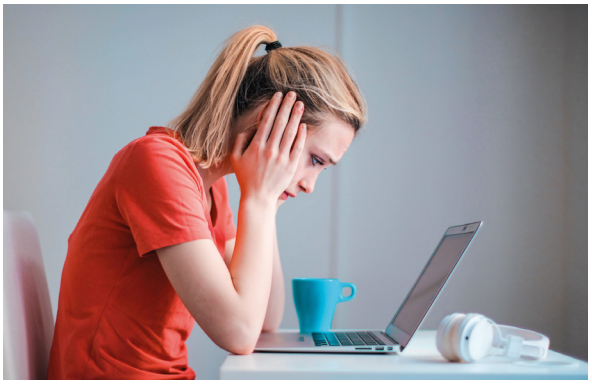
jest tu rola współpracowników na stanowiskach równorzędnych osobie, która zachowuje się w niewłaściwy sposób. Bezwzględnie warto dać jej do zrozumienia, ze swojej, równoległej pozycji: „Widzę, co robisz. To nie powinno mieć miejsca. Porozmawiajmy o tym". Nawiązując do tego, co powiedziałam wcześniej na temat powielania wyuczonych zachowań – być może mobber też potrzebuje jakiejś pomocy i refleksji nad swoim zachowaniem? Ważne jest, aby nie przechodzić nad mobbingiem do porządku dziennego, nawet jeśli niewłaściwe zachowania nie dotyczą nas bezpośrednio.

Ale jak to zrobić, żeby nie zaszkodzić komuś, komu przecież chcemy pomóc? Zapewne wiele osób za najbezpieczniejszą strategię uznaje „nie wtrącanie się". Sytuacja może być trudna również dla osoby trzeciej.

Wiele zależy od tego, na co mamy w sobie gotowość. Ważna jest empatia, okazanie zrozumienia i wsparcia dla osoby, która doświadcza trudnej sytuacji. Potwierdzenie, że widzimy, co się dzieje, zapytanie, czego potrzebuje. Dostrzeżenie tej osoby i jej trudnej sytuacji. Czasem „tylko" tyle potrafi mieć duże znaczenie. Innym sposobem jest skorzystanie z oficjalnej ścieżki i zgłaszanie niepożądanych zachowań do wyznaczonych organów lub osób. Taka możliwość istnieje w każdej organizacji, również w GUMed. Osoba, która jest świadkiem niewłaściwych zachowań, staje się wtedy sygnalistą. Zatem nie ma jednej zasady, ale na pewno warto reagować. Nie być obojętnym. Robić to, co robimy, kiedy widzimy przemoc w innych obszarach naszego życia.

Czy przed mobbingiem można się jakoś ustrzec? Zapobiec występowaniu tego rodzaju zachowań?

Na poziomie indywidualnym chronią nas przed tym trzy elementy. Pierwszy to świadomość – własnych emocji, potrzeb i granic. Druga to umiejętność komunikowania tych granic, asertywna postawa. Trzecia to korzystanie ze swojego wpływu i sprawstwa, unikanie nadmiernej biernej akceptacji, niezgoda na pewne rzeczy. Natomiast na poziomie instytucji bardzo ważne jest kształtowanie i promowanie właściwych postaw wśród osób kierujących zespołami. Rozwój ich kompetencji, nie tylko związanych bezpośrednio z kierowaniem zespołami, ale także tych ukierunkowanych na empatię i dobrą komunikację, ma naprawdę duże znaczenie.



fot. pexels

Jeśli doświadczasz lub jesteś świadkiem zachowań niepożądanych, możesz zgłosić ten fakt do Rektora GUMed na zasadach określonych w Regulaminie Przeciwdziałania Mobbingowi. Postępowanie wyjaśniające przeprowadzi powołana przez Rektora Komisja.

Na koniec jeszcze jedna kwestia: naukowcy i pracownicy administracyjni. W tym podziale część osób też widzi ukrytą nierówność. Tworzymy jedną uczelnię, ale niekiedy wydaje się, że współistnieją w niej dwa światy. Jak, w sposób satysfakcjonujący dla obu stron, ułożyć te relacje?

Jeśli jest tak, że grupy te faktycznie mają odmienne interesy, odmienne priorytety i różne style działania, ja widziałabym w tym raczej zarzewie konfliktów niż nierówności. Starałabym się podejść do tej relacji jak do potencjalnego konfliktu i postępować tak, jak w sytuacji konfliktowej. Czyli na wstępie przyjrzeć się, które interesy tych grup się pokrywają, a które są rozbieżne. Następnie poszukać tego, co nas łączy – płaszczyzn porozumienia i wspólnego celu. I wreszcie zastanowić się, w jaki sposób możemy na tej różnorodności skorzystać.

Bardzo dziękuję Ci za rozmowę.

Ja dziękuję za zaproszenie do podjęcia tego ważnego tematu na łamach Waszego miesięcznika. ■

fot. na s. 32 Aga Mróz

Każdy z pracowników GUMed ma możliwość skorzystania z bezpłatnych indywidulanych konsultacji z Danutą Rocławską. To sprawdzona metoda wsparcia jednostki w sytuacjach kryzysowych, szansa na omówienie problemów, przedyskutowanie wątpliwości oraz uzyskanie cennego, zewnętrznego oglądu sytuacji. To również szansa na wypracowanie rozwiązań, które mogą ułatwić radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w przyszłości.

Szczegóły dostępne są na stronie gumedtoludzie.gumed.edu.pl.

Na stronie jest również dostępny cykl podcastów *Jak zadbać o siebie w pracy?* przygotowany specjalnie z myślą o pracownikach GUMed.

Ochrona prawna przed dyskryminacją w życiu społeczności akademickiej

DR LESZEK PAWŁOWSKI
Zakład Medycyny Paliatywnej,
specjalista w zakresie
prawa medycznego

Do społeczności akademickiej należą studenci, doktoranci i pracownicy uczelni o różnych poglądach, wieku, płci, a niekiedy także narodowości, religii oraz przynależności do kręgu kulturowego. To niewątpliwie wzbogaca tę zbiorowość, ale wymaga również od poszczególnych jej członków uważności, która będzie sprzyjała zapobieganiu dyskryminacji. Polskie prawo wyznacza zasady postępowania i granice w zakresie równego traktowania, które powinny kształtować działalność dydaktyczną, badawczą i organizację uczelni medycznej. Stosuje się je do relacji pomiędzy nauczycielami i studentami, przełożonymi i podwładnymi oraz pracownikami, a także do sytuacji, gdy pacjenci, ich bliscy, uczestnicy badań i inni współpracownicy zewnętrzni, mają kontakt z członkami społeczności akademickiej. Zawinione postępowanie wbrew tym zasadom może doprowadzić do naruszenia dóbr osobistych osoby dyskryminowanej, a w poważnych sytuacjach będzie stanowiło przestępstwo lub okoliczności obciążające, pozwalające sądowi na surowsze potraktowanie sprawcy. Ponadto może zostać uznane za przewinienie dyscyplinarne, uzasadniające pociągnięcie do odpowiedzialności dyscyplinarnej nauczyciela akademickiego, studenta lub doktoranta, a w szczególnych okolicznościach za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu medycznego lub zasad etyki, stanowiące podstawę odpowiedzialności zawodowej. Wyżej opisane rodzaje odpowiedzialności prawnej składają się na system ochrony osoby pokrzywdzonej w wyniku różnych przejawów dyskryminacji [1]. W dalszej części artykułu zostaną przedstawione środki prawne, jakie przysługują tej osobie oraz okoliczności, w których naruszenie zasady równego traktowania może prowadzić do odpowiedzialności prawnej. Nie opisuję w nim problemu dyskryminacji w zatrudnieniu, który jest uregulowany w przepisach Kodeksu pracy i wymagałby obszernego komentarza.

Kiedy dochodzi do nierównego traktowania w znaczeniu prawnym?

Nierówne traktowanie możemy stwierdzić, gdy osoba spotyka się z jednym lub kilkoma spośród następujących zachowań:

- dyskryminacja bezpośrednia;
- dyskryminacja pośrednia;
- molestowanie;
- molestowanie seksualne;
- mniej korzystne traktowanie osoby wynikające z odrzucenia molestowania lub molestowania seksualnego lub podporządkowania się molestowaniu lub molestowaniu seksualnemu;
- zachęcanie do ww. zachowań;
- nakazywanie ww. zachowań [2].

Ustawowe kryteria różnych przejawów nierównego traktowania:

Dyskryminacja bezpośrednia występuje w okolicznościach, gdy osoba ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną jest traktowana mniej korzystnie niż jest, była lub byłaby traktowana inna osoba w porównywalnej sytuacji [2].

Dyskryminacja pośrednia odnosi się do sytuacji, w której dla osoby ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną na skutek pozornie neutralnego postanowienia, zastosowanego kryterium lub podjętego działania występują lub mogłyby wystąpić niekorzystne dysproporcje lub szczególnie niekorzystna dla niej sytuacja, chyba że postanowienie, kryterium lub działanie jest obiektywnie uzasadnione ze względu na zgodny z prawem cel, który ma być osiągnięty, a środki służące osiągnięciu tego celu są właściwe i konieczne [2].

→

fot. pexels

Molestowanie to każde niepożądane zachowanie, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności osoby i stworzenie wobec niej zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery [2].

Molestowanie seksualne stanowi każde niepożądane zachowanie o charakterze seksualnym wobec osoby lub odnoszące się do płci, którego celem lub skutkiem jest naruszenie godności tej osoby, w szczególności przez stworzenie wobec niej zastraszającej, wrogiej, poniżającej, upokarzającej lub uwłaczającej atmosfery; na zachowanie to mogą się składać fizyczne, werbalne lub pozawerbalne elementy [2].

Zakres zakazu nierównego traktowania

Przepisy prawa wprost zakazują nierównego traktowania ze względu na rasę, pochodzenie etniczne lub narodowość w zakresie opieki zdrowotnej oraz oświaty i szkolnictwa wyższego. Zabronione jest również nierówne traktowanie ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne, narodowość, religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną w zakresie podejmowania kształcenia zawodowego, w tym dokształcania, doskonalenia, przekwalifikowania zawodowego oraz praktyk zawodowych, a także działalności w związkach zawodowych i samorządzie zawodowym. Nie jest uznawane za naruszenie prawa nierówne traktowanie ze względu na religię, wyznanie, światopogląd, niepełnosprawność, wiek lub orientację seksualną w zakresie podejmowania środków koniecznych w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa publicznego i porządku, ochrony zdrowia lub ochrony wolności i praw innych osób oraz zapobiegania działaniom podlegającym sankcjom karnym, w zakresie określonym w przepisach prawa [2].

Odpowiedzialność cywilna za naruszenie zasady równego traktowania

Osoba, która jest ofiarą dyskryminacji, molestowania lub innych przejawów naruszenia zasady równego traktowania może domagać się zadośćuczynienia pieniężnego. Jeśli sprawca tego naruszenia odmawia zapłaty zadośćuczynienia, prawo przewiduje możliwość dochodzenia roszczenia przed sądem w postępowaniu cywilnym. Sytuacja procesowa osoby, wobec której naruszono zasadę równego traktowania, jest uprzywilejowana w stosunku do położenia tego, komu zarzuca się naruszenie, ponieważ wystarczy, aby jedynie uprawdopodobniła ten fakt. Z kolei od drugiej strony przepisy ustawy wymagają wykazania (udowodnienia), że nie dopuściła się naruszenia [2].

fot. pexels

Jeśli nierówne traktowanie jest związane z naruszeniem praw pacjenta, pokrzywdzony może ponadto skorzystać z roszczeń przewidzianych w przepisach ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta [3].

Odpowiedzialność karna za dyskryminację

Dyskryminacja jest przestępstwem, jeśli zachodzą okoliczności określone przez Kodeks karny [4]. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji, gdy osoba stosuje przemoc lub groźbę bezprawną wobec grupy osób lub poszczególnej osoby z powodu jej przynależności narodowej, etnicznej, rasowej, politycznej, wyznaniowej lub z powodu jej bezwyznaniowości. Wówczas sprawcy grozi kara od 3 miesięcy do lat 5 pozbawienia wolności (art. 119 Kodeksu karnego). Przestępstwem jest również publiczne znieważenie grupy ludności albo poszczególnej osoby z powodu jej przynależności narodowej, etnicznej, rasowej, wyznaniowej albo z powodu jej bezwyznaniowości, a także naruszenie z takich powodów nietykalności cielesnej innej osoby. Czyny te są zagrożone karą pozbawienia wolności do lat 3 (art. 257 Kodeksu karnego).

Popełnienie przestępstwa motywowanego nienawiścią z powodu przynależności narodowej, etnicznej, rasowej, politycznej lub wyznaniowej ofiary albo z powodu jej bezwyznaniowości będzie stanowiło okoliczności obciążające, które sąd uwzględnia przy wymiarze kary (przepis wejdzie w życie 14 marca 2023 r.).

Odpowiedzialność zawodowa za naruszenie zasady równego traktowania

W szczególnych sytuacjach praktyki medycznej naruszenie zasady równego traktowania może skutkować odpowiedzialnością zawodową, której podlegają osoby wykonujące zawody medyczne (diagności laboratoryjni, farmaceuci, fizjoterapeuci, lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne, a już niebawem również ratownicy medyczni). W okolicznościach, gdy dyskryminacja, molestowanie lub innego rodzaju nierówne traktowanie pacjenta lub jego bliskich, a także współpracowników i innych osób narusza zasady etyki lub przepisy regulujące wykonywanie zawodu medycznego, zachodzi podstawa do wszczęcia postępowania z zakresu odpowiedzialności zawodowej. Sąd funkcjonujący w ramach samorządu zawodowego może z reguły wymierzyć karę upomnienia, naganę, karę pieniężną, zakazać pełnienia funkcji kierowniczych, ograniczyć

→

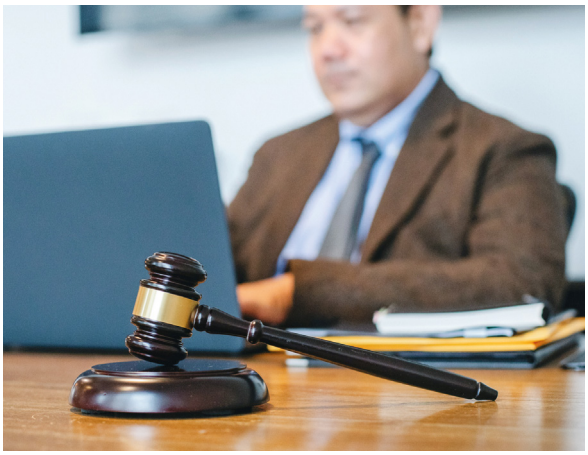
zakres czynności w wykonywaniu zawodu, zawiesić prawo wykonywania zawodu lub pozbawić tego prawa.

Przykładem tego rodzaju naruszenia może być odmowa udzielenia informacji osobie bliskiej przez lekarza w okolicznościach, gdy pacjent jest nieprzytomny lub niezdolny do zrozumienia informacji, jak również w pediatrii, gdy chory nie ukończył lat 16. Przepisy ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (art. 31 ust. 6 w związku z art. 3 ust. 1 pkt. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) zobowiązują lekarza, w wyżej opisanych przypadkach, do przekazania informacji zarówno osobie upoważnionej przez pacjenta, jak i jego małżonkowi lub osobie pozostającej z pacjentem we wspólnym pożyciu (żyjącej w tzw. związku nieformalnym) [3, 5]. Zgodnie z uchwałą składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 25 lutego 2016 r., w której zostało wyjaśnione pojęcie wspólnego pożycia, dotyczy to również związków osób tej samej płci [6]. Należy podkreślić, że wątpliwości lekarza w zakresie tożsamości osoby i jej relacji z pacjentem nie zwalniają z odpowiedzialności przed sądem lekarskim, jeśli w toku postępowania zostanie potwierdzony fakt, iż jest ona osobą bliską. W tych szczególnych warunkach, dotyczących stanu zdrowia lub wieku pacjenta, prawo gwarantuje osobom zaliczonym przez ustawę do jego bliskich równy dostęp do informacji, ponieważ każda z tych osób może przeżywać niepokój i lęk związany z brakiem informacji o pacjencie.

Podobnie osoby upoważnione przez pacjenta i pozostałe osoby bliskie na równych zasadach mogą na jego życzenie być obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 21 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta) [3].

Odpowiedzialność dyscyplinarna studentów, doktorantów i nauczycieli akademickich za naruszenie zasady równego traktowania

Przepisy ustawy „Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce" nie określają wprost naruszenia zasady równego traktowania jako podstawy do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego. Niemniej jednak nie można wykluczyć tego rodzaju odpowiedzialności różnych członków społeczności akademickiej. Nauczyciel akademicki podlega bowiem odpowiedzialności dyscyplinarnej za czyn uchybiający obowiązkom nauczyciela akademickiego lub godności tego zawodu. Z kolei studenci i doktoranci mogą stanąć przed odpowiednimi komisjami dyscyplinarnymi za naruszenie przepisów obowiązujących w uczelni oraz za czyny uchybiające godności studenta lub doktoranta [7]. Nie budzi wątpliwości fakt, że w uczelni obowiązują opisane wcześniej przepisy ustawy o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania, które nakładają na pracowników, doktorantów i studentów obowiązek stosowania zasady równego traktowania i wynikający z niej zakaz dyskryminacji. Naruszenie tego obowiązku może zostać uznane za przewinienie zawodowe, które stanowi podstawę do wszczęcia postępowania dyscyplinarnego.



fot. pexels

Podsumowanie

Zaprezentowane w artykule zasady odpowiedzialności za różne przejawy dyskryminacji i inne naruszenia zasady równego traktowania ukazują środki przysługujące osobie dotkniętej takimi zachowaniami. Zapoznanie się z nimi ma na celu nie tylko dokonanie oceny możliwej odpowiedzialności prawnej, ale przede wszystkim kieruje naszą uwagę na potrzebę wzajemnej otwartości, uważności i zrozumienia. Dbałość o przestrzeganie zasady równego traktowania w życiu społeczności akademickiej będzie sprzyjała temu, abyśmy czuli się dobrze we wspólnocie Uczelni, jak również temu, by czuć się tu mogła dobrze każda inna osoba. ■

DR LESZEK PAWŁOWSKI

BIBLIOGRAFIA

Podstawowe akty prawne
(dostęp *online* z dnia 14.02.2023)

1. Ochrona przed dyskryminacją w Polsce. Stan prawny i świadomość społeczna.
2. Ustawa z dnia 3 grudnia 2010 r. o wdrożeniu niektórych przepisów Unii Europejskiej w zakresie równego traktowania.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.
6. Sąd Najwyższy. Uchwała I KZP 20/15.
7. Ustawa z dnia 20 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Nierówności w zdrowiu i dostępie do usług medycznych osób starszych w Polsce

Z mgr. Adrianem Lange – prawnikiem zarządzającym projektem *PolSenior2*, głównym specjalistą ds. badań naukowych Zakładu Prewencji i Dydaktyki, rozmawia redaktorka naczelna „Gazety GUMed" **Małgorzata Omilian-Mucharska**.

Mgr Adrian Lange

Rozmawiamy w związku z prowadzoną obecnie w Uczelni kampanią antydyskryminacyjną *Różni i Równi*. Projekt *PolSenior* od wielu lat zajmuje się sytuacją zdrowotną ludzi starszych w Polsce, stąd moje pierwsze pytanie: czy seniorzy są w naszym kraju równo traktowani w obszarze zdrowia?

Dziękuję za zaproszenie do rozmowy na ten temat – kampanie dotyczące występujących w społeczeństwie nierówności są ważne i potrzebne. Nierówności w tym zakresie możemy podzielić na różnice w dostępie do usług i różnice w samym stanie zdrowia seniorów. Oba rodzaje nierówności to problem nie tylko naszego kraju, ale też wielu społeczeństw o różnym stopniu rozwoju. Istotną kwestią jest zlokalizowanie i zdefiniowanie czynników, które je powodują, dzięki czemu będzie ich można uniknąć w przyszłości.

Na jakim tle występują te nierówności?

Nierówności występują na różnych poziomach i w wielu obszarach. Niektóre z różnic dotyczą cech indywidualnych, wrodzonych, które trudno jest zniwelować systemowo. W monografii *PolSenior2* autorzy wskazali na szereg różnic, m.in. ze względu na wiek, płeć i miejsce zamieszkania, w odniesieniu do aspektów zdrowotnych i konkretnych jednostek chorobowych. Teorii powstawania nierówności, a w zasadzie związków przyczynowo-skutkowych, w stanie zdrowia jest bardzo wiele. Różnią się one pod względem poziomu ogólności, niekiedy są też kompilacją czynników o różnej wadze, np. pozycji społecznej, dostępu do zasobów, zachowań społecznych czy ekspozycji na dane środowisko.

W naszym badaniu wskazaliśmy na występowanie różnic w stanie zdrowia ze względu na status społeczno-ekonomiczny (SES). Niski SES jest bardzo silną determinantą występowania zaburzeń poznawczych, objawów depresji, niesprawności i złego stanu zdrowia. Uzyskane wyniki potwierdziły istotne znaczenie zarówno poziomu wykształcenia, jak i sytuacji finansowej gospodarstwa domowego dla występowania nierówności w zdrowiu w populacji starszych kobiet i mężczyzn. Zaobserwowano, że w grupach o tym samym poziomie wykształcenia stan zdrowia pogarszał się wraz z sytuacją ekonomiczną, natomiast w grupach o podobnej sytuacji ekonomicznej gorszy stan zdrowia prezentowali seniorzy z niższym poziomem wykształcenia. Największe różnice dotyczyły seniorów z najniższym SES w odniesieniu do pozostałych grup, co zwraca uwagę na potrzebę bardziej wnikliwego przyjrzenia się tej grupie, jej monitorowania i opieki nad nią. Paradoksalnie, abstrahując od skali i przyjmując mniej powszechną teorię, to zły stan zdrowia, szczególnie na wczesnym etapie życia może być przyczyną niskiego statusu społeczno-ekonomicznego w kolejnych latach.

Jak wygląda dostępność usług medycznych dla seniorów?

W badaniu wskazano na trudności w dostępie do niektórych usług specjalistycznych, np. rehabilitacji leczniczej. Niemniej jednak zdecydowana większość seniorów jest raczej zadowolona z opieki medycznej. Gorsza dostępność do usług medycznych dotyczy szczególnie najstarszej grupy wiekowej i osób mieszkających na terenach wiejskich, co może wynikać np. z trudności komunikacyjnych. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy może być także słaby dostęp do internetu i nieumiejętność korzystania z sieci.

Wyniki badania *PolSenior2* wskazują, że ok. 57% populacji polskich seniorów jest dotknięta wykluczeniem cyfrowym, utożsamianym z nieużywaniem internetu, a 65% nie korzysta z internetu w sprawach związanych ze zdrowiem. Wydaje się, że część seniorów, szczególnie najstarszych, nie była przygotowana na naturalny dla młodszego pokolenia postęp w dziedzinie cyfryzacji i telemedycyny, co powoduje duże nierówności prowadzące do wykluczenia w zakresie dostępu do usług zdrowotnych. Planujemy dalsze pogłębione analizy biorące pod uwagę szereg innych czynników społecznych mogących mieć wpływ na równość w dostępie do usług, jak i występowanie dysproporcji w stanie zdrowia osób starszych.

→

Statystyki GUS pokazują, jak zmienia się struktura wiekowa ludności w Polsce. Mamy ujemny przyrost naturalny, a liczba osób w wieku 60+ od kilkunastu lat systematycznie wzrasta. Do tego obserwujemy „podwójne starzenie się ludności", co oznacza, że odsetek osób w wieku 80+ rośnie szybciej niż odsetek ogółu osób starszych w społeczeństwie. Czy tej rosnącej grupie seniorów zapewniamy opiekę na odpowiednim poziomie?

Dostępność i poziom satysfakcji seniorów z usług medycznych z pewnością może ulec poprawie. Wyniki uzyskane w badaniu *PolSenior2* wskazują, że odsetek osób, które wyrażają pogląd, że z uwagi na stan zdrowia potrzebują pomocy innych osób, waha się od niemal 4% w grupie wieku 60-64 lata do ponad 50% w grupie 80-latków. Potrzeby są, jednak wciąż jest za mało lekarzy ze specjalizacją z geriatrii, a także oddziałów geriatrycznych czy rehabilitacyjnych. Eksperci wskazują również na potrzebę zintegrowanego systemu opieki nad osobami starszymi i współdziałanie opieki medycznej i społecznej.

Jakie rozwiązania systemowe powinny zostać wdrożone i które specjalizacje medyczne powinny być dostępne dla seniorów w większym stopniu? A poza tym – jak wyeliminować różnice w dostępie do ochrony zdrowia pomiędzy miastem a wsią?

Jak wspomniałem, potrzebni są geriatrzy i lekarze rehabilitacji. Samo wpisanie specjalizacji na listę priorytetowych wydaje się niewystarczające. Istnieje potrzeba uatrakcyjnienia wybranej ścieżki kariery. Nasze badania pokazały, że istnieją duże potrzeby opieki nad osobami starszymi w takich dziedzinach jak otolaryngologia, okulistyka, kardiologia, psychiatria i neurologia, a także pielęgniarska opieka domowa.

Różnice w stanie zdrowia osób starszych żyjących w mieście i na wsi wynikają przede wszystkim z większej liczby seniorów o niższym SES zamieszkałych na wsi. Dystans rozwojowy pomiędzy miastem a wsią systematycznie spada, natomiast aby przyspieszyć eliminację różnic, należy skupić się przede wszystkim na grupach o niskim SES.

W naszym kraju długość życia kobiet to 79,8 lat, a mężczyzn 71,8. Od zakończenia aktywności zawodowej (odpowiednio 60. i 65. rok życia) mężczyznom pozostaje zatem niespełna 7 lat życia, a kobietom 20 lat. To też jest widoczna dysproporcja. Co Pan myśli o zrównaniu wieku emerytalnego? To by było równościowe rozwiązanie, tylko czy powinniśmy równać w górę, czy w dół?

Granica wieku, od jakiej powinna zaczynać się emerytura, z pewnością była, jest i będzie przedmiotem wielu dyskusji. Przyzwyczailiśmy się do tego, iż co parę lat temat jest wykorzystywany jako instrument polityczny przed kolejnymi wyborami. Z pewnością przyjęcie sztywnych reguł dla całej populacji niesie za sobą występowanie szeregu nierówności i niesprawiedliwości. Specyfikacja pracy i liczba zawodów

fot. pexels

uległa znacznemu zróżnicowaniu w stosunku do stanu sprzed kilkunastu czy kilkudziesięciu lat. Na wiek emerytalny powinno się spojrzeć zdecydowanie bardziej nowocześnie i podjąć dialog dotyczący dostosowania go do potrzeb i woli jednostki, charakteru pracy i stanu zdrowia, tak aby nie stanowił on przymusu, lecz możliwość. Ważne jest przy tym zapewnienie godnych warunków osobom, które z prawa przejścia na emeryturę chcą skorzystać, ponieważ mają taką wolę lub wskazuje na to ich stan zdrowia.

Jaki urząd zajmuje się prawami osób starszych? Jak państwo dba o prawa seniorów, walczy ze stereotypami, rozpoznaje i piętnuje przypadki dyskryminacji osób starszych?

Jest to jedno z zadań Rzecznika Praw Obywatelskich. Osoby starsze, których prawa nie są przestrzegane lub które są dyskryminowane, mogą zwrócić się do rzecznika o pomoc. W Polsce głównym dokumentem chroniącym prawa człowieka, w tym osób starszych, jest Konstytucja. Władze publiczne mają szczególny obowiązek zapewnienia opieki zdrowotnej dzieciom i osobom starszym. Z uwagi na starzenie się społeczeństw polityka senioralna w Unii Europejskiej zyskuje coraz bardziej na znaczeniu. Z pewnością także w Polsce możemy się spodziewać bardziej wyodrębnionego prawnego systemu działań na rzecz osób starszych. Kto wie, może powstanie funkcja Rzecznika Praw Osób Starszych?

W naszym kampanijnym haśle jest słowo „równi", ale czy nie należałoby przy okazji przypomnieć, że wiek senioralny wiąże się także z przywilejami? Jakiego rodzaju są to korzyści?

Chyba nie tylko mi na myśl przychodzą zniżki na przejazdy, a dla grupy 70+ bezpłatna komunikacja miejska. Seniorzy korzystają także ze zniżek oferowanych przez publiczne i prywatne instytucje kulturalne i sportowe. Warto też wspomnieć, że seniorzy są zwolnieni z abonamentu radiowo-telewizyjnego, co wydaje się być bardzo słusznym rozwiązaniem. Za największy sukces wśród działań adresowanych do seniorów w obszarze polityki zdrowotnej należy uznać realizowany od 2015 r. program Leki 75+. Darmowy dostęp do lekarstw znacząco wpływa na poprawę zdrowia. Miejmy nadzieję, że w obliczu zwiększania się liczby osób starszych program będzie kontynuowany. ■

Pacjent głuchy u lekarza. Cz. 2: Propozycje rozwiązań

MGR JOANNA ROCZYŃSKA
Zakład Ratownictwa Medycznego

Cz. 1 artykułu przedstawia problemy, na jakie w przestrzeni placówek ochrony zdrowia napotykają osoby głuche; tekst został opublikowany w „Gazecie GUMed" 2023, nr 2, s. 52-54.

Podstawowe problemy osób niesłyszących w kontaktach z ochroną zdrowia wynikają z bariery komunikacyjnej oraz braku wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania tej społeczności. W sytuacjach ekstremalnych problemy te mogą skutkować nawet zagrożeniem zdrowia i życia głuchego pacjenta. Z tego powodu należy przyjrzeć się konkretnym sytuacjom, w których głusi pacjenci zasługują na szczególną uwagę.

Pogotowie ratunkowe

Wezwanie pogotowia

Problem: Przez lata większość niesłyszących pacjentów miała ogromne problemy, aby w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia wezwać ratownictwo medyczne. Dopiero w 2020 r. MSWiA uruchomiło aplikację Alarm 112. Umożliwia ona osobom, które nie mogą wykonać połączenia głosowego, wysyłanie zgłoszeń alarmowych do Centrum Powiadamiania Ratunkowego.

Rozwiązanie: Jako że starsze osoby czasami nie są biegłe w obsłudze smartfonów i nie wiedzą, jak korzystać ze wspomnianej aplikacji, priorytetem powinna stać się edukacja osób niesłyszących dotycząca korzystania z aplikacji Alarm 112.

Wywiad na miejscu wezwania

Problem: Gdy ratownictwo medyczne przyjeżdża do niesłyszącego pacjenta, którego pozostali członkowie rodziny także są niesłyszący, pojawia się problem z przeprowadzeniem skutecznego wywiadu. Dlatego zdarza się, że zespół ratowniczy, nie chcąc ryzykować zdrowiem pacjenta, przewozi osobę do szpitala, jednak przeprowadzone tam badania wykazują, że nie było to konieczne.

Rozwiązanie: Edukacja osób niesłyszących i przekonanie o wartości korzystania z „koperty życia". Jest to koperta przyczepiona w widocznym miejscu, np. na magnes do lodówki. Zawiera informacje dotyczące kondycji zdrowotnej (poważnych chorób przebytych przez pacjenta lub tych, na które obecnie choruje), przyjmowanych lekach, ewentualnych alergiach, osobach, które należy powiadomić w przypadku chęci przewiezienia pacjenta do szpitala, a także numer PESEL oraz podstawowe dane personalne.

Szpitalne Oddziały Ratunkowe

Problem: Gdy niesłyszący pacjent trafia na SOR, podstawowymi problemami są komunikacja z personelem w rejestracji, wezwanie pacjenta oraz przeprowadzenie wywiadu.

Rozwiązania: Przeszkolenie pracowników w kwestii specyficznych potrzeb komunikacyjnych osób niesłyszących. Uświadomi im to, że nie mogą werbalnie wzywać pacjenta oraz że przeprowadzenie wywiadu za pomocą „czytania z ruchu warg"

→

może być nieskuteczne i wprowadzać w błąd odnośnie do stanu zdrowia pacjenta.

Uwrażliwienie personelu na konieczność przekazywania informacji o pacjencie niesłyszącym między kolejnymi zmianami, m.in. na temat tego, że pacjenta należy wezwać, podchodząc do niego.

Rozważenie wykorzystania do zebrania wywiadu „Karty komunikacji z osobą głuchą". Jest to narzędzie, które za pomocą piktogramów i uproszczonego zapisu pozwala zebrać informacje o dolegliwościach pacjenta. Umożliwia ono także zapytanie pacjenta o zgodę na konkretne działania medyczne. Użycie tego narzędzia wymaga przeszkolenia personelu.

Rozważenie przeszkolenia od dwóch do trzech pracowników z podstaw komunikacji w polskim języku migowym. Pozwoli to wyposażyć osoby w konkretną i rzetelną wiedzę na temat specyfiki funkcjonowania pacjenta niesłyszącego oraz ułatwi komunikację z nim.

Wykorzystanie tabletu lub komputera do tłumaczenia *online*. Coraz więcej firm prywatnych, a także stowarzyszeń świadczy usługi tłumaczenia w trybie rzeczywistym. Wykupienie takiej usługi, np. w ramach abonamentu, ułatwi komunikację nie tylko w rejestracji, ale również w gabinetach lekarskich. Wystarczy do tego komputer lub tablet wyposażony w kamerę i podłączony do internetu.

Poradnie

Rejestracja

Problem: Osoby z uszkodzonym słuchem doświadczają barier komunikacyjnych z personelem medycznym już na etapie rejestracji.

Rozwiązania: Oczywiście najlepszym pomysłem na początek jest podstawowe szkolenie z zakresu obsługi głuchego pacjenta. Uzmysłowi ono zakres problemu i być może wzbudzi empatię względem osób głuchych.

Jeżeli do przychodni lub poradni, w której pracujemy, przychodzą osoby niesłyszące, warto na karcie tej osoby umieścić informację, że jest to osoba, która ma szczególne wymagania komunikacyjne. Będzie to informacja dla wszystkich członków personelu, że powinni poświęcić tej osobie szczególnie dużo uwagi.

Skorzystanie z tłumaczenia *online* w czasie rzeczywistym.

Odwoływanie, przesunięcie badania/wizyty

Problem: Kolejna trudność, która rodzi wiele konsekwencji, to komunikowanie się z pacjentami w przypadku odwołania, przesunięcia badania/wizyty za pomocą połączeń telefonicznych.

Głusi posiadają telefony, jednak służą im one do rozmów wideo lub wysyłania wiadomości w postaci filmików. Przez to, że nie wiemy, iż mamy do czynienia z głuchym pacjentem, pokonują oni czasem wiele kilometrów, aby przekonać się, że wizyta czy badanie zostało przesunięte.

Rozwiązanie: Ważne jest, aby informacja, że mamy do czynienia z głuchym pacjentem, znalazła się w systemie placówki. Dzięki temu osoba chcąca poinformować o ważnych zmianach czy wynikach badań oczekujących na odbiór będzie wiedziała, że musi to zrobić za pomocą smsa lub e-maila.

Zajęcie kolejki

Problem: Po dokonaniu rejestracji głuchy pacjent staje przed wyzwaniem związanym z zajęciem kolejki. Dla wielu jest to

→

rzecz banalna, jednak dla niesłyszących bywa źródłem nieustannych frustracji.

Rozwiązania: Rozwiązaniem problemu może być zainstalowanie systemu opartego na pobieraniu numerków, tzw. systemu kolejkowego. Jest to najwygodniejszy system, gdyż nie wymusza na niesłyszącym komunikacji z osobami, które również oczekują na wejście do gabinetu. Problemem może tu być jedynie przeczytanie i wybranie odpowiedniej sekcji z dyspensera. Pacjent może tu wymagać wsparcia osoby, u której się rejestrował.

W przypadku mniejszych placówek można skorzystać z najprostszej i bezpłatnej metody, czyli podejść z głuchym pacjentem i pomóc mu ustalić, który pacjent jest ostatni, i wskazać tę osobę. Można dodatkowo uprzedzić medyka, że w kolejce oczekuje pacjent niesłyszący.

Wywiad lekarski

Problem: Najczęstszymi metodami komunikacji, które personel medyczny wykorzystuje w kontakcie z głuchym pacjentem, są czytanie z ruchu warg i komunikacja za pomocą pisma. Oba sposoby często nie zapewniają sukcesu komunikacyjnego.

Rozwiązania: Ponownie kluczem do sukcesu jest szkolenie dla personelu medycznego, które pozwoli uzmysłowić ogrom barier i przyczyny, z jakich wynikają, a także wskaże na konkretne rozwiązania i narzędzia, z których można korzystać.

I w tym przypadku w kontakcie z głuchym pacjentem można skorzystać z „Karty komunikacji z osobą głuchą", która jest dostosowana do potrzeb poradni. Konieczne jest przeszkolenie personelu w zakresie korzystania z niej. Karta jest dostępna bezpłatnie, można ją wydrukować i udostępnić osobom, które muszą dokonać wywiadu medycznego z niesłyszącym pacjentem.

Zalecenia lekarskie lub pielęgniarskie

Problem: Bardzo często efektem wizyty lekarskiej, która nie została zwieńczona sukcesem komunikacyjnym, jest brak wiedzy pacjenta na temat diagnozy oraz nierealizowanie zaleceń lekarskich bądź pielęgniarskich dotyczących dalszego postępowania i dawkowania lekarstw. Efektem może być zaniechanie leczenia, a w efekcie rozwój choroby.

Rozwiązania: Chociaż osoby niesłyszące mogą mieć duży problem ze zrozumieniem pisma, to właściwe będzie zapisanie: wniosków z wizyty, diagnozy, zaleceń lekarskich i planów dalszego postępowania, np. konieczności wykonania dodatkowych badań. Dobrym pomysłem będzie również zapisanie, gdzie dane badania można wykonać lub gdzie udać się do kolejnego specjalisty. Dzięki temu osoby niesłyszące będą mogły udać się do któregoś ze stowarzyszeń osób głuchych i poprosić o tłumaczenie. Będą mogły też skorzystać z pomocy słyszącego członka rodziny lub słyszącego znajomego, który jest biegły w języku migowym.

Warto też pamiętać, że jeżeli przedmiot rozmowy jest bardzo ważny (ciężka choroba, ważne zalecenia), lepiej poprosić osobę niesłyszącą, aby pojawiła się z tłumaczem, gdyż nie możemy pozwolić sobie na pomyłkę i ryzykować, że pacjent nie zrozumie tego, co mamy do powiedzenia.

Badania

Problem: Spośród różnych badań te, które generują najwięcej trudności, są związane z diagnostyką obrazową, zwłaszcza z tomografią komputerową, gdzie niemożliwy jest kontakt wzrokowy z pacjentem. Bywa, że pacjentom niesłyszącym odmawia się realizacji tego typu badań, gdyż personel nie ma pomysłu, jak je wykonać.

Rozwiązania: Nabywanie i korzystanie z aparatury, która jest wyposażona w sygnały świetlne. Przykładowo, jeżeli niesłyszący ma nabrać powietrza, w urządzeniu zapala się lampka. Wcześniej należy za pomocą gestów wytłumaczyć niesłyszącemu, jak ma się zachowywać podczas procedury badania.

Jeżeli urządzenie, którym dysponuje placówka, nie jest wyposażone w sprzęt z sygnałami świetlnymi, można za pomocą gaszenia i zapalania światła w pomieszczeniu wyjaśnić, jak niesłyszący pacjent ma się zachowywać. Na przykład, kiedy światło gaśnie, należy wziąć oddech, a kiedy ponownie się zapala, wypuścić powietrze. Oczywiście mowa tu o badaniach, w trakcie których pacjent leży i nie ma kontaktu wzrokowego z personelem. Jeżeli mamy kontakt wzrokowy z pacjentem i spodziewamy się jego konkretnego zachowania, możemy wykonać gest, którym wyjaśnimy, czego od niego oczekujemy.

Większość omówionych powyżej trudności nie będzie miała racji bytu, jeżeli zdecydujemy się na skierowanie kilku pracowników placówki lub sami weźmiemy udział w kursie polskiego języka migowego.

Hospitalizacja

Obchód lekarski

Problem: Bardzo duża liczba głuchych pacjentów zgłasza problem z dostępem do informacji. Ponieważ personel medyczny często nie ma wiedzy, w jaki sposób komunikować się z głuchym pacjentem, całkowicie pomija informowanie pacjenta o jego stanie zdrowia w trakcie obchodu lekarskiego.

Rozwiązanie: Najlepszym rozwiązaniem jest obecność pracownika przeszkolonego w zakresie komunikowania się w języku migowym. Kiedy jednak w placówce nie ma jeszcze tak wykwalifikowanego pracownika, warto skorzystać z tłumaczeń *online*. Wyposażenie zespołu w tablet z dostępem do internetu i wbudowaną kamerą nie generuje wielkich kosztów, a pozwoli nam uszanować prawo pacjenta do informacji o swoim stanie zdrowia, wyrazić słowa wsparcia i przekazać wiadomości o prognozach w temacie stanu zdrowia.

Zgody

Problem: Jest to jeden z bardziej drastycznych przejawów naruszania praw niesłyszącego pacjenta. Problemy dużej części osób głuchych z czytaniem i pisaniem sprawiają, że nie mają one wiedzy na temat tego, na co wyrażają zgodę, podpisując podsuwane im dokumenty.

Rozwiązania: Aby zapewnić pacjentowi wiedzę na temat wyrażanych zgód, najlepsze wydaje się przetłumaczenie ich na polski język migowy i okazanie w postaci filmu w stosownym momencie na tablecie lub ekranie komputera. Na dobrze zmontowanym filmie tłumaczony fragment zgody powinien się podświetlać w chwili tłumaczenia.

Innym rozwiązaniem jest obecność tłumacza, którym może być przeszkolony pracownik, zawodowy tłumacz, tłumacz *online* lub tłumacz przybrany, czyli członek rodziny lub znajomy pacjenta.

Tłumacze

Obecność tłumacza jest fundamentalna dla zapewnienia pacjentowi realizacji jego praw. Osoba niesłysząca ma prawo do obecności tłumacza, o czym mówi „Ustawa o języku migowym i innych środkach komunikowania się" z 19 sierpnia 2011 r. Zgodnie z nią placówki administracji publicznej (urzędy miast i gmin, starostwa powiatowe, urzędy skarbowe itp.), służby ratowniczo-interwencyjne (komendy i posterunki policji, komendy straży pożarnej, pogotowie ratunkowe), publiczne jednostki ochrony zdrowia (szpitale, kliniki, przychodnie) a także firmy telekomunikacyjne **muszą** zapewnić niesłyszącym możliwość skorzystania z usługi tłumacza języka migowego.

Warto pamiętać, że osoba niesłysząca może pojawić się z tłumaczem przybranym, np. członkiem rodziny. W takim wypadku należałoby upewnić się, że osoba ta ma ukończony 16. rok życia, gdyż osoby poniżej tego wieku nie mogą pełnić roli tłumacza ze względu na niewystarczającą dojrzałość psychiczną do przekazywania informacji na temat zdrowia i życia bliskiej osoby, mogą też nie posiadać wystarczającej wiedzy ogólnej, aby rzetelnie przekazać informację medyczną.

Należy pamiętać, by w obecności tłumacza kierować komunikaty do osoby niesłyszącej, być skierowanym w jej stronę i patrzeć na nią. Osoby głuche odbierają jako lekceważenie kierowanie komunikatów, które dotyczą ich zdrowia,

→

do tłumacza, a także nawiązywanie z nim kontaktu wzrokowego i kierowanie uwagi w jego stronę.

Oznaczenia placówek

Problem: Brak informacji dostosowanej do osób o szczególnych potrzebach komunikacyjnych na temat dostępności placówki i panujących w niej udogodnieniach.

Rozwiązania: Jeżeli placówka jest przygotowana do obsługi głuchego pacjenta, istotne jest oznaczenie jej w odpowiedni sposób.

W punktach (rejestracja, gabinet lekarski, punkt informacyjny), gdzie niesłyszący mogą liczyć na zapewnienie konkretnych usług i udogodnień, powinien pojawić się odpowiedni piktogram.

Obok zaprezentowane zostały trzy najczęściej wykorzystywane piktogramy, których użycie oznacza, że zostały spełnione precyzyjne wymagania dotyczące udogodnień.

Piktogram oznacza dostępność dla osób niesłyszących i niedosłyszących. Aby móc użyć tego znaku, wymagane jest posiadanie minimum dwóch z poniższych udogodnień: • informacje na ekranach wideo i tablicach neonowych; • tablice informacyjne, drogowskazy w formie języka obrazkowego (symbolicznego); • pomoce techniczne dla osób niedosłyszących (np. wzmacniacze dźwięku, słuchawki); • dostępność osoby znającej język migowy.	Piktogram oznacza, że placówka jest wyposażona w pętle indukcyjne. Narzędzie to służy osobom **słabosłyszącym** korzystającym z aparatów słuchowych lub implantów ślimakowych do odbierania wyraźniejszego dźwięku poprzez eliminację hałasu i pogłosu.	Piktogram oznacza, że w placówce dostępna jest osoba znająca język migowy. Aby użyć tego znaku, trzeba spełnić jedno z poniższych wymagań: • mieć do dyspozycji osobę znającą język migowy; • mieć możliwość skorzystania z tłumacza polskiego języka migowego przez internet.

Jeżeli placówka jest rozległa, warto umieścić przy wejściu na jej teren mapę z planem, na którym w miejscach, gdzie dostępne są konkretne udogodnienia, będą naniesione powyższe piktogramy.

Strony internetowe

Problem: Kolejną kwestią ważną dla osób niesłyszących jest dostosowanie stron internetowych do ich potrzeb. Osoby niesłyszące poruszają się dość płynnie w przestrzeni internetu, dlatego można to wykorzystać do przekazywania informacji i komunikacji z nimi.

Rozwiązanie: Jeżeli placówka jest gotowa na przyjęcie pacjentów z uszkodzonym słuchem, warto podać tę informację na stronie internetowej placówki, przygotowując specjalną sekcję na stronie. Oznaczamy ją odpowiednim piktogramem – najczęściej jest to piktogram, na którym na niebieskim tle widnieje biały zarys przekreślonego ucha. Kliknięcie symbolu przenosi nas do sekcji przeznaczonej dla osób z uszkodzonym słuchem. Tam niesłyszący powinien móc znaleźć podstawowe informacje na temat funkcjonowania placówki przetłumaczone na język migowy.

Możliwe jest też zamieszczenie na stronie informacji o udogodnieniach przygotowanych z myślą o niesłyszących, np. o możliwości korzystania z tłumaczeń *online* czy obecności tłumacza. Poprzez stronę internetową możemy poinformować pacjenta np. o możliwości wystawiania recept czy rejestracji wizyty za pomocą wiadomości **sms lub e-maili**. Można przygotować wzór takiej wiadomości, w którym pacjent będzie musiał tylko uzupełnić informacje. Warto stworzyć przeznaczony do komunikacji z głuchymi pacjentami adres mailowy i/lub numer telefonu, aby mogli oni komunikować się z placówką. Osoba obsługująca ten numer czy adres będzie wiedziała,

→

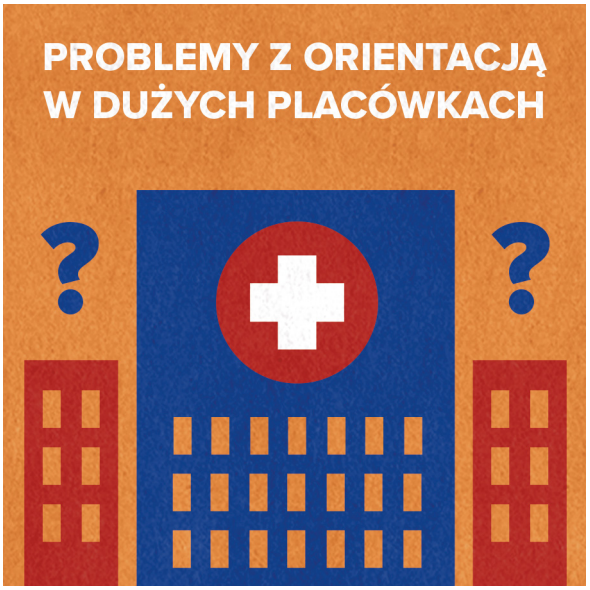
że język pisany, którym posługują się niesłyszący, może być specyficzny i zawierać błędy.

W ramach strony internetowej i jej części poświęconej niesłyszącym pacjentom istotne jest zamieszczenie mapki informacyjnej, która podpowie im, gdzie w ramach placówki powinni zgłosić się, aby uzyskać wsparcie w komunikacji. Dotyczy to zwłaszcza dużych placówek, które mogą mieć wiele budynków, punktów informacyjnych, rejestracji, poradni itp.

Duże placówki – większe wyzwania i większe możliwości

Problem: W rozległych placówkach, które składają się z wielu budynków lub mieszczą się w jednym ogromnym budynku, głusi mają trudność, żeby trafić we właściwe miejsce. Tracą czasem godziny, aby odszukać na terenie danego kompleksu właściwe miejsce.

Rozwiązanie: W takich placówkach świetnym pomysłem, prócz wymienionych już wyżej propozycji rozwiązań, byłoby przeszkolenie części personelu do pełnienia roli asystenta osoby niesłyszącej. Taka osoba, wezwana np. do punktu informacyjnego, mogłaby zaprowadzić osobę niesłyszącą do odpowiedniej rejestracji, budynku, na badanie czy do poradni. W czasie przebywania osoby głuchej w placówce towarzyszyłaby jej, ułatwiając jej poruszanie się, pomagając w rejestracji, zajęciu kolejki itp. Mogłaby być wyposażona we wspomniany



już tablet, dzięki któremu mogłaby komunikować się z tłumaczem *online* lub zapoznać niesłyszącego z tłumaczeniem na język migowy odpowiednich zgód. Tak przeszkolone osoby w czasie, gdy w placówce nie byłoby osób głuchych, mogłyby oczywiście realizować inne zadania. ■

MGR JOANNA ROCZYŃSKA

grafiki – Izabela Szeibelis-Deskiewicz/GUMed

Porozmawiajmy o *body-shamingu* w mediach społecznościowych

OLIWIA SAWIŃSKA
Studentka III roku psychologii zdrowia, członkini SKN Psychologii

XXI w. stawia przed współczesnym człowiekiem wiele wyzwań. Część z nich, wynikająca ze zmiany tempa i warunków życia, stanowi nowość, z którą ludziom w poprzednich stuleciach nie przyszło się mierzyć. Niektóre natomiast towarzyszą człowiekowi od zawsze i są pochodną ogólnie przyjętych zasad życia społecznego.

Postęp techniczny, wynalezienie internetu i mediów społecznościowych zrewolucjonizowały nasz dotychczasowy obraz świata. Na styl życia, który obecnie prowadzimy, wpływa rozwój nowoczesnych technologii. Możliwości, które daje nam korzystanie z sieci, mają ambiwalentny charakter. Z jednej strony internet zapewnia nam poczucie anonimowości, z drugiej pozwala dzielić się licznymi aspektami naszego funkcjonowania z szerokim, często nieokreślonym gronem odbiorców. Ekspozycja w połączeniu z poczuciem bezpieczeństwa zapewnia korzystne warunki rozwoju dla mowy nienawiści, czyli, kolokwialnie rzecz ujmując – hejtu. Jeśli nienawiść dotyka aspektu cielesności, mamy do czynienia z tzw. *body-shamingiem*.

→

Body-shaming występuje za każdym razem, kiedy ciało danej osoby jest poddawane ocenie bez jej zgody, co naraża ją na poniżenie i krytykę oraz wywołuje poczucie wstydu. *Body-shaming* nie ogranicza się do specyficznego typu sylwetki i cech zewnętrznych, lecz obejmuje ich szerokie spektrum. Może charakteryzować się podejmowaniem określonych aktywności bądź wręcz przeciwnie – zaniechaniem ich podejmowania.

Brzmi dość zawile, jak to bywa z definicjami. Zanim jednak zagłębimy się w temat *body-shamingu*, musimy powiedzieć trochę o życiu w późnokapitalistycznym społeczeństwie.

Obecny ustrój społeczno-gospodarczy narodził się na przełomie XVIII i XIX w., wraz z rewolucją przemysłową. Problemy, z którymi obecnie się zmagamy, a które swoje źródło mają właśnie w ustroju kapitalistycznym, to nadmierna konsumpcja i nacisk kładziony na wysoką produktywność, której celem jest maksymalizacja zysków. Nowoczesne technologie i media społecznościowe są produktem przemian przemysłowych, ale także ich sojusznikiem i idealnym narzędziem wspomagającym. Czytelnik być może w tej chwili zadaje sobie pytanie: „Ale co to ma do *body-shamingu*?". Otóż to, że w efekcie współcześnie mamy bardzo wymagający i ulegający dynamicznym przemianom kanon piękna.

Słynne, chwytliwe hasło „nie jesteś brzydki_a, jesteś po prostu biedny_a" krąży po internecie od dawna i opiera się na fakcie powszechnego stosowania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej wśród celebrytów. Mając na uwadze wymagania stawiane im przez przemysł (nieważne, czy mówimy o Hollywood, branży modowej, przemyśle muzycznym itd.), fakt ten jest w pełni zrozumiały. Niestety nie tylko talent się liczy, zatem wygląd w branży rozrywkowej jest bardzo ważny. Dlatego ten, kto wygląda najlepiej, z dużym prawdopodobieństwem łatwiej znajdzie zatrudnienie. Wszyscy zdajemy sobie sprawę ze stosowanych przez gwiazdy i influencerów zabiegów upiększających, profesjonalnie wykonanego makijażu, bycia pod czujnym okiem dermatologa i trenera personalnego oraz modyfikacji zdjęć, które publikują w sieci, w specjalnie do tego stworzonych programach. A mimo to się do nich porównujemy. Wymogowi perfekcji trudno jednak sprostać.

Obecnie obowiązujący kanon piękna bombarduje nas więc z każdej strony – oglądamy go w filmach, widzimy w reklamach, stykamy się z nim nawet na zakupach (czy zastanawialiście się kiedyś nad tym, jak identyczny rozmiar wszystkich manekinów w sklepie odzieżowym wpływa na wasz sposób myślenia?). Bardzo często rejestrujemy go tylko na poziomie podświadomym. Szczególnie narażone są dziewczynki, ponieważ lalki i dziewczęce postaci z kreskówek są do siebie podobne jak krople wody. Tym sposobem obowiązujący kanon piękna zostaje przez nas **zinternalizowany**.

Internalizacja to w psychologii pojęcie oznaczające akceptowanie pochodzących z zewnątrz poglądów, zwyczajów, przekonań, standardów oraz wartości i przyjmowaniu ich za własne. Oznacza to w tym przepadku, że pożądane ogólnospołecznie cechy zewnętrzne zostają „zaprogramowane" w naszym mózgu jako te, do których powinniśmy dążyć.

Powiedzmy sobie wyraźnie: nikt nie ma prawa oceniać nas na podstawie wyglądu. Niby każdy to wie. Niby każdy się z tym zgadza. A jednak niepożądane sytuacje mają nagminnie miejsce na wielu płaszczyznach, w tym zawodowej. Jako przykład może posłużyć sytuacja Julii Pankiewicz, lekarki, rezydentki psychiatrii, nowo wybranej koordynatorki ds. praw kobiet i walki z dyskryminacją Regionu Mazowieckiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy. Dla internautów (i niestety nie tylko) nie mają znaczenia jej kompetencje, doświadczenie, entuzjazm i chęć zmiany obecnej sytuacji na lepsze – liczy się fakt, że Julia ma ogoloną głowę i tatuaże. Pod zdjęciem młodej lekarki wylało się morze negatywnych komentarzy. Pisano, że się „samookalecza", że „wygląda chorowicie". Tylko czy ktoś z komentujących zastanowił się, czy w sytuacji kryzysu wolałby na stanowisku osobę, która zna się na tym, co robi, czy też taką, która odpowiada jego standardom urody? Tego nie wiemy.

Niezmiennie osoby niewpisujące się w standardy są krytykowane za „promowanie otyłości i niezdrowego stylu życia", do czego pretekstem staje się „martwienie się o ich zdrowie i dobrostan". Zjawisko to nie ma jednak racjonalnych podstaw, ponieważ osoba oceniająca nie posiada wiedzy o stanie zdrowia osoby ocenianej. Osoba oceniana niczego nie promuje przez samo istnienie i funkcjonowanie jak każdy inny człowiek, a jej ciało jest tylko i wyłącznie jej sprawą. Co więcej, przecież także sylwetki sportowców są bardzo zróżnicowane i często również nie wpisują się w kanon.

W badaniu przeprowadzonym przez markę kosmetyczną Rimmel wzięło udział 11 tys. kobiet w wieku 16-25 lat, które doświadczyły w internecie tzw. *beauty hate'u*. Aż 46% respondentek dokonało samookaleczenia w efekcie negatywnych komentarzy na temat swojego wyglądu. *Body-shaming* może

→

fot. pexels

prowadzić do problemów z pewnością siebie, samookceptacją, autoekspresją, zaburzeń odżywiania, emocjonalnych, seksualnych, a także skutkować nadużywaniem różnych substancji i wzmagać tendencje autodestrukcyjne.

Co możemy zrobić w tej sytuacji? Przede wszystkim zwiększać świadomość. Uważać na wypowiadane komentarze i pamiętać, że nasze słowa wpływają na innych. Uczyć dzieci tolerancji i właściwego zachowania w internecie i w realnym świecie. Zwracać uwagę na różnorodność w mediach. Oraz wzajemnie się wspierać. ■

OLIWIA SAWIŃSKA

Bibliografia:

1. A. Boryń, *Kampania społeczna marki RIMMEL# IWillNotBeDeleted jako przykład kampanii przeciw beauty hejtowi*, „Łódzkie Studia Teologiczne" 2022, t. 2.
2. A. Frącz, *Hejting – przejawy mowy nienawiści w Sieci* „In Parezja. Forum Młodych Pedagogów Przy Komitecie Nauk Pedagogicznych PAN" 2019, nr 2.
3. M. Piorun, *Lekarka, psychiatrka zbiera w XXI wieku w sieci totalny hejt za wygląd*, zdrowie.gazeta.pl/Zdrowie/7,101458,28610163,lekarka-psychiatrka-zbiera-w-xxi-wieku-w-sieci-totalny-hejt.html.

Fat-shaming w polskiej medycynie

ZAPRASZAMY

na webinarium
dr Aleksandry Mojkowskiej

Wydarzenie i dyskusja odbędą się
15 marca o godz. 18:00
na platformie ZOOM.

Więcej informacji dostępnych jest na profilu SKN Komunikacji Medycznej na Facebooku.

Webinarium jest częścią Kampanii *Różni i Równi*.

DR ALEKSANDRA MOJKOWSKA
Specjalistka chirurgii ogólnej, chirurg bariatra, inicjatorka i członek Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość przy Rzeczniku Praw Pacjenta.

Otyłość wydaje się prosta w diagnozie – pacjent wchodzi do gabinetu i już widzimy, na co choruje. Diagnoza postawiona, przechodzimy do leczenia – pacjent musi schudnąć, to w końcu jego wina, że choruje. A leczenie jest proste – więcej ruchu, mniej jedzenia. Tylko że nasza terapia nie okazuje się skuteczna. Cóż, najwyraźniej pacjent nie zastosował się do zaleceń…

Tak w skrócie wygląda typowy kontakt pacjenta chorującego na otyłość z systemem ochrony zdrowia. Tymczasem pacjent ten mierzy się nie tylko z chorobą i jej powikłaniami, ale też z licznymi uprzedzeniami i stereotypami narosłymi wokół tego schorzenia i metod jego leczenia. Dodatkowo wydaje się być „winny" swojej choroby. A skoro jest wina, musi być i kara. Tą jest w polskiej medycynie *fat-shaming*, czyli piętnowanie osób cierpiących na otyłość. ■

fot. archiwum prywatne

Opowieść o bezdomnych i chorych biedakach

JERZY AFANASJEW
Biblioteka Główna GUMed

Autor prowadzi bloga pod adresem afanasjew.pl.

Jestem z zawodu reżyserem filmowym. Opowiadaczem historii i obserwatorem ludzi. Ale reżyser to tylko jeden z wielu moich zawodów. Poświęciłem bowiem 4 lata życia, w czasie których 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, ratowałem i pomagałem trójmiejskim bezdomnym. Byłem współszefem projektu *Zupa na Monciaku* we Wspólnocie *Chleb Życia* s. Małgorzaty Chmielewskiej, mojej ówczesnej szefowej.

Przyznaję, że termin „osoba w kryzysie bezdomności" budzi moją niechęć. Kryzys ma to do siebie, że mija i kiedyś się kończy. Wyjście z bezdomności, podobnie jak z towarzyszących jej zwykle aktywnych stadiów choroby alkoholowej, nie udaje się prawie nikomu. Ta choroba, jeśli się jej nie zatrzyma, prowadzi do śmierci. Alkoholik więc nie ma „problemu alkoholowego", a jest chorym z „zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, spowodowanymi używaniem alkoholu" (ICD-F10). Podobne eufemizmy, moim zdaniem niepotrzebnie, promuje się w debatach w przestrzeni publicznej. Czy jeśli masz nowotwór złośliwy trzustki, to lekarz opowiada Ci wierszyk *Idzie rak, mały rak, jak uszczypnie będzie znak*, czy raczej włącza syrenę na alarm? Jednak bezdomność nie jest chorobą w rozumieniu medycznym i ani formalnej nazwy, ani kodu nie posiada. Poznałem setki bezdomnych i ani jednego, który powiedziałby o sobie, że dotknął go „kryzys bezdomności". Jeżeli razi kogoś, że mówię o swoich dawnych podopiecznych „biedacy", to musicie wiedzieć, że robię to z największą miłością i czułością.

Neverending story

Kłopot z bezdomnymi jest stary jak świat: zakłócają swoją obecnością iluzję pięknego krajobrazu, w którym pragniemy żyć. Jeśli więc – a słyszałem to nie raz – jakiś prezydent miasta chwali się, że rozwiązał problem bezdomności i alkoholizmu i że tzw. „system" działa sprawnie, to dopowiem, że to nieprawda. System działa do bani, problemu bezdomności nie rozwiązano nigdzie, acz wielu próbowało. Ten stan się szybko nie zmieni. My, ludzie, którzy oczywiście wszystko „wiedzą lepiej", nie słuchamy instrukcji podanej nam 2000 lat temu na tacy. I setka Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej nie pomoże, jeśli jako społeczeństwo nie zmienimy nastawienia wobec tych, których skazujemy na ostracyzm. A skazujemy ich choćby dlatego, że nie mają pieniędzy i żebrzą, że piją, że są chorzy albo brudni i niedostosowani do naszego świata. Próbuję w bezdomnym widzieć brata i siostrę – poważnie – nawet jeśli jest złodziejem i pół życia spędził za kratami. Oduczyłem się na dobre sądzić, że jestem od nich „lepszy".

Artur

Artura, mimo że był prawie tak stary jak my, traktowaliśmy jak chorego syna. Miał źle zrośniętą rękę i było to widać z daleka. Nikt nie skorygował mu tego złamania w szpitalu. Był więc kaleką. Urodził się w Brzeźnie. Z zaburzonej alkoholem rodziny szybko trafił do domu dziecka. Później do szkoły specjalnej. A później wprost na ulicę. Próbował pracować w piekarni. Pojawił się alkohol, szybkie pieniądze i poprawczak. Potem znów alkohol, konflikty z prawem i więzienie. I tak całe życie.

Nasz Artur był dobrym człowiekiem, który dopiero podczas terapii w ośrodku dla uzależnionych od alkoholu u zielonoświątkowców w Łękini zaczął przerabiać swoje dzieciństwo, którego zabrakło. Gdy latem wieźliśmy go autem na terapię, zatrzymaliśmy samochód w lesie, aby się przejść. Artur biegał i przynosił nam zerwane kwiatki i małe grzybki. Dokładnie tak jak robią to małe dzieci. W Boże Narodzenie jeździliśmy do niego w odwiedziny. Innym razem harcerka z ZHR upiekła dla niego urodzinowy tort, który zawieźliśmy mu odświętnie ubrani. W ośrodku ustawiono wielki stół, ale nikt oprócz nas nie przyszedł na jego urodziny. To też był komunikat. Wysłaliśmy go raz do domu s. Chmielewskiej w Góry Świętokrzyskie. Jednak wiosną spotkał kolegę, postanowił z nim paść owce, coś zmajstrował, zgarnęła go policja i znów trafił do paki. Tyle razy go ratowaliśmy i tyle razy woziliśmy do szpitali i do ośrodków na terapie. Jeden raz się nie udało. Była pandemia i zima. Artur dostał zawału w śmietniku na Żabiance, gdzie nocował na mrozie. Karetka zawiozła go do szpitala. Nie zdążyli. Umarł samotnie. Nie mogliśmy się z nim pożegnać. Zdawało się, że traktował nas jak przybranych rodziców. Czy to nieprofesjonalne? Przez kilka tygodni nawet nie wiedzieliśmy, że umarł. Dowiedzieliśmy się o jego śmierci od innego bezdomnego, którego siostra pracowała w szpitalu jako sprzątaczka. Artur, dopóki nas nie spotkał, od nikogo nie dostał wskazówek, co jest w życiu dobre, a co złe.

→

Pisał do nas swoją krzywo pozrastaną ręką piękne, krótkie, dziecinne listy. Kaligrafował literki. Tylko tak umiał wyrazić swoją sympatię i wdzięczność. Nie wiem do dziś, czy i gdzie ma swój grób. W szpitalu na Zaspie nikt nie wpisał do akt, że jesteśmy „rodziną". W zakładach karnych przed widzeniem też musieliśmy mówić „rodzina". A skoro tak, to byliśmy rodziną.

„Traktuj bezdomnych tak, jak sam byś chciał zostać potraktowany, będąc na ich miejscu"

Źle pomyślany, czasem jakby na złość bezdomnym wymyślony system to jedno. Co innego pracownicy socjalni oraz wolontariusze, którzy wkładają w pracę sporo wysiłku i serca. Ograniczenia w ich możliwościach pomocowych nakłada system i zakazy. A także polityka kreowana w ratuszach miast. Pamiętam jakiś amerykański film, w którym bohater żartował z kogoś, że jest tak beznadziejny, że skończy jako pracownik socjalny. *A więc i w Ameryce są takie stereotypy?* – pomyślałem.

Wokół naszej inicjatywy udało się zbudować wielki krąg chętnych do pomocy przy kościele św. Jana w Gdańsku. Harcerzy z ZHR, Leśnej Szkółki, mormonów z Utah oraz starszych, często zamożnych gdańszczan, wpływowych dobrych ludzi, dzięki którym mogliśmy działać. Naszymi sojusznikami okazali się policjanci, lekarze, pielęgniarki i ratownicy z karetek pogotowia. Władze natomiast, zamiast okazać wdzięczność za inicjatywę obywatelską podjętą bez finansowego udziału samorządu, odkąd pamiętam były do nas wrogo nastawione. Nie mieli nad nami kontroli. Gotowaliśmy jak dla królów. Gdy „normalsi" próbowali naszych zup, pytali, gdzie w Sopocie mamy swoją elegancką restaurację. Stojąc w środku miasta i rozdając setkom bezdomnych najzdrowsze zupy gotowane według przepisów z całego świata, pachnące orientalnymi ziołami, robione ze świeżych warzyw z rynku i mięsa kupowanego o świcie w hurtowni dla restauratorów, obnażaliśmy obłudę władzy i jej fasadowość. Bo jak się chce, to można!

Pomaganie biedakom, ciężko chorym i bezdomnym nie daje się zliczyć w słupkach w Excelu. Moja dawna szefowa powiedziała mi na początku, że jeśli zabraknie mnie, to przyjdą na moje miejsce inni. I miała rację, jak we wszystkich innych sprawach. Po czterech latach z ubogimi i prawie dwa lata po odejściu z *Zupy na Monciaku* uważam, że moim najważniejszym dokonaniem był czas, który wraz z bezdomnymi spędziłem i im ofiarowałem. Nie liczba przejechanych kilometrów wypełnionymi po sufit ciężarówkami z żywnością, odzieżą i artykułami pierwszej potrzeby. Ważne było też życie emocjonalne: „Wigilie w Wigilię", podczas których, dokładnie gdy zaświeciła pierwsza gwiazdka, przy naszym stole przykrytym białym obrusem, jak w domu, lecz na dworze pośrodku miasta, harcerki śpiewały kolędy. Wielkanoce, które zaczynaliśmy nieodmiennie od puszczanego z głośników naszego wielkiego samochodu, zwanego Niebieską Strzałą, *Alleluja* z oratorium *Mesjasz* Georga Friedricha Händla. Zawalone niedziele i nieprzespane noce. Odwiedziny, asysta i opieka w szpitalach i ośrodkach terapeutycznych Pomorza. Bezdomni mieli do nas numer telefonu i zawsze mogli zadzwonić. Dzwonili. Ale zdarzało się też oczekiwanie w zadymce w umówionym punkcie, do którego nie docierali, bo byli zbyt nietrzeźwi i mieli zaburzenia pamięci krótkotrwałej. Później jednak przypominali sobie, że na nich czekaliśmy i że mogli na nas liczyć. Nie zamykaliśmy biura w moim domu o piętnastej. Jaki jest stosunek władz do bezdomnych, można bardzo prosto sprawdzić. Wystarczy podróż do noclegowni na obrzeżach i do kilku schronisk obok. Gdy zobaczycie, w jak uwłaczających warunkach mieszkają i nocują bezdomni, żadne słowa nie będą już potrzebne. Poza tym, aby zamieszkać w schronisku, trzeba mieć skierowanie od urzędnika.

Na skraju życia i śmierci

Bezdomni zwykle są osobami jedną nogą w grobie. Często stoją już w nich po pas albo po pachy. Nie dostrzegają powagi swojej sytuacji. Ilość śmierci wokół mnie była początkowo trudna do uniesienia. Znałem tych ludzi z imienia i nazwiska. Na początku opowiadali zmyślone zazwyczaj historie. Później docierałem głębiej. Otwierali się. Ten, kto kłamie, i tak w końcu się pogrąży. Mam radar na kłamstwa, bo sam jestem trzeźwym alkoholikiem. Nie byliśmy łatwowierni. Jak to się mówi, „alkoholik alkoholika nie oszuka". Uzależnienia prowadzą do najgenialniejszych oszustw, które nieodmiennie służą ochronie nałogu. Pewnie uczą tego na psychiatrii. Ja musiałem sam nauczyć się rozróżniać konfabulacje od faktów. Nauczyłem się ostrożnie oceniać motywy zachowań chorych. Z uwagi na ich labilność emocjonalną trudno do nich dotrzeć i ich zrozumieć. Powinni trafiać najpierw do szpitali, gdzie ich stan mógłby zostać ustabilizowany. Ale jak zawieźć do szpitala komunikacją miejską w środku lata 50-letniego bezdomnego na wózku z amputowaną jedną nogą i katastrofalnie gnijącą drugą?

– *Jeśli chce pan trafić do szpitala bez ubezpieczenia i zostać przyjętym, musi się pan mocno walnąć w łeb* – usłyszałem od pewnego bezdomnego. Zdębiałem. Taki „patent" na ratunek okazał się tragicznie prawdziwy. O co chodzi? O przepisy. Bezdomny zwykle nie ma ubezpieczenia zdrowotnego. Nie pójdzie do

→

Akcja *Zupa na Monciaku*

lekarza w przychodni po skierowanie, bo ten go nie przyjmie. Nie wypisze więc też recepty na lekarstwo. Teoretycznie może pójść za darmo do poradni uzależnień, gdzie lekarz psychiatra wystawi mu skierowanie na detoks i terapię w szpitalu psychiatrycznym, albo pojechać na terapię uzależnień dokądkolwiek zechce. Mamy w Polsce niezwykłe ośrodki terapeutyczne. Nie potrzeba ubezpieczenia, wystarczy powiedzieć „tak". Mało kto chce się leczyć, mało kto chce przestać pić. Aby zostać przyjętym na detoksykację w szpitalu, bezdomny nie może być pod wpływem alkoholu. A może mnie ktoś oszukiwał i wcale tak nie jest? Przepis może i słuszny w odniesieniu do „normalsów", którzy delirium przeleżą w domowym łóżku. Bezdomni ani łóżka, ani domu, ani opieki bliskich nie posiadają. Ich zaniedbanie w trakcie ciągów alkoholowych uniemożliwia dowiezienie ich do szpitala własnym samochodem. Czasem udawało się taksówką. Transport w stanie zagrożenia życia. Jeśli przypadkiem chory dostanie napadu padaczki alkoholowej, jak pani Basia, po udzieleniu pierwszej pomocy można wezwać karetkę pogotowia. Ratownicy zabierają wtedy bezdomnego na SOR. Czasem wybawieniem bywa wcześniejsze trafienie za kratki.

Basia

Z Basią było trudno. Za którymś razem udało nam się namówić ją do zejścia na zero. Od wczesnego ranka siedziała na ławce nieopodal poradni uzależnień i trzeźwiała. Gdy przyszedłem, by ją tam zaprowadzić, nie mogła już iść, prawie ją niosłem. W poczekalni dostała ataku padaczki alkoholowej. Zacząłem ją ratować. Wymioty. Wezwaliśmy karetkę. Panie z obsługi w białych fartuchach były w panice. Proszę, aby otworzyły toaletę. A one, że to toaleta tylko dla personelu. Świat na niby. Jedynie ratownicy z karetki okazali się profesjonalistami. Szacunek. Nie zawieźli Basi do szpitala psychiatrycznego, gdyż wciąż była pod wpływem alkoholu. Zawieźli na SOR do szpitala na Zaspie.

Bezdomny w szpitalu

Umieszczanie bezdomnych na oddziale chorób wewnętrznych w normalnym szpitalu ma sens, gdyż zwykle są oni ciężko schorowani i poprzez SOR otwiera się możliwość pomocy. Odtrucie alkoholowe ma więc miejsce często na szpitalnych oddziałach ratunkowych i oddziałach chorób wewnętrznych zwykłych szpitali. Próbowałem namawiać lekarzy na transportowanie pacjentów po wytrzeźwieniu na detoksykację do szpitali psychiatrycznych. Udało się kilka razy.

Zwykle jednak było inaczej. Jechaliśmy naszym samochodem za karetką pogotowia z podopiecznym na SOR. Asystowaliśmy podczas wielogodzinnych badań. Kiedyś w nocy karetka przywiozła pana Marka. My za nim. Podeszła do mnie pielęgniarka z kubeczkiem i kompletem rękawiczek, żebym pobrał od pacjenta mocz do analizy. Byłem zdziwiony, dlaczego ja, ale wykonałem zadanie. Mogłem się do czegoś przydać.

Pacjent nietrzeźwy, z psychozami, halucynacjami, labilny emocjonalnie często ucieka z „normalnych" szpitali. Rano pojechaliśmy sprawdzić, czy pan Marek żyje. Już go nie było. O trzeciej w nocy poinformował pielęgniarkę, że idzie do kantoru wymieniać dolary. Szukaliśmy go potem miesiąc, może dwa. Z tego, co wiem, udało mu się przestać pić i pogodzić ze swoją kochającą mamą. Gdzieś po roku przyjechał z nią, by nam podziękować. Światło odbite – przecież to oni byli bohaterami.

Z detoksykacji w szpitalach psychiatrycznych można wyjść jedynie za zgodą personelu. Stamtąd też próbują uciekać albo wnosić na teren szpitala alkohol. Prawdziwy „dom wariatów" – iść się leczyć z alkoholizmu z butelką gorzały. Personel szpitala psychiatrycznego stosuje odpowiednie procedury i narzędzia na wypadek takich sytuacji. Inaczej mają się sprawy w „normalnych" szpitalach, w których nie można pacjentowi zabronić wyjścia z budynku. Współpraca na linii trzech podmiotów: ratownictwa medycznego, szpitali psychiatrycznych oraz szpitali ogólnych w przypadku bezdomnych alkoholików szwankuje. Podejrzewam, że przyczyną są najwyraźniej sprzeczne lub niejasne przepisy, a nie ludzie. *Delirium tremens* jest stanem zagrożenia życia.

Izby przyjęć szpitali psychiatrycznych w Gdańsku i Starogardzie Gdańskim nie chcą przyjmować na odtrucie pacjentów pod wpływem alkoholu. Muszą oni o własnych siłach siedzieć przed szpitalem na ławce i trzeźwieć. A przyjęcia na oddział odbywają się zwykle tylko przed południem. Zimą wygląda to nieciekawie. W delirium występują problemy z temperaturą ciała. Chorzy z zatruciem alkoholowym mają kłopot z samodzielnym chodzeniem. Nie potrafią ustać bez pomocy. Zastanawialiście się, dlaczego oni tak często chodzą o kulach? Nie, nie są wiecznie połamani. Po prostu nie mogą ustać. Nogi nie działają. Jeden z moich podopiecznych o tym wiedział i dotarł do szpitala z parasolką, którą próbował się podpierać. Odkryłem ją w krzakach. Wraz z koleżanką z *Zupy na Monciaku* musieliśmy go prawie wnieść do izby przyjęć. Nikt z Izby Przyjęć w Szpitalu Psychiatrycznym na Srebrzysku nigdy nie pomógł nam wnieść chorego bezdomnego do środka. Nawet prośba o możliwość wjechania na teren szpitala samochodem bywała problemem.

Obserwowałem, jak lekarze traktują bezdomnych pacjentów na oddziałach chorób wewnętrznych w Szpitalu Wojewódzkim przy ul. Nowe Ogrody i obok – w Pomorskim Centrum Toksykologii, w Szpitalu św. Wojciecha na Zaspie i w Szpitalu Morskim w Gdyni. Oceniam tych lekarzy z wielkim respektem. Zaangażowanie młodych lekarek z Oddziału Chorób

→

Akcja *Zupa na Monciaku*

Wewnętrznych szpitala na Zaspie i ze Szpitala Psychiatrycznego na Srebrzysku było olbrzymie. Czy młodość ma tutaj znaczenie? Nie działał system i przepisy. Bezduszna rejonizacja. Jeśli bezdomny miał ostatni meldunek w Katowicach, za szpital powinna zapłacić opieka społeczna z Katowic. Do tego trzeba jednak współpracy ośrodków pomocy społecznej w różnych miastach. No i trzeba jeszcze takiej współpracy chcieć. Kto zapłaci za pobyt w szpitalu w Gdańsku bezdomnego z ostatnim meldunkiem w południowej Polsce? Przecież nie sam chory, który nie ogarnia swojej sytuacji, jest od lat bezrobotnym i ma tuzin komorników na karku. Artykuł 68 Konstytucji RP sobie, a życie sobie.

Radek

Po miesiącach perswazji udaje nam się przekonać jednego z bezdomnych alkoholików do leczenia. Jest od wielu miesięcy w ciągu. Trzeba być w pobliżu i wyczuć moment, kiedy wyciągnąć rękę z ofertą pomocy. Wreszcie zgadza się na leczenie. Śpi na ulicy. Pewnego razu widziałem go śpiącego na przystanku w kurtce, którą daliśmy mu chyba dwa miesiące wcześniej. Od tamtego czasu jej nie zdejmował. W mieście założyli na ławkach metalowe obręcze, aby przypadkiem bezdomny na nich nie zasnął. Takie szykany władz w białych rękawiczkach są powszechne. Jedziemy samochodem po skierowanie na leczenie do poradni uzależnień. Bezdomny musi mieć przy sobie dowód osobisty albo zaświadczenie o jego zagubieniu. Gubią dokumenty, pomagamy wyrobić nowe. Sprawdzam Radka regularnie alkomatem. W ciągu kilku tygodni miał 3, 4, parę razy 5 promili. Umawiamy się, że nie będzie do rana pić i przyjedzie do centrum handlowego na rogatkach miasta. Do szpitala na Srebrzysku go nie przyjmą, bo wciąż nie jest na zero. Jedziemy pociągiem do Szpitala Psychiatrycznego w Starogardzie Gdańskim. Dalej, autobusem miejskim do szpitala. W Starogardzie mijamy olbrzymią fabrykę wódki. Radek zaczyna mieć drgawki, silnie się poci, ma kłopoty z oddychaniem. Wiem, co się dzieje, przecież jestem trzeźwym alkoholikiem. Przychodzimy do izby przyjęć. Lekarz odmawia przyjęcia Radka do szpitala, mówi, że musi mieć miejsca dla pacjentów ze Starogardu i okolic. Jest niezadowolony z tego, że znajdujemy się w pomieszczeniu, w którym bada Radka. Nie patrzy ani na pacjenta, ani na nas. Wszystko, co mówi, wypowiada beznamiętnie, patrząc w komputer. Pytam w końcu: *Panie doktorze, dlaczego pan nie patrzy nam w oczy? Czy pan nie ma serca? Chce pan, żeby Radek umarł?*

Lekarz zamachał rękami i już się nie odezwał. Najwyraźniej skończył i badanie, i rozmowę z nami. Z ledwo żywym Radkiem wracamy PKS-em z przesiadką do Gdańska. Z autobusu wykonujemy rozpaczliwe telefony do znajomych lekarzy, błagamy o ratunek. Jest już wieczór. Radek się słania, muszę mu pomóc się wysiusiać. Na parkingu czekamy na telefon ze Srebrzyska, że go przyjmą. Przed dwudziestą dowozimy go do szpitala. Taksówką. Przyjmują Radka na odtrucie. Chyba nawet nie badają alkomatem. Gdybym miał znów ratować życie Radka, zrobiłbym to bez namysłu. Czy ta „ścieżka zdrowia" dla człowieka w stanie zagrożenia życia była potrzebna?

Stoisko z jedzeniem dla osób bezdomnych

Czy nikt nie widzi, że system jest bezduszny i stworzony jakby na złość pacjentom?

Przez cztery lata tylko dwa, trzy razy w szpitalach psychiatrycznych spotkałem się z niechęcią lekarzy wobec moich bezdomnych podopiecznych. Chodziło o odmowę przyjęcia na oddział pacjentów z delirium, gdy alkomat wskazywał, że chory był pod wpływem alkoholu. Dlatego jeździliśmy do szpitali z chorymi jako asysta. Zawsze we dwoje.

Marta

Ta to nam dała do wiwatu. Ciągle kłamała. Z początku próbowała wkręcić nam, że jest w ciąży i badała, co my na to. A jednak uwielbialiśmy ją. Marta dziś, jeśli żyje, ma koło trzydziestki. Miała straszne dzieciństwo. Opowiedziała nam swoje życie, kiedy jechaliśmy samochodem do Warszawy. Miała pecha do facetów, którzy ją zostawiali. Parę lat temu postanowiła spać z jednym przy plaży w namiocie. Była zima. Skończyło się w szpitalu z zapaleniem płuc i ciężką niewydolnością nerek. Leżała tak ledwo żywa tygodniami, była skrajnie wychudzona, lekarze co rusz oczyszczali jej brzuch z jakichś zalegających płynów. Lekarki stawały na rzęsach, żeby ją doprowadzić do pionu. Potem, w same Walentynki, gdy już mieliśmy ją zawieźć do ośrodka na długą terapię, a szpital cisnął, aby ją wypisać, uciekła. Przy pustym łóżku został tylko walentynkowy balonik w kształcie serca. Wkrótce znów przywieźli ją na ten sam oddział. Była umierająca, ważyła może 30 kilo. Jej dowód osobisty wylądował w policyjnym sejfie. Zabraliśmy ją z tego szpitala, właściwie wniosłem ją na rękach wpierw do samochodu, potem na komendę. Odebraliśmy dowód. Pojechaliśmy za Starogard Gdański do świetnego ośrodka terapii uzależnień w Wandzinie. To ośrodek z wielkimi osiągnięciami. Był wieczór. Po zbadaniu lekarz po raz pierwszy odmówił przyjęcia naszej podopiecznej. Stan zdrowia Marty był zbyt zły. Zatrzymaliśmy samochód za bramą ośrodka. Środek lasu, śnieg i ciemność. Marta między nami. Dzwonimy do s. Małgorzaty Chmielewskiej z prośbą o radę i pomoc. Powrót do gdańskiego szpitala odpadał, bo już ją z niego wypisali. Siostra w tej upiornej ciemności przez telefon decyduje, żebyśmy przyjechali z Martą do prowadzonego przez nią Domu dla Kobiet w Warszawie na Stawkach. Jedziemy. Docieramy koło trzeciej w nocy. Marta mieszka tam parę miesięcy, ma opiekę lekarza i dobrych ludzi wokół. Pewnego dnia ucieka. Nie wie tylko, że nie można uciec od samej siebie. Bardzo tę dziewczynę lubiłem.

→

Praca czyni wolnym

Wielu bezdomnych nie miało nigdy w ręku umowy o pracę. Jednemu panu znaleźliśmy legalną, prostą pracę na stacji benzynowej Orlen na Przymorzu. Miał nalewać klientom paliwo, przecierać szyby. Napisaliśmy wraz z nim CV. Przestraszył się tak rozmowy o pracę, że na nią nie poszedł, wyjechał do Malborka na długo, bo było mu wstyd spojrzeć nam w oczy. A przecież to ludzka sprawa, że coś się nie powiedzie.

Panu Jackowi natomiast, dzięki naszym znajomym, znaleźliśmy pracę z noclegiem w dużej firmie produkującej okna. Wytrzymał może miesiąc. Chyba na odchodnym kolegom coś zabrał lub czegoś nie oddał. Niefajnie się to skończyło, a my przestaliśmy próbować szukać naszym podopiecznym roboty. Szkopuł w tym, że uczciwości, odpowiedzialności, systematyczności, punktualności i pracowitości w normalnym świecie uczymy się od dziecka. Bezdomni często nie mieli gdzie nauczyć się tych reguł.

„Bystry"

Chcę wspomnieć ciepło nieżyjącego już dyrektora i ordynatora Oddziału Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych w Szpitalu Psychiatrycznym na Srebrzysku dr Zbigniewa Bystrzanowskiego. Chorzy się go bali, ale budził wśród nich respekt. Ja z początku też się go trochę bałem, jednak gdy usłyszał, że moją szefową jest s. Małgorzata z miejsca się rozpromienił i od tamtej chwili zawsze ciepło nas przyjmował i pomagał w zmaganiach z biurokracją. Przed wejściem na oddział 19C wisiał portret psa labradora. Wiele razy, gdy czekałem na chorych, zastanawiałem się, po co ten pies na ścianie. Może po to, aby nie myśleć o chorobie?

Lekarze, których spotykałem, zwykle robili więcej, niż należało do ich obowiązków. Po latach mogę jedynie podziękować im za ich trudną pracę.

Epilog

Może ktoś uznać, że wymyślam, że system działa doskonale, a ja się czepiam. Opowiem więc na koniec jeszcze jedną historię. Gdy zaczynałem pracę z chorymi i bezdomnymi, zespół *Zupy na Monciaku* zaprosił na rozmowę pan z MOPS-u. Mieliśmy spotkać się w parku we Wrzeszczu. Pamiętam, że położył się na trawie w pozie, w której wyglądał jak cesarz Neron. Zaczął opowiadać o swoich wielkich sukcesach na polu pomagania bezdomnym. Trwało to z godzinę. Milczałem, a na koniec zadałem mu pytanie: *Skoro jest tak świetnie, to dlaczego tylu bezdomnych przychodzi każdego tygodnia do nas?*

Jeśli nauczyłem się chociaż trochę, jak być dobrym i mądrym człowiekiem, to nie za sprawą ciekawych studiów i przeczytanych książek. Mądrości nauczyli mnie bezdomni, chorzy biedacy. Bardzo wiele zawdzięczam też Oli, mojej partnerce z *Zupy na Monciaku* na dobre i na złe. Pomaganie bezdomnym zwykle nie udaje się w dłuższej perspektywie, podobnie jak pomaganie alkoholikom. Ale żaden człowiek nie zasługuje na to, aby machnąć na niego ręką. Żaden. Ludzie, którzy zabierają się za pomoc bezdomnym i czynią tak bardziej dla siebie, zwykle oczekują sukcesu. I dlatego, rozczarowani, rezygnują. Czym jednak jest w takiej pracy sukces? Gdy spotkacie następnym razem na swojej drodze bezdomnego, okażcie, proszę, szacunek i odrobinę serca. Zasługuje na to. *Ma być skromnie, ale godnie* – powiedziała mi kiedyś s. Chmielewska. W *Zupie na Monciaku* już na początku ustaliliśmy z kolei, że nasza zupa jest miłością. ■

fot. archiwum prywatne

ZAPROSZENIE NA DEBATĘ
O równości i sprawności

6 marca, godz. 16:00

GUMed, Atheneum Gedanense Novum, Auditorium Primum im. Prof. Olgierda Narkiewicza

Wydarzenie jest pierwszym z cyklu czterech spotkań poświęconym równości i równemu traktowaniu organizowanych w ramach Kampanii *Różni i Równi*. Debata będzie transmitowana na żywo na kanale YouTube GUMed; organizatorzy zapewnią także tłumaczenie symultaniczne na język migowy.

Szczegółowe informacje (tematy, lista dyskutantów) są dostępne na stronie WWW Uczelni w zakładce Kalendarium.

Partnerzy

URZĄD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

URZĄD MIASTA GDAŃSKA

Uniwersytet Gdański

Uczelnie Fahrenheita

Medycyna okołooperacyjna, czyli kolejna ścieżka od działania silosowego do koordynacji opieki

DR MAGDALENA ŁASIŃSKA-KOWARA
Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Przewodnicząca Sekcji Medycyny Okołooperacyjnej i Prehabilitacji

Chcemy uważać, że jest jedna medycyna, podobnie jak człowiek jest jednością. Jedna jest chirurgia, interna, anestezjologia. Takim argumentem członkowie społeczności lekarskiej bronią się przed próbami dookreślania dziedzin nauki i praktyki, sygnalizując za każdym razem niebezpieczeństwa nadmiernej specjalizacji i gubienia z oczu całości na rzecz części. Przez tysiąclecia i pokolenia pracy lekarzy naukowców oraz lekarzy praktyków zgromadziliśmy taką ilość wiedzy na temat budowy i funkcji naszego organizmu w stanie zdrowia i choroby, że jedna osoba nie jest jej w stanie ogarnąć. W wielu lekarzach ten dysonans poznawczy rodzi poczucie frustracji na granicy bezradności, skutkując wypaleniem zawodowym. Inni uciekają przed nim w coraz głębszą specjalizację naukową lub praktyczną. Wówczas poczucie bezpieczeństwa traci pacjent, który kursuje między specjalistami, mierząc się z polipragmazją i sprzecznymi zaleceniami. W jego kierunku z odsieczą zmierzają medycyna holistyczna, alternatywna, niekonwencjonalna, które zbyt często zwodzą pacjenta na manowce.

Co proponuje obecny system

Tuż przed końcem XX w. transformacja ekonomiczna ochrony zdrowia spowodowała m.in. reorganizację lecznictwa zamkniętego na korzyść otwartego. Wymagane skrócenie czasu hospitalizacji wyprosiło ze szpitali pacjentów w okresie diagnostyki i kwalifikacji przedoperacyjnej. Przewidywane sukcesy w postaci skrócenia czasu oczekiwania na zabieg szybko się wyczerpały. Pandemia dokończyła dzieła. Zapisany do kolejki oczekujących pacjent trafia w próżnię. Po odczekaniu kilku, kilkunastu miesięcy, a w przypadku niektórych operacji nawet lat, wyłania się z niej w dniu przyjęcia do szpitala tylko po to, aby w przeddzień zabiegu dowiedzieć się od anestezjologa, że nie może zostać znieczulony, ponieważ jest zbyt chory. Termin zabiegu oddala się, a pacjent zaczyna krążyć między lekarzem rodzinnym a specjalistami w celu optymalizacji leczenia chorób dodatkowych, co ma poprawić jego bezpieczeństwo w okresie okołooperacyjnym. Przykładowo, wielokrotnie pomijana w tym kontekście niedokrwistość jest stosunkowo łatwa do rozpoznania i leczenia, a jednocześnie znacząco zwiększa częstość powikłań. Sytuacje takie mają miejsce w większości polskich szpitali. Skutkują frustracją pacjentów, konfliktami w zespołach operacyjnych i stratami ekonomicznymi dla szpitali w związku z zaburzeniem organizacji pracy bloku operacyjnego. Wymuszanie przez chirurga znieczulenia „zbyt chorego pacjenta" zwiększa liczbę powikłań w okresie okołooperacyjnym, naraża pacjenta na szkodę, a szpital na roszczenia odszkodowawcze.

Staraniami autorytetów anestezjologii w 2018 r. uzyskano możliwość nieznacznego wypełnienia tej luki w opiece. NFZ otrzymał zgodę na kontraktowanie Poradni Anestezjologicznych. Niestety zarówno warunki świadczenia tej usługi, jak i sposób jej rozliczania są dalekie od potrzeb pacjentów i możliwości wsparcia przez specjalistów. Lekarz Poradni Anestezjologicznej nie ma prawa do wystawienia w systemie żadnych zleceń, recept ani skierowań. Świadczeniodawca może uzyskać rozliczenie usługi tylko wtedy, gdy odbędzie się ona nie wcześniej niż 4 tygodnie i nie później niż tydzień przed operacją, pod warunkiem, że operacja zostanie przeprowadzona. Niestety w wielu przypadkach stan zdrowia pacjenta nie umożliwia przygotowania go do zabiegu w takim przedziale czasowym, w związku z czym płatność przepada. Trudno się dziwić świadczeniodawcom, że kontestują zasadność utrzymywania Poradni Anestezjologicznych, a przy jednoczesnym niedoborze kadry skwapliwie z nich rezygnują. Kto najbardziej na tym traci? Bezpośrednio – pacjent, a pośrednio, poprzez kolejną falę rosnącego niezadowolenia, braku zaufania i hejtu – my wszyscy, którzy pracujemy w systemie. System naczyń połączonych.

Ergospirometria – badanie stosowane w przedoperacyjnej ocenie wydolności serca i płuc

→

Historia wyodrębniania się medycyny okołooperacyjnej na świecie obejmuje ostatnich 25 lat. W 1997 r. założono EBPOM – Evidence Based Perioperative Medicine (ebpom.org), organizację wspierającą kompleksowe badania naukowe i edukację w tym zakresie.

Czy tylko Polska boryka się z podobnym problemem? Oczywiście, że nie. Tym niemniej w większości krajów rozwiniętych przed poważnym zabiegiem operacyjnym każdy pacjent ma obowiązek odbyć wizytę anestezjologiczną wystarczająco wcześnie, aby można było prawidłowo, dokładnie i konsyliarnie oszacować korzyści i ryzyko zabiegu operacyjnego. Po ponad 30 latach doświadczenia, świat zmierza obecnie w kierunku wykorzystania poradnictwa anestezjologicznego w taki sposób, aby określić optymalny termin wizyty, a nie jej zasadność.

Okres okołooperacyjny

We współczesnym rozumieniu okres okołooperacyjny rozciąga się od momentu decyzji chirurga o skierowaniu pacjenta na operację do odzyskania przez pacjenta sprawności. Czasami, w sytuacji niepowodzenia leczenia w sensie powrotu pacjenta do samodzielnego życia, okres okołooperacyjny musi się skończyć na wygojeniu rany. Obejmuje zatem czas przed, w trakcie i po operacji. Obecnie patrzymy na leczenie chirurgiczne jako na proces, a nie jednorazowe zdarzenie w historii życia chorego. Proces ten w istotnym stopniu zakłóca funkcjonowanie człowieka na płaszczyźnie indywidualnej i społecznej. Stopień nasilenia stresu w okresie okołooperacyjnym zależy od czasu oczekiwania, rozległości zabiegu oraz jego wpływu na dalsze losy pacjenta. W wielu przypadkach jest to stres przewlekły w okresie oczekiwania i ostry w czasie pobytu w szpitalu i samego zabiegu. W zależności od stanu fizycznego oraz konstrukcji psychicznej każdy organizm inaczej reaguje na stres. Znieczulenie chroni pacjenta częściowo przed skutkami stresu ostrego, nie wpływa natomiast na stres w całym okresie okołooperacyjnym.

Prehabilitacja

Wysiłek, jaki ponosi organizm w związku z operacją, porównuje się do kosztu energetycznego biegu długodystansowego, a pokonywana odległość w niektórych przypadkach bywa maratonem. Nic więc dziwnego, że wydolność fizyczna pacjenta, jego stan odżywienia oraz czynniki psychologiczne wpływają na czas pobytu w szpitalu, występowanie powikłań okołooperacyjnych oraz przebieg rehabilitacji. Co ważniejsze, okazuje się, że tak jak za pomocą odpowiedniego przygotowania można osiągnąć oczekiwany wynik sportowy, tak poprzez odpowiednie przygotowanie przedoperacyjne można poprawić wyniki leczenia – w wymiarze indywidualnym oraz ekonomicznym. Wieloczynnikowy proces przygotowania pacjenta do zabiegu operacyjnego nazywa się **prehabilitacją**. Jest ona najbardziej skuteczna wtedy, gdy obejmuje wiele, często zaniedbywanych przez pacjenta aspektów zdrowia – przygotowanie mentalne, umiejętność prawidłowego oddychania, sposób odżywiania się, odpowiedni zakres wysiłku fizycznego, rezygnację z nałogów. Aby w kulminacyjnym momencie, jakim jest poważna operacja, osiągnąć zamierzony cel, pacjent często potrzebuje pomocy zespołu specjalistów – psychologa, dietetyka, fizjoterapeuty, których działania powinny być skoordynowane.

Zmiany w strukturze demograficznej społeczeństwa, polegające na sukcesywnym zwiększaniu się populacji pacjentów w podeszłym wieku i geriatrycznych, wymagają od specjalistów stosowania prehabilitacji w codziennej praktyce.

Inicjatywy GUMed/UCK

Znaczące kroki w kierunku włączenia medycyny okołooperacyjnej i prehabilitacji do słownika lekarzy Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego podjęli chirurdzy bariatryczni. Dobre przygotowanie pacjenta do zabiegów chirurgicznego leczenia otyłości jest warunkiem *sine qua non* przeprowadzenia operacji. Ponadto, na przełomie 2018 i 2019 r. przez 9 miesięcy pacjenci Kliniki Kardiochirurgii UCK mogli skorzystać z prowadzonych przeze mnie konsultacji w pierwszej w Polsce Poradni Kardioanestezjologii z elementami prehabilitacji. Projekt przerwała przeprowadzka Kliniki i pandemia, która nastąpiła niedługo potem.

Interdyscyplinarna Konferencja Medycyny Okołooperacyjnej

Polska Wikipedia wskaże pacjentowi 33 dziedziny medycyny, określane również nazwą specjalizacji podstawowych, 42 podspecjalizacje, w tym najwięcej, bo aż 13 dziedzin pochodnych chirurgii i 2 dziedziny „podwójnie zagłębione". Równolegle można szukać informacji o zakresie 28 rodzajów medycyny, dookreślonych takimi przymiotnikami jak: ratunkowa, paliatywna, regeneracyjna. Nie ma wśród nich medycyny okołooperacyjnej.

Świat jednak już szkoli specjalistów w tej dziedzinie. Informacje na ten temat dostępne są na stronach kursów i organizacji działających w takich krajach jak Wielka Brytania oraz Australia i Nowa Zelandia. Na świecie wydaje się także podręczniki poświęcone medycynie okołooperacyjnej.

Przygotowanie przedoperacyjne powinno na stałe zagościć w praktyce polskich lekarzy wykonujących zabiegi.

→

Aby przybliżyć tematy, którymi trzeba się zająć, organizujemy pierwszą w Polsce Interdyscyplinarną Konferencję Medycyny Okołooperacyjnej, na którą serdecznie zapraszamy. Informacje o wydarzeniu, prezentacja zaproszonych prelegentów, program Konferencji oraz możliwość rejestracji dostępne są na stronie ikmo.pl.

Gdzie zatem znajdzie swoje miejsce wyodrębniająca się na pograniczu dziedzin zabiegowych i niezabiegowych, interdyscyplinarna medycyna okołooperacyjna? Czy tak jak medycyna ratunkowa, stanie się odrębną specjalizacją, czy uzupełnieniem do specjalizacji anestezjologia i intensywna terapia? Czy wezmą ją pod swoje skrzydła chirurdzy, czy może lekarze rodzinni? Najwyższy czas, aby sformułowania „medycyna okołooperacyjna" i „prehabilitacja" stały się powszechnie znane w polskim środowisku medycznym.

Zapraszamy na IKMO 2023! ■

DR MAGDALENA ŁASIŃSKA-KOWARA

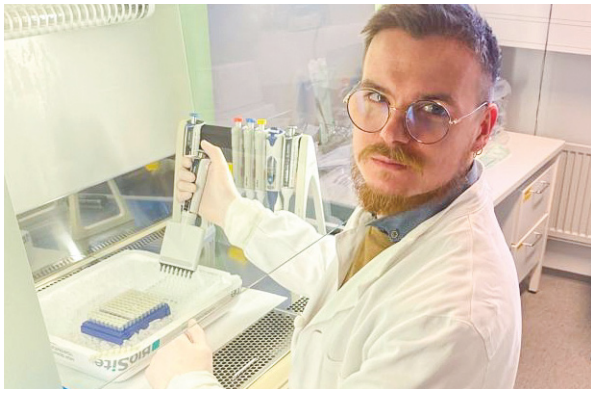
fot. Magdalena Łasińska-Kowara

DR MAGDALENA ŁASIŃSKA-KOWARA

Autorka jest specjalistką anestezjologii i intensywnej terapii, w latach 1994-2012 była nauczycielką akademicką w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG/GUMed oraz opiekunką przedmiotu anestezjologia i intensywna terapia ED na Wydziale Lekarskim. Inicjatorka ciągłego kształcenia podyplomowego rezydentów w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W latach 2012-2022 lekarka anestezjolożka w Samodzielnym Zespole Kardioanestezjologii Kliniki Kardiochirurgii UCK GUMed. Zaproponowała i realizowała w UCK GUMed projekty prehabilitacji i ochrony krwi pacjenta.

Staż BiodivERsA w Helsinkach

W styczniu tego roku lek. Aleksander Goll i doktorantka Pierwszej Szkoły Doktorskiej mgr Joanna Nowicka uczestniczyli w dwutygodniowym stażu naukowo-badawczym w ramach projektu BiodivERsA, który został zorganizowany na Wydziale Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Helsińskiego. Przedsięwzięcie to ma na celu m.in. wzmocnienie znaczenia i wpływu paneuropejskich badań nad różnorodnością biologiczną i ochroną środowiska naturalnego.



LEK. ALEKSANDER GOLL
Stypendysta w projekcie BiodivERsA

Większość z tego, co się mówi o Finach, to prawda. Wszyscy uwielbiają saunę i mleko, weekendy spędzają w lapońskiej głuszy, a w autobusie wolą stać, niż się do kogoś dosiąść. Po dwóch tygodniach pracy i zabawy w Finlandii mam jak najlepsze zdanie o tym kraju i jego mieszkańcach. Ale od początku…

W ramach pracy w projekcie BiodivERsA wraz z mgr Joanną Nowicką odbyliśmy staż naukowo-badawczy na Wydziale Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Helsińskiego. Finlandia, pomimo wcześniejszych zapowiedzi śnieżnego terroru i przenikliwego mrozu, przywitała nas deszczem i kilkoma stopniami Celsjusza na plusie. Za dużo, by cieszyć się śniegiem, za mało, by zdjąć czapkę. Na całe szczęście w pokoju hotelowym mieliśmy na tyle dużo grzejników, aby suszyć wszystkie buty naraz.

Dzień zaczynaliśmy od śniadania w Töölö Towers, które stało się naszym domem na dwa tygodnie. Następnie z przystanku Apollonkatu jechaliśmy autobusem niecałe pół godziny na kampus Viikki, gdzie mieścił się budynek naszego wydziału. Panujący na zewnątrz półmrok w połączeniu ze znikomą liczbą mijanych przechodniów sprawiał, że czuliśmy się, jakby była szósta rano, mimo że dochodziła dziewiąta. Tym milej witaliśmy ciepłe korytarze nowoczesnego uniwersyteckiego kampusu. W laboratorium badaliśmy próbki pobrane od nietoperzy z Polski na obecność całej gamy koronawirusów, ze szczególnym uwzględnieniem wirusa SARS-CoV-2. Mieliśmy okazję nauczyć się obsługi nowego sprzętu badawczego, poznać nowe techniki molekularne i rozeznać się w strukturach międzynarodowych projektów. Opiekę nad nami sprawowała dr Jenni Virtanen, która poza byciem niezwykle kompetentną w kwestiach laboratoryjnych była również zapaloną amatorką lapońskiego trekkingu i udzielała wyczerpujących informacji na temat szlaków, leśnych saun i aktywności komarów w swoich ulubionych parkach narodowych.

Byłoby sporym niedopowiedzeniem nie wspomnieć o czasie, który spędzaliśmy poza uniwersytetem. Gdy zapadał zmrok (okolice godziny szesnastej) wychodziliśmy z laboratorium i poznawaliśmy Helsinki z perspektywy turysty. Nasz hotel był fortunnie zlokalizowany w miejscu, z którego mogliśmy dotrzeć do większości atrakcji miasta w ciągu zaledwie półgodzinnego spaceru. Udało się nam zobaczyć wszystkie warte zobaczenia budynki i pomniki, wypić gorącą czekoladę w najbardziej instagramowych kawiarniach i przejrzeć asortyment większości sklepów oferujących „rzeczy z muminkami" (w Helsinkach łatwiej jest kupić figurkę Małej Mi niż butelkę wina, którego sprzedaż ograniczona jest do kilku sklepów w mieście). Do ciekawszych atrakcji należały wizyty w dwóch muzeach. Pierwsze to Muzeum Miejskie, które poza główną ekspozycją oferowało wystawę tymczasową poświęconą historii i teraźniejszości branży usług seksualnych w mieście. Drugie to muzeum Carla Gustafa Mannerheima mieszczące się w domu byłego marszałka, regenta i prezydenta Finlandii. Zwiedzanie odbywało się tam po wcześniejszej rezerwacji miejsc,

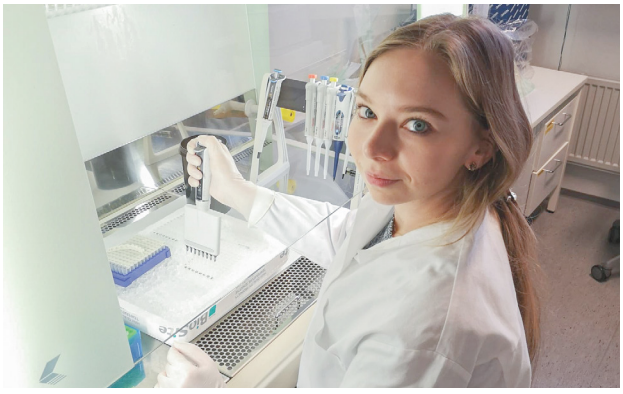
→

Autorzy podczas zwiedzania Helsinek. W tle najbardziej rozpoznawalny obiekt w mieście – luterańska katedra, a obok pomnik dobroczyńcy Helsinek – cara Aleksandra II

w małych grupach prowadzonych przez przewodnika – dystyngowanego jegomościa z podkręconym wąsem w dwurzędowej marynarce. Do kategorii *must see* w Helsinkach należy również bezwzględnie zaliczyć kompleks fortyfikacji położony na kilku wyspach, znany obecnie pod nazwą Suomenlinna (wcześniej Sveborg) i okrzyknięty mianem Gibraltaru Północy. Co ciekawe, na wyspy można dotrzeć promem w ramach biletu na zwykłą komunikację miejską. Suomenlinnę zamieszkuje bowiem obecnie około tysiąca cywilnych obywateli, którzy również muszą dotrzeć do pracy w mieście czy zrobić tam zakupy.

Po wyizolowaniu materiału genetycznego dwiema metodami oraz przeprowadzeniu reakcji RT-PCR stwierdziliśmy brak obecności koronawirusów w badanych próbkach. Chociaż nie tak medialny i szokujący, jest to wynik jak najbardziej wartościowy. Przystępujemy właśnie do opracowania i publikacji uzyskanych rezultatów.

Pomimo tego, że Helsinki są fińską stolicą, życie w mieście wydaje się toczyć leniwie. Nikt tu nie biegnie na autobus (z wyjątkiem nas), nigdzie nie ma kolejek, każdy ma czas na saunę. Przeżycie tu dwóch tygodni było krzepiącym doświadczeniem. Wiem, że wrócę do Helsinek, bo jeszcze wiele rzeczy zostało tu do zrobienia i zobaczenia. Bardzo dziękuję opiekunom z Wydziału Medycyny Weterynaryjnej Uniwersytetu Helsińskiego za poświęcony czas i merytoryczny nadzór oraz przede wszystkim kierownikowi projektu z ramienia Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego – prof. Maciejowi Grzybkowi za wysłanie mnie na północ z tą ważną misją. ■



MGR JOANNA NOWICKA
Doktorantka III roku Pierwszej Szkoły Doktorskiej,
Zakład Parazytologii Tropikalnej

Wraz z lek. Aleksandrem Gollem miałam możliwość odbycia stażu naukowego na Uniwersytecie w Helsinkach. *Research stay* okazał się być bardzo owocnym i inspirującym doświadczeniem, podczas którego doskonaliłam warsztat pracy oraz nabywałam nowe umiejętności z zakresu technik biologii molekularnej. Pracę rozpoczęłam od izolacji RNA, którą wykonywałam zarówno manualnie, jak i za pomocą specjalnie skonstruowanego robota. Wszystkie analizy molekularne opierały się na pracy z wirusowym materiałem genetycznym, w związku z czym wymagały wysokiej higieny pracy oraz zachowania określonych zasad (wykonywane przeze mnie czynności laboratoryjne odbywały się laboratoriach w klasie Biological Laboratory Safety II i III). Następnym krokiem było odpowiednie przygotowanie próbek w celu detekcji wirusa SARS-CoV-2 oraz wirusów PanCorona z wykorzystaniem reakcji Real-Time PCR. Praca z bardzo sympatycznymi i wykwalifikowanymi opiekunami stażu (prof. Ravi Kant, dr Jenni Virtanen), którzy posiadali ogromną wiedzę, oraz możliwość użytkowania nowoczesnego laboratorium, wyposażonego w najwyższej klasy sprzęt były dla mnie ogromnym wyróżnieniem oraz czystą przyjemnością.

Staż badawczy umożliwił mi nawiązanie kontaktów, wymianę doświadczeń oraz wzbogacenie wiedzy. Podczas dwutygodniowego pobytu w malowniczej Finlandii w wolnych chwilach miałam okazję poznać fińską kulturę oraz obcować z niesamowitą nordycką przyrodą, która niezmiernie mnie urzekła. Wolny weekend spędzony w Helsinkach zaowocował m.in. wyprawą promem do przepięknego Tallinna oraz zwiedzeniem twierdzy Suomenlinna. Największe wrażenie wywarły na mnie jednak piesze przechadzki leśnymi ścieżkami w pięknych, niezmąconych działalnością człowieka okolicznościach przyrody. Staż na Wydziale Medycyny Weterynaryjnej otworzył przede mną wachlarz możliwości naukowych, które będą skutkować m.in. publikacją artykułu opartego na podstawie uzyskanych przeze mnie i Olka wyników analiz molekularnych. Bardzo się cieszę, że dzięki współpracy naukowej prof. Macieja Grzybka z naukowcami z Uniwersytetu Helsinskiego mogę rozwijać swoją karierę zawodową oraz współtworzyć międzynarodową społeczność naukową. ■

fot. archiwum prywatne

BiodivERsA+ (biodiversa.eu) to projekt naukowy na rzecz promowania ogólnoeuropejskich badań poświęconych ochronie środowiska naturalnego i zrównoważonemu zarządzaniu bioróżnorodnością, którego ideą jest przywrócenie europejskiej różnorodności biologicznej do 2030 r.

Finansowane przez Unię Europejską partnerstwo od października 2021 r. zrzesza współpracujące ze sobą organizacje i uczelnie, a także organizuje konkursy na międzynarodowe projekty badawcze, w ramach których młodzi naukowcy mają możliwość odbycia staży w placówkach sieci BiodivERsA. Partnerstwo ma na celu połączenie nauki, polityki i praktyki na rzecz przełomowych zmian. Obecnie skupia 74 instytucje i sponsorów badań oraz podmioty zajmujące się polityką środowiskową z 36 krajów europejskich i stowarzyszonych.

Nowy Świat, nowe umiejętności – kurs parazytologiczny w Australii

MGR MARTYNA KRUPIŃSKA
Doktorantka II roku Pierwszej Szkoły Doktorskiej, Zakład Parazytologii Tropikalnej

Od 26 listopada do 7 grudnia 2022 r. miałam przyjemność brać udział w kursie Concepts in Parasitology organizowanym przez Australijskie Towarzystwo Parazytologiczne. Dla młodych naukowców z całego świata to odbywające się od 2014 r. dwutygodniowe szkolenie jest okazją do poznania najnowszych technik stosowanych w nowoczesnej parazytologii, a także uczenia się od wybitnych parazytologów australijskich.

Kurs odbył się w stacji badawczej Zatoki Moreton Uniwersytetu w Queensland. Stacja mieści się na pięknej wyspie North Stradbroke, która położona jest na Morzu Koralowym. Licząca 275 km^2 powierzchni North Stradbroke jest drugą największą wyspą piaskową na świecie. Do stacji badawczej dostałam się z Brisbane promem, z pokładu którego, przepływając pomiędzy przepięknymi wysepkami, można było podziwiać lasy namorzynowe. Już w drodze do stacji badawczej udało się nam wypatrzeć po raz pierwszy, ale nie ostatni, koalę chowającego się w konarach eukaliptusa. North Stradbroke posiada unikatową florę i faunę, a także przepiękne plaże, które przyciągają wielu turystów i miłośników sportów wodnych. Wyspa nie bez powodu w języku jej rdzennych mieszkańców – ludu Quandamooka – nosi nazwę Minjerribah, czyli „wyspa słońca". W lipcu 2011 r. członkowie plemienia wygrali wieloletnią batalię sądową o rozpoznanie ich jako oficjalnego plemienia, a w 2019 r. 24% wyspy zostało przekazane rdzennym mieszkańcom. Obecnie na wyspie trwają liczne działania mające na celu zachowanie dziedzictwa kulturowego Aborygenów. Misją stacji badawczej jest zarówno ochrona przyrody Zatoki Moreton w obliczu zmian klimatycznych, jak i jej wartości kulturowych. Naukowcy skupiają się między innymi na obserwacji zachowania humbaków, których szlak migracyjny przebiega przez zatokę, badaniu habitatu żółwi morskich, a także sekwestracji węgla przez namorzyny.

Na warsztaty przyjęto 15 młodych naukowców – zarówno doktorantów, jak i doktorów pracujących nad różnymi zagadnieniami szeroko rozumianej parazytologii. Grupę stanowili biolodzy molekularni, biotechnolodzy, a także lekarze weterynarii z wielu zakątków świata. Codziennie na wyspę przyjeżdżali specjaliści różnych dziedzin parazytologii, aby poprowadzić z nami zajęcia. W ciągu dnia wykłady przeplatały się z zajęciami laboratoryjnymi. Tematyka zajęć obejmowała m.in: proces opracowywania leków przeciwpasożytniczych, immunologię, parazytologię zwierząt hodowlanych oraz dzikich, a także najnowsze techniki biologii molekularnej. Szczególnie interesujący był dla mnie dwudniowy blok bioinformatyczny, podczas którego przeanalizowaliśmy m.in. skład mikrobioty świerzbowca ludzkiego.

Bardzo interesujące zajęcia przeprowadził dr Paul Giacomin, którego badania skupiają się na odpowiedzi immunologicznej w chorobach pasożytniczych. Dr Giacomin jest również współzałożycielem start-upu Macrobiome Therapeutics wykorzystującego białka tęgoryjców w terapii chorób zapalnych, takich jak wrzodziejące zapalenie jelita grubego. Poza wykładami dotyczącymi parazytologii mieliśmy również okazję wziąć udział w warsztatach dotyczących wykorzystania *virtual reality* w edukacji czy porozmawiać z naukowcami pracującymi w przemyśle i na uczelniach. Dzięki temu mogliśmy zdobyć wiedzę o różnych możliwych ścieżkach kariery. Miałam również możliwość wzięcia udziału w warsztatach

→

Widok na plażę i ocean w Currarong

Szkolenie teoretyczne

Zajęcia praktyczne

pisania publikacji prowadzonych przez prof. Briana Cooke'a, redaktora naczelnego czasopisma „International Journal for Parasitology". Podczas warsztatów prof. Cooke z perspektywy redaktora opowiedział o tym, na co warto zwrócić uwagę w procesie publikacji badań oraz jakich błędów należy unikać. Ciekawym przeżyciem było również przeprowadzenie sekcji dzikich zwierząt (znalezionych przy drogach po wypadkach samochodowych) i zapoznania się z lokalną parazytofauną. Miałam niepowtarzalną okazję przeprowadzić sekcję parazytologiczną kangura czy jamraja.

Podczas kursu nie zabrakło również czasu na odpoczynek i zwiedzanie wyspy. Odwiedziliśmy m.in. przepiękną plażę Point Lookout, bardzo popularną wśród surferów ze względu na wysokie fale, czy Brown Lake – brązowe jezioro, które swój kolor i zapach zawdzięcza garbnikom z liści drzew herbacianych i niaouli.

Możliwość wzięcia udziału w kursie Concepts in Parasitology było wspaniałym doświadczeniem, które umożliwiło mi zdobycie niezwykle cennej wiedzy i nawiązanie kontaktów z wieloma świetnymi badaczami. Jestem wdzięczna Australian Society for Parasitology za wsparcie finansowe, które umożliwiło mi podróż do Australii i wzięcie udziału w kursie.

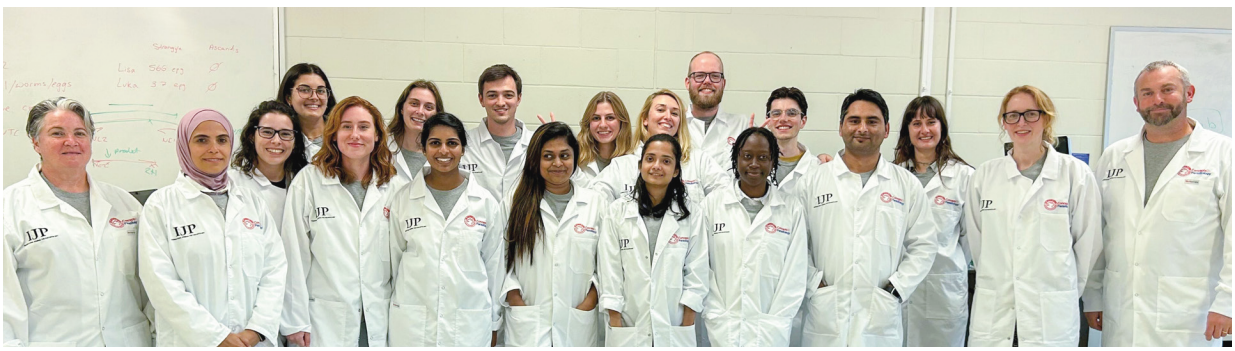
Po zakończeniu kursu poleciałam do miejscowości Wagga Wagga, gdzie wzięłam udział w wizycie badawczej na Uniwersytecie Charlesa Sturta. Podczas pobytu pracowałam w laboratorium prof. Shokoofeh Shamsi, której laboratorium bada wpływ czynników środowiskowych oraz antropogenicznych na ekologię pasożytów. Udało mi się również odwiedzić laboratorium dr. Davida Jenkinsa, którego poznałam dzięki udziałowi w kursie Concepts in Parasitology. Jego badania skupiają się na epidemiologii tasiemca *Echinococcus granulosus* wywołującego bąblowicę.

W czasie pobytu miałam również okazję przeżyć australijskie Święta Bożego Narodzenia, które celebrowane są podczas letnich wakacji. Wiele osób w tym okresie wyjeżdża nad morze i 25 grudnia urządza barbecue. Aby tradycji stało się zadość, razem z grupą doktorantów poznanych na kursie pojechaliśmy do nadmorskiej miejscowości Currarong, gdzie świąteczny czas spędziliśmy wygrzewając się w 30 °C na plaży i zajadając się świątecznymi potrawami. Najbardziej posmakowała mi beza pavlova, o której australijskim pochodzeniu nie wiedziałam.

Na koniec chciałabym zachęcić wszystkich do wyszukiwania wszelkiego rodzaju kursów i szkoleń i aplikowania na nie. Obecnie istnieje bardzo wiele programów wspomagających finansowo wyjazdy młodych naukowców. Warto odwiedzić strony internetowe krajowych oraz międzynarodowych towarzystw naukowych, które zajmują się interesującą nas dziedziną nauki. Można na nich znaleźć ciekawe oferty i konkursy, a także informacje na temat tego, w jaki sposób pozyskać pomoc finansową na udział w kursach. ■

fot. archiwum prywatne

MGR MARTYNA KRUPIŃSKA



Organizatorzy i uczestnicy kursu

Opatija – perła Adriatyku

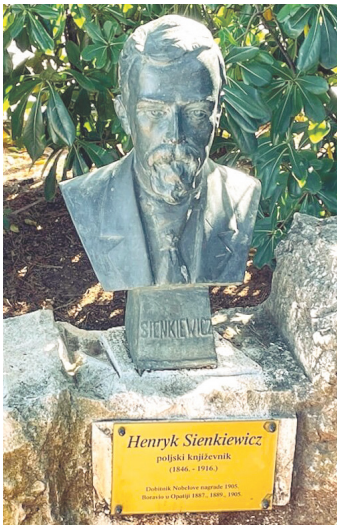
PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI
Emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych

Tablica poświęcona Józefowi Piłsudskiemu przy Lungomare w Opatii | fot. Adam Gąsior/WaszaTurystyka.pl

Przed kilkoma laty zainicjowałem w naszym czasopiśmie cykl *Podróże kształcą*. Wychodziłem bowiem z założenia, że ogromna liczba naszych nauczycieli akademickich i doktorantów, podróżując w celach naukowych lub turystycznych, odwiedza wiele interesujących miejsc na świecie. Sądziłem, że warto dzielić się tymi doświadczeniami z członkami naszej społeczności akademickiej i zwracać uwagę na polonika związane z miejscami, które udało nam się odwiedzić. Dlatego cieszą mnie zgłoszone w tym miesiącu relacje z wyjazdów naukowych.

W tym numerze sam postanowiłem zająć się opowieścią o urokach Opatii. Jest to blisko 8-tysięczne miasteczko leżące na półwyspie Istria w północno-zachodniej części Chorwacji. Położone jest ono w centralnej części Riwiery Dalmatyńskiej, albo ściślej: Riwiery Kvarneńskiej, a od strony kontynentu osłania je pasmo gór. Położenie to decyduje o wyjątkowo korzystnym klimacie. Ponoć przez cały rok świeci tam słońce. Dlaczego akurat Opatii chcę poświęcić ten tekst? Po pierwsze, Chorwacja od wielu lat jest bardzo popularnym miejscem odpoczynku wielu Polaków. Natomiast spośród znanych mi osób wypoczywających w tym pięknym kraju tylko jedna, związana z zespołem „Gazety", była w tym sympatycznym zakątku. Pozostali nie słyszeli nigdy o tej miejscowości. Tymczasem Opatija jest często określana jako perła Adriatyku, a niekiedy nazywa się ją także adriatycką Niceą. Drugi powód, dla którego piszę akurat o Opatii, wyłuszczę w dalszej części opowieści. Teraz zaznaczę tylko, że łączy się on z moim pobytem w tym mieście.

Wracając do historii i opisu naszego miasta – jego nazwa łączy się bezpośrednio z wybudowanym w XV w. opactwem benedyktynów i kościołem św. Jakuba. W swojej historii Opatija należała do Austro-Węgier, nosząc wówczas nazwę Sankt Jacobi, do Włoch, jako Abbacia (po włosku „opactwo"), a od końca drugiej wojny światowej do Chorwacji, stanowiącej podówczas jedną z republik Federacyjnej Socjalistycznej Republiki Jugosławii. Po rozpadzie Jugosławii w 1991 r. Opatija stała się częścią niezależnej Chorwacji. Obecnie miasto od granicy ze Słowenią dzieli 20 km, a z Włochami 60 km. Do XIX w. była tu wioska rybacka, która pod koniec tego stulecia zaczęła powoli przekształcać się w modny pośród arystokracji i szlachty europejskiej kurort. Bywali tu cesarze Franciszek Józef oraz Ferdynard. Ten pierwszy właśnie w Opatii 22 marca 1894 r. spotkał się z cesarzem Prus Wilhelmem II. Przyjeżdżali tu także uczeni i wynalazcy, jak Einstein i Tesla, kompozytorzy, jak Mahler, czy pisarze, jak Czechow i Joyce. Nie brakło w Opatii polskich śladów. Wielokrotnie przebywał w tym kurorcie Henryk Sienkiewicz, który ponoć właśnie tu pisał *Pana Wołodyjowskiego*, a w 1906 r. świętował zdobycie przyznanej mu rok wcześniej Nagrody Nobla. W jednym z centralnych parków Opatii znajduje się pomnik z popiersiem naszego sławnego pisarza. Bywała tu także Zofia Nałkowska, a Stanisław Witkiewicz, ojciec Witkacego, przeniósł się na stałe i wybudował dom w pobliskim Lovranie. W Opatii odpoczywał także marszałek Piłsudski, który na ogół kojarzony jest jedynie z Maderą. Na pamiątkę jego pobytu nieopodal słynnej promenady Lungomare i stanowiącego symbol miasta pomnika dziewczyny z mewą została wmurowana specjalna tablica. Licząca blisko 12 km promenada jest jedną z atrakcji miasta, a wzdłuż niej ciągnie się sznur kafejek i restauracyjek z wyśmienitym jedzeniem.



Popiersie Henryka Sienkiewicza przy Lungomare w Opatii
fot. Adam Gąsior/WaszaTurystyka.pl

A teraz drugi powód, dla którego chciałem zwrócić uwagę na Opatiję. Otóż jeszcze za czasów Jugosławii, w połowie lat 80. zostało zorganizowane Donau Symposium für Nephrologie. Było to cykliczne sympozjum odbywające się co 2 lata w różnych krajach, przez które przepływa Dunaj. Do prezentacji ustnej i plakatowej przyjęto kilka zgłoszonych przeze mnie doniesień

→

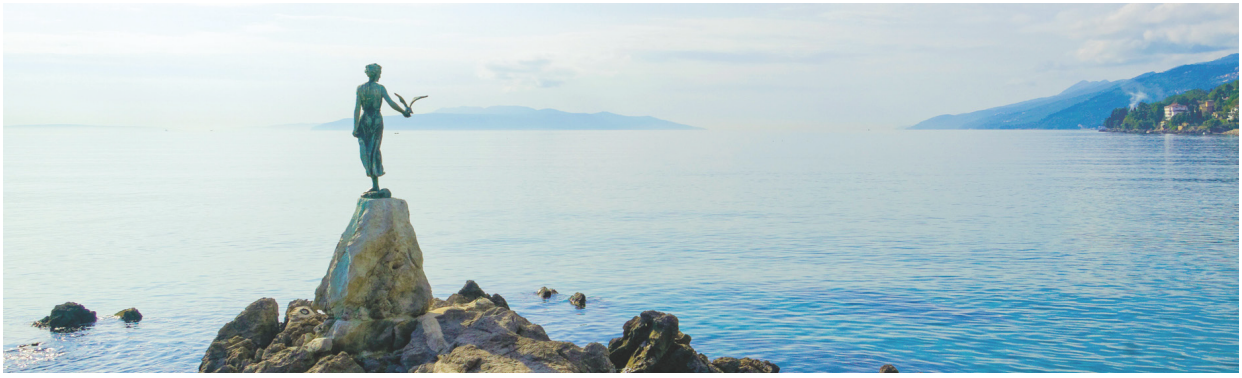
i zaszczycono propozycją przewodniczenia jednej z sesji naukowych. Organizatorzy zapewniali pobyt w hotelu, natomiast nasza ukochana *Alma Mater* zgodziła się pokryć koszty przejazdu. Jako świeżo upieczonemu docentowi zaproponowano mi przejazd koleją. Dostałem też oczywiście paszport służbowy, niestety jednak nie wypłacano wówczas żadnych diet. Bilet kolejowy kupiłem w PBP „Orbis", które jako jedyne było upoważnione do wystawiania biletów na trasy międzynarodowe. Zabrałem przeźrocza, plakaty oraz trochę niezbędnych rzeczy i ruszyłem w podróż. Miało być pięknie, bo z Warszawy jechałem do Budapesztu, gdzie miałem przesiąść się na pociąg jadący do Opatii. Po przyjeździe do Budapesztu okazało się, że pięknie to już było, albowiem pani z Orbisu nie wzięła pod uwagę tego, że pociąg z Budapesztu kursuje tylko w sezonie letnim, a moja podróż przypadła w pierwszej połowie października. Okazało się na dodatek, że panie z informacji na dworcu w Budapeszcie nie posługują się językiem angielskim, a rosyjskim nie chcą. Pożyczyłem od nich zatem międzynarodowy rozkład jazdy i wyszukałem połączenie. W ten sposób z dwoma kolejnymi przesiadkami, po ponad 20 godzinach znalazłem się u celu podróży.

Sympozjum odbywało się w pięknym hotelu Imperial położonym tuż przy plaży. Program naukowy był ciekawy, a na dodatek uczestniczył w nim jako gość honorowy prof. Jan Brod, czeski nefrolog o międzynarodowej sławie. Trzeba dodać, że w 1969 r. wyemigrował z Pragi do Niemiec, gdzie przez wiele lat był szefem Kliniki Nefrologii na Uniwersytecie w Hanowerze. W tym czasie był już na emeryturze i pracował jako *profesor emeritus* w Oksfordzie. W sympozjum, jako członek jego komitetu, uczestniczył także prof. Franciszek Kokot, jeden z prekursorów polskiej nefrologii. Pogoda była sympatyczna, hotel wygodny, obrady ciekawe, ale gorzej było z aprowizacją. Śniadania bowiem były – a i owszem – smaczne i obfite, ale w czasie obrad dostępna była tylko kawa, soki i woda mineralna. Ktoś może pomyśleć, że przecież to żaden problem, bo trzeba było pójść do którejś z sympatycznych restauracyjek i spróbować lokalnych frykasów. Dziś tak bym zrobił, ale trzeba przypomnieć, że w latach 80. ubiegłego stulecia jugosłowiańskie dinary były walutą wymienialną, natomiast nasza złotówka była niestety poza granicami kraju bezużyteczna. Pozostawały zatem bułki ze śniadania i woda mineralna. Ale czego się nie robi dla doba nauki.

Pod koniec pobytu prof. Kokot zaproponował, abym jako osoba towarzysząca uczestniczył w tak zwanym *presidential dinner*. Początkowo opierałem się z lekka, uważając, że to nie uchodzi, ale ostatecznym argumentem było stwierdzenie profesora, żebym przestał się certolić, bo w końcu najem się porządnie. Obiad jedliśmy przy stołach rozstawionych na tarasie schodzącym prosto do plaży. Mnie przypadło miejsce obok żony prof. Broda. Sympatyczna pani chętnie rozmawiała ze mną w językach słowiańskich. Była wyraźnie zadowolona, że nie musi posługiwać się ani językiem Anglów, ani Sasów. Na dodatek kiedy dowiedziała się, że jestem z Gdańska, musiałem opowiedzieć jej wszystko o Barbarze Krupie-Wojciechowskiej oraz Jacku Manitiusie. Dr Barbara Krupa odbyła bowiem kilkumiesięczny staż naukowy w praskiej klinice, którą kierował prof. Brod. Jacek Manitius spędził natomiast rok na stażu w Hanowerze. Tymczasem po drobnych przystawkach zakrapianych smacznym chorwackim winem na stół wjechały żelazne sagany, z których wydobywał się smakowity zapach. Sytuacja skomplikowała się, kiedy do saganów zaczęto sięgać chochlą. Okazało się, że były w nich mule zaprawiane czosnkiem, koprem i białym winem. Niestety dla mnie była to kompletna nowość, bo małże widywałem jedynie w rzekach i jeziorach. Zabrałem się zatem do tego jadła jak wilk do jeża i udało mi się wyłowić kilka krewetek, które zaplątały się między mulami. No bo przecież raki to myśmy też jedli. Pani profesorowa śledziła z uwagą moje poczynania i w końcu zagarnęła dużą chochlą mule i wypełniła nimi mój talerz. Na dodatek stwierdziła pięknym językiem czeskim: „Niech pan to ji, pane doktore. To je moc dobre". Cóż miałem robić, zabrałem się za mule. Początkowo ostrożnie i z pewną dozą obrzydzenia, ale po upływie kilku minut uwierzyłem w zdanie pani profesorowej, że „to je moc dobre".

Od tej pory mule weszły do mojego jadłospisu jako jedna z ulubionych potraw. No i jak tu nie wierzyć, że podróże kształcą? A przy okazji wszystkim, którzy wybierają się do Chorwacji, polecam Opatiję i Riwierę Kvarneńską. Nie wspomniałem jeszcze, że po smacznym obiedzie należy w tych stronach koniecznie spróbować miejscowej figowej rakii. ■

PROF. BOLESŁAW RUTKOWSKI



Pomnik dziewczyny z mewą | fot. wikimedia commons

Rekordowa liczba narodzin w UCK

Około 3 900 noworodków przyszło na świat w 2022 r. w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym. Pod względem liczby narodzin szpital jest niekwestionowanym liderem na Pomorzu.

W Klinice Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej UCK w ubiegłym roku odbyło się 3 810 porodów – 2 248 drogami natury i 1 562 poprzez cięcie cesarskie. W ich wyniku na świat przyszło ok. 3 900 noworodków – to o 300 więcej niż rok wcześniej i aż o 600 więcej niż w 2020 r.

– *Jesteśmy niezmiernie dumni, że pacjentki, nie tylko z naszego województwa, wybierają nasz ośrodek jako miejsce porodu* – podkreśla **prof. Dariusz Wydra**, ordynator Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej UCK. – *To niesamowity cud narodzin. Uczestniczymy w czymś, co sprawia, w większości przypadków, olbrzymią radość mamie i osobie towarzyszącej.*

Duże zaufanie pacjentek do UCK ma odzwierciedlenie w rankingu szpitali *Gdzie Rodzić po Ludzku 2022*, który organizowany jest przez Fundację *Rodzić po Ludzku* i powstaje na bazie opinii i ocen pacjentek. Uniwersyteckie Centrum Kliniczne znalazło się w pierwszej trójce najlepszych miejsc do rodzenia w województwie pomorskim, a jeżeli chodzi o ośrodki o trzecim stopniu referencyjności, jesteśmy liderem w skali kraju.

– *Zajęcie czołowego miejsca w rankingu to dla nas ogromne wyróżnienie, zwłaszcza że szpitale o trzecim stopniu referencyjności obejmują opieką pacjentki w ciążach wysokiego ryzyka, z zagrożeniem przedwczesnym porodem oraz wszystkimi patologiami ciąży, płodu i nowo narodzonych przedwcześnie lub o czasie dzieci* – komentuje **Lucyna Nowicka**, położna oddziałowa w Klinice Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej UCK.

Wśród narodzonych dzieci znalazło się 459 wcześniaków, w tym 41 skrajnych wcześniaków, czyli o wadze poniżej 1 000 g. Opiekują się nimi położne i lekarze z Kliniki Neonatologii UCK, w skład której wchodzi Oddział Intensywnej Terapii Noworodka, Oddział Patologii Noworodka, Rooming-in, Poradnia Patologii Noworodka oraz Bank Mleka Kobiecego.

– *Te dzieci wymagają bardzo troskliwej opieki, koronkowej wręcz pracy. Praca lekarzy ma oczywiście duże znaczenie, ale kluczowa jest tu przede wszystkim olbrzymia praca położnych* – podkreśla **dr Iwona Domżalska-Popadiuk**, która kieruje Kliniką Neonatologii UCK.

Trakt Porodowy UCK posiada sześć pojedynczych sal porodowych, wyposażonych w wielofunkcyjne łóżka porodowe, worki saco, piłki, materace, fotele do kangurowania, sprzęt do muzykoterapii oraz aparaturę medyczną niezbędną dla zapewnienia bezpieczeństwa matki i dziecka. Ponadto każda sala porodowa posiada własny węzeł sanitarny z prysznicem i toaletą. Podobnie jak na Trakcie Porodowym, na Oddziale Położnictwa UCK także zapewniamy komfortowe i intymne warunki pobytu. Salę są 1- i 2-łóżkowe, a każda z nich ma własny węzeł sanitarny. Oddział funkcjonuje w systemie *rooming-in*, co oznacza, że matka i dziecko pozostają w nieustannym kontakcie pod bacznym okiem doświadczonych położnych, lekarzy i fizjoterapeutów. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK

fot. UCK

Personel Kliniki Położnictwa i Ginekologii, Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej świętujący rekordową liczbę porodów

5-lecie Poradni Kardioonkologicznej

PROF. EWA LEWICKA
Klinika Kardiologii
i Elektroterapii Serca

W styczniu minęło pięć lat, odkąd w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym została uruchomiona Poradnia Kardioonkologiczna. Impulsem do jej powstania stała się potrzeba zorganizowania stałej opieki dla pacjentów onkologicznych i hematologicznych z różnymi problemami sercowo-naczyniowymi. Poradnię udało się uruchomić dzięki wsparciu **dyr. Jakuba Kraszewskiego** i **dyr. Doroty Kuzimskiej**. Moje starania w tym zakresie poparli także **prof. Jacek Jassem** i **prof. Jan M. Zaucha**, za co jestem im bardzo wdzięczna. Za to, że miejsce na naszą Poradnię udało się znaleźć w Zakładzie Diagnostyki Chorób Serca w budynku CMI, dziękuję zaś **prof. Marii Dudziak**.

Pracę w Poradni rozpoczęłam razem z **dr Anną Kochańską**, **dr Anną Kaletą-Duss** i **lek. Izabelą Nabiałek-Trojanowską**. W badaniach echokardiograficznych od samego początku wspierała nas **dr Hanna Jankowska**, a w opiece pielęgniarskiej **Marzenna Kęsicka** i **Dorota Mudzińska**. W maju 2018 r. wzięłyśmy udział w międzynarodowej konferencji kardioonkologicznej na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie i właśnie wtedy ta dziedzina medycyny ukazała nam się od strony naukowo-badawczej. Słuchałyśmy z wielkim zainteresowaniem wykładów i prezentacji, a wkrótce w naszych głowach zaczęły kiełkować pomysły pierwszych projektów badawczych.

Mimo różnych ograniczeń związanych z pandemią udało nam się wdrożyć program kontroli kardiologicznej u pacjentek z rakiem piersi. Ogromnie dziękuję **dr hab. Elżbiecie Senkus-Konefce, prof. uczelni**, dzięki której wszystkie chore na raka piersi pacjentki są kierowane do naszej Poradni przed rozpoczęciem leczenia. Celem tego działania jest ustalenie programu nadzoru kardiologicznego w czasie i po zakończeniu leczenia onkologicznego.

We wrześniu 2021 r. poradnia zmieniła swoje lokum. Dzięki pomocy **prof. Jana Rogowskiego** i **dr hab. Michała Hoffmanna** korzystałyśmy z gościnności Poradni Kardiochirurgicznej oraz Centrum Nadciśnienia Tętniczego. Do naszego zespołu dołączyli: **dr Grzegorz Sławiński**, **dr Aleksandra Liżewska-Springer** i technik elektroradiologii **Kamil Suszczyński**. Od 1 lutego 2023 r. poradnia mieści się – mam nadzieję, że już na stałe – w budynku nr 4, gdzie niedawno uruchomiony został zespół poradni onkologicznych. Za umożliwienie działania w tej lokalizacji serdecznie dziękuję **prof. Rafałowi Dziadziuszko** i **dr Annie Kowalczyk**.

Poradnia jest otwarta trzy razy w tygodniu – w poniedziałki, wtorki i środy. Przyjmujemy pacjentów ze skierowaniem od onkologów lub hematologów, bo naszym głównym celem jest wspieranie ich w leczeniu chorych, u których mogą wystąpić powikłania kardiologiczne związane ze stosowanym leczeniem przeciwnowotworowym.

Od 2018 r. (zawsze w listopadzie) razem z dr hab. Elżbietą Senkus-Konefką organizujemy konferencję Bałtyckie Spotkania Kardio-Onkologiczne, która odbywa się pod patronatem rektora GUMed **prof. Marcina Gruchały**. Nazwa wydarzenia jest nieprzypadkowa, nawiązuje bowiem do organizowanych przez wiele lat przez **prof. Grażynę Świątecką**,

→

Zespół Poradni Kardioonkologicznej

której jestem wychowanką, Gdańskich Spotkań Kardiologicznych. W tym roku, 25 listopada, konferencja odbędzie się już po raz piąty.

Ogromnie się cieszę, że udaje się nam prowadzić także działalność naukową. Opublikowaliśmy wiele artykułów z zakresu kardioonkologii, w tym 16 prac o łącznym IF 60,951. W tym roku planowana jest obrona pierwszej pracy doktorskiej z zakresu kardioonkologii, a dwie inne są w toku.

W listopadzie 2022 r. w ramach struktur Sekcji Prewencji i Epidemiologii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego powołaliśmy Grupę Roboczą ds. Kardioonkologii.

Przed nami dużo zadań, ale energii i entuzjazmu nam nie brakuje. Jesteśmy przygotowani na kolejne lata rzetelnej pracy oraz dalszy rozwój. ■

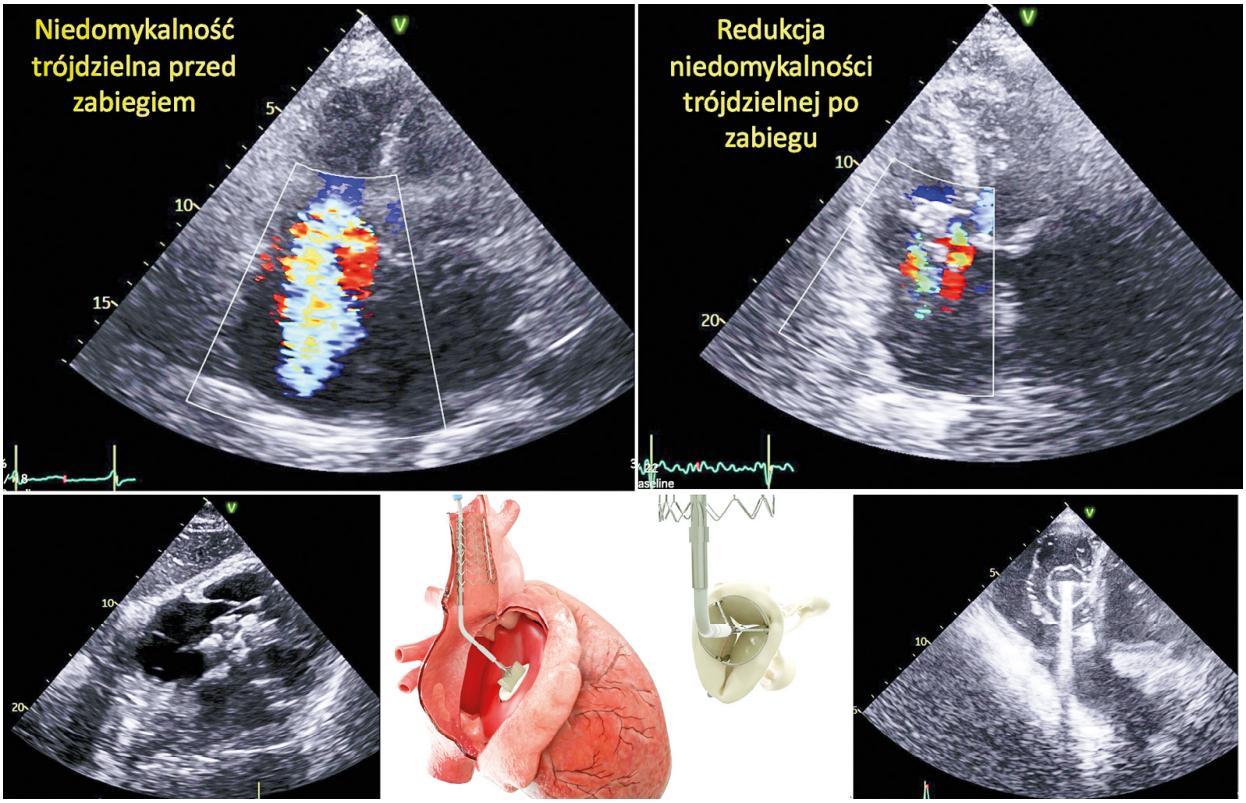
fot. Paweł Sudara/GUMed

PROF. EWA LEWICKA

Nowatorski zabieg kardiochirurgiczny w UCK

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym przeprowadzono piąty na świecie zabieg wszczepienia systemu CroíValve DUO Tricuspid Coaptation Valve. Pacjentka z niedomykalnością zastawki trójdzielnej serca, która wcześniej nie była w stanie wykonywać najprostszych czynności, dziś może funkcjonować samodzielnie.

Niedomykalność zastawki trójdzielnej serca to wada, w wyniku której krew cofa się z prawego przedsionka do prawej komory serca. W konsekwencji prawy przedsionek jest przeciążony i powiększa się. Głównymi objawami tego schorzenia są ogólne osłabienie organizmu, kołatanie serca i duszność wysiłkowa. W skrajnych przypadkach choremu trudno jest podjąć jakikolwiek wysiłek. Wada ta najczęściej nie wymaga ingerencji chirurgicznej, jednak w jej ciężkim przebiegu konieczna jest operacja. Operacja kardiochirurgiczna często nie jest możliwa z powodu zaawansowanego wieku pacjenta i występowania chorób współistniejących. Tak było w przypadku 76-letniej chorej, u której tradycyjny zabieg operacyjny wiązał się ze zbyt dużym ryzykiem.



– *Nasza pacjentka z powodu nabytej wady serca miała nasilone objawy jego niewydolności, co skutkowało znacznie obniżoną tolerancją wysiłku. Nie mogła wykonywać podstawowych czynności życia codziennego. Szukaliśmy innych możliwości terapeutycznych niż tradycyjna operacja* – wyjaśnia **prof. Marcin Fijałkowski** z Kliniki Kardiologii UCK.

– *Jedyną opcją był CroíValve – nowatorski zabieg, który został przeprowadzony dopiero u kilku chorych na świecie. Jest to system, który współpracuje z zastawką trójdzielną serca pacjenta. W jej wnętrzu umieszcza się mniejszą biologiczną zastawkę, uszczelniającą strukturę od środka, natomiast od zewnątrz jest ona zabezpieczona przez płatki będące elementami pierwotnej zastawki pacjenta. Dodatkowo system mocowany jest poza sercem na stencie umieszczonym w żyle głównej górnej. CroíValve DUO Tricuspid Coaptation Valve wprowadza się przezcewnikowo, w niewielki sposób ingerując w strukturę serca* – tłumaczy **dr hab. Dariusz Jagielak** z Kliniki Kardiochirurgii UCK.

Aktualnie pacjentka czuje się dobrze, po kilkudniowej hospitalizacji opuściła szpital. Objawy niewydolności serca zostały znacznie zredukowane. Dzięki zabiegowi chora może funkcjonować samodzielnie.

Operacja wszczepienia systemu CroíValve DUO Tricuspid Coaptation Valve została przeprowadzona w Klinice Kardiochirurgii UCK kierowanej przez **prof. Jana Rogowskiego**. W skład zespołu lekarskiego, który dokonał wszczepienia, weszli: **dr Radosław Targoński** – operator, dr hab. Dariusz Jagielak – operator, **dr Izabela Pisowodzka**, prof. Marcin Fijałkowski, **Tomasz Lammek** – anestezjolog oraz zespół sali hybrydowej: **Danuta Formella**, **Dorota Żółtowska** oraz **Dorota Boguska**.

Zespół, który dokonał wszczepienia systemu CroíValve

Zabieg został wykonany w ramach badania klinicznego Tandem I. Polscy specjaliści są światowymi pionierami w dziedzinie implantacji systemu CroíValve DUO Tricuspid Coaptation Valve – poprzednie operacje przeprowadzono także w ośrodkach w naszym kraju. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK

AKADEMIA OSTEOPOROZY – ZAPROSZENIE NA WEBINARIA

Przewodniczący Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii prof. Edward Czerwiński zaprasza lekarzy do uczestnictwa w *Akademii Osteoporozy*.

Cykl sześciu webinariów będzie poświęcony większości podstawowych zagadnień dotyczących diagnostyki, leczenia i zapobiegania osteoporozie. Czas trwania każdego z wykładów wyniesie ok. 45 min, a po każdym z nich przewidziana jest otwarta dyskusja na czacie.

Webinaria odbędą się w dwóch sesjach, wiosennej i jesiennej, w następujących terminach: 2 marca, 13 kwietnia, 11 maja oraz 5 października, 9 listopada, 7 grudnia. Wykład inauguracyjny się zostanie wygłoszony **2 marca 2023 r. o godz. 18.00**.

Program i formularz rejestracyjny dostępne są na stronie osteoporoza.pl/akademia-2023/.

Udział w wydarzeniu jest bezpłatny. Uczestnicy całego cyklu otrzymają dyplomy ukończenia *Akademii Osteoporozy*; za udział w poszczególnych webinariach można otrzymać punkty edukacyjne.

Akcja *Porozmawiajmy o padaczce* w UCK

Osoby chore na padaczkę mogą normalnie funkcjonować – pracować, uprawiać aktywność fizyczną, być szczęśliwe i spełniać marzenia. To główne przesłanie akcji *Porozmawiajmy o padaczce*, która 14 lutego została zainicjowana w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym.

Padaczka należy do grupy tych chorób, z którymi związana jest ogromna liczba mitów i na temat której niezbędna jest nieustanna edukacja. Patronem osób zmagających się z epilepsją jest ten sam święty, który opiekuje się zakochanymi – Walenty.

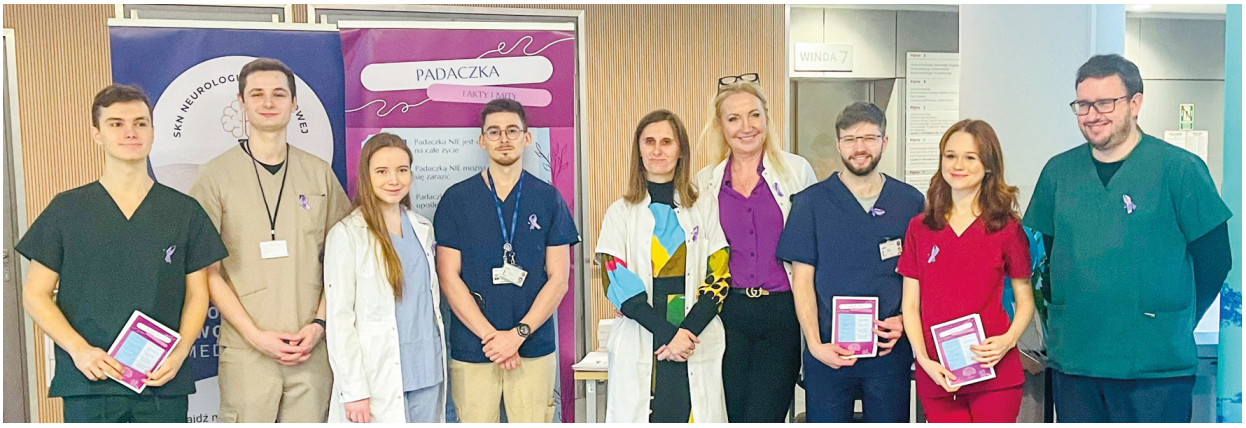
Dlatego też 14 lutego, w Międzynarodowy Dzień Epilepsji, we współpracy z GUMed w UCK została zainicjowana akcja informacyjna *Porozmawiajmy o padaczce*, której głównym celem było zaakcentowanie faktów i obalenie mitów związanych z chorobą. Jej organizatorami byli studenci z SKN przy Klinice Neurologii Rozwojowej UCK.

Wśród nich znalazła się **Katarzyna Meller**, studentka II roku kierunku lekarskiego w GUMed, u której padaczka objawiła się 5 lat temu. Jak wspomina, po usłyszeniu diagnozy nie była załamana, bała się jednak, że epilepsja wykluczy ją z życia społecznego. – *Myślałam, że nie będę mogła np. chodzić na imprezy, co dla nastolatki jest bardzo ważne* – śmieje się Kasia. Podkreśla, że z epilepsją można całkowicie normalnie funkcjonować i spełniać marzenia. – *Na początku wydaje się to dużym obciążeniem, ale tak naprawdę nie jest. Myślę, że ta choroba przez 5 lat nauczyła mnie odpowiedzialności oraz umiejętności racjonalnego planowania i, co najlepsze, mam perspektywę, żeby dzięki leczeniu w przyszłości całkowicie wyzdrowieć* – dodaje.

Na epilepsję, najczęściej występująca chorobę układu nerwowego, choruje 1% światowej populacji. – *Należy podkreślić, że wokół niej narosło wiele mitów, niedomówień i nieporozumień* – mówi **prof. Maria Mazurkiewicz-Bełdzińska**, ordynator Kliniki Neurologii Rozwojowej UCK, która dodaje, że takich akcji powinno być jak najwięcej. – *Pozwalają one przybliżyć padaczkę jako chorobę i trochę ją „odczarować". Trzeba pamiętać, że ta choroba w znakomitej większości, u powyżej 70% pacjentów, leczy się bardzo dobrze* – podkreśla Profesor.

Na specjalnie przygotowanych stanowiskach wszyscy chętni mogli zasięgnąć informacji dotyczących przyczyn, przebiegu oraz leczenia padaczki, jak również dowiedzieć się, w jaki sposób postępować w sytuacji, kiedy

→



Organizatorzy akcji *Porozmawiajmy o padaczce*

chory ma atak. Studentów z lawendowymi wstążkami, będącymi symbolem solidarności z osobami chorującymi na epilepsję, można było spotkać przy punktach informacyjnych CMN i CMI.

Kolejnym punktem akcji informacyjnej było wydarzenie *Czego nie wiemy o padaczce, a boimy się zapytać*. Wydarzenie, które zostało zaplanowane na 22 lutego, zostało przewidziane jako otwarte dla wszystkich chętnych spotkanie specjalisty z osobą chorą.

Chcielibyśmy bardzo serdecznie podziękować wszystkim osobom zaangażowanym w organizację akcji informacyjnej, a szczególnie studentom GUMed Karolowi Chojnowskiemu oraz Dawidowi Zakrzewskiemu, przewodniczącym SKN przy Klinice Neurologii Rozwojowej UCK, opiekunce koła – dr Marcie Zawadzkiej oraz gdańskiemu oddziałowi IFMSA-Poland. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK

Breaking the Stereotype

International Edition

COPENHAGEN, DENMARK

My name is **Rasmus Svensson**, and I'm a 6th year medical student from Copenhagen, Denmark.

Oh, so you are not from Sweden?

As we all know, there's no shortage of Scandinavians at the MUG. However, Danes can be numbered on one hand, which is why it's often a surprise to both students and teachers alike whenever I mention that I am from Denmark.

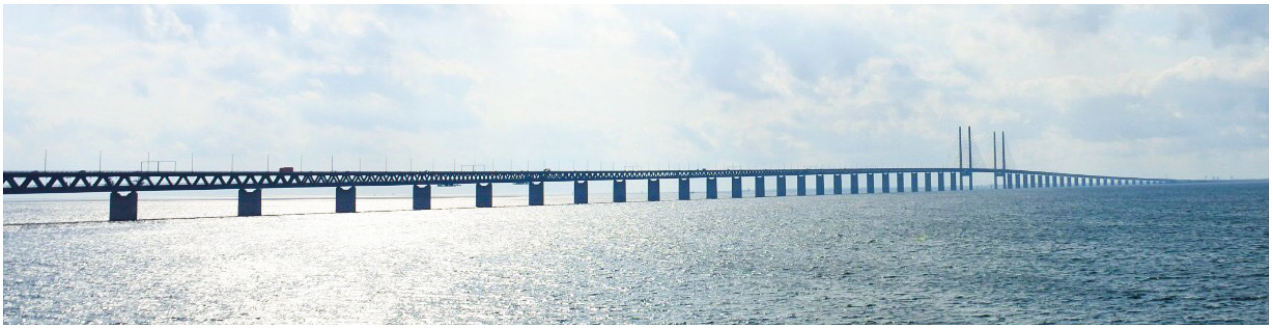
Talking about Denmark, it's a very nice, although, extremely flat country. In order to illustrate this I often use the example of the largest waterfall in Denmark, located in Döndalen on the island Bornholm, has the rather pitiful height of 20 meters. →

Nazywam się **Rasmus Svensson**, jestem studentem VI roku medycyny i pochodzę z Kopenhagi w Danii.

A więc nie jesteś ze Szwecji?

Jak wszyscy wiemy, na GUMed nie brakuje Skandynawów, jednak Duńczyków można policzyć na palcach jednej ręki, dlatego często zarówno studenci, jak i nauczyciele są zaskoczeni, gdy wspominam, że pochodzę z Danii.

Dania to bardzo ładny, choć ekstremalnie płaski kraj. Aby to zobrazować, często posługuję się przykładem najwyższego wodospadu w Danii, znajdującego się w Döndalen na wyspie Bornholm, który ma dość żałosną wysokość 20 metrów. →



Øresund Bridge / Most Øresund | fot. Alejandra Vivas

The happiest people in the world

Another thing that I often hear is "Oh, you're Danish and Danes are the happiest people in the world, so what's the secret?" Indeed for several years in a row the World Happiness Report has ranked Denmark in the top 3 among the 150 surveyed countries. Honestly, I'm never sure how to answer that question. Is it the *Päläggschokolade* (thin slices of chocolate that're put on sandwiches), the *Danskt rugbröd* (Danish ryebread), or perhaps the ever so morbid short stories and songs for children that makes us think that the world isn't all that bad. But to say that Danes are always nice and happy about everything, I feel is a bit of a stretch. Also, I conclude that the people who claim Danes are among the happiest people on Earth have never tried to ride a bicycle in Copenhagen and never gotten berated (rightfully so) for forgetting to use hand signals when turning or stopping. Don't even get me started on trying to look out for all the cyclists while driving a car. I'm quite convinced that the Japanese Kamikaze pilots must have trained with the angry Danish cyclists, who rush down the road without a care in the world for the cars and pedestrians around them.

Speaking about Danes, and I suppose happiness, it is impossible not to mention the term *hygge* which doesn't really have a direct translation, but loosely translates into "getting comfortable". The most common phrase that I personally use is that I will have a *hyggeaften* which really can mean everything from staying at home and reading a book, to meeting up with friends and play some board games. Although the concept of *hygge* also exists in the Norwegian culture, I think they understand it as *å kose seg* [having fun]. I also believe that the word *hygge* has gotten more international recognition. Lastly on this part, I want to shamelessly suggest that when in Gdynia it is worth visiting a small café called Hygge, in order to experience part of the Danish tradition.

Tales

Anyways, in my opinion a more interesting part of Danish culture are the fairytales by Hans Christian Andersen. They are probably familiar to you in one form or another, with some of his more popular works being "The Little Mermaid," "The nutcracker,"

→

Najszczęśliwsi ludzie na świecie

Inne zdanie, które często słyszę, to: „O, jesteś Duńczykiem, a Duńczycy to najszczęśliwsi ludzie na świecie. W czym tkwi sekret?". Rzeczywiście, przez kilka lat z rzędu World Happiness Report umieszczał Danię w pierwszej trójce 150 badanych krajów. Szczerze mówiąc, nigdy nie jestem pewien, jak odpowiedzieć na to pytanie. Czy to *Päläggschokolade* (cienkie plasterki czekolady, które nakłada się na kanapki), *Danskt rugbröd* (duński chleb żytni), czy może makabryczne opowiadania i piosenki dla dzieci sprawiają, że myślimy, że świat nie jest taki zły. Jednak stwierdzenie, że Duńczycy są zawsze mili i szczęśliwi z każdego powodu, wydaje mi się trochę naciągane. Dochodzę również do wniosku, że ludzie, którzy twierdzą, że Duńczycy są jednymi z najszczęśliwszych ludzi na Ziemi, nigdy nie próbowali jeździć na rowerze po Kopenhadze i nigdy nie zostali zbesztani (słusznie) za to, że zapomnieli użyć sygnałów ręcznych podczas skręcania lub zatrzymywania się. Nie wspominając już o wypatrywaniu wszystkich rowerzystów na drodze podczas jazdy samochodem. Jestem przekonany, że japońscy piloci kamikadze musieli szkolić się u wściekłych duńskich rowerzystów, którzy pędzą, nie zważając na otaczające ich samochody i pieszych.

Mówiąc o Duńczykach i szczęściu, nie sposób nie wspomnieć o *hygge*, czyli terminie, który tak naprawdę nie ma prostego tłumaczenia, ale oznacza mniej więcej „przytulność", „błogostan", „komfort bycia". Zwrotem, którego używam najczę-

→

The statue of the Little Mermaid in Copenhagen / Pomnik Małej Syrenki w Kopenhadze | fot. Alejandra Vivas

"Princess and the Pea," "The Matchstick Girl." I really think they are worth a read. Should you find yourself in Copenhagen, definitely stop by the statue of the Little Mermaid (*Den lille Havfrue*). If you happen to be in Odense and would like to explore more about HC Andersen, then you should visit the museum located in his house.

International fame

Denmark is a small country, but it is surprisingly recognizable throughout the world. Sweden may have IKEA, but Denmark has Lego and I'm quite sure that every kid (and quite a few adults too) will agree with me that it is more fun to build Lego compared to building furniture from IKEA. If you (or your young relatives) are a fan of Lego, then don't miss the original Legoland amusement park in Billund.

Do you remember that one of Shakespeare's most famous works take place in Denmark? Specifically in a Renaissance-style castle by the name Kronborg, by the city of Helsingör. The play I'm describing is of course "Hamlet."

Another interesting fact is that Denmark currently has the longest reigning monarch in the world, Queen Magrethe II, who has been in power since 1972. She is well-liked among the people of Denmark. During New Year's Eve, she delivers a short speech, which I always find very interesting to listen to because she always speaks about current topics and how they affect people from all around the world, and how we as a nation should strive to help one another to become better.

My hometown

I spoke in great length about different attractions across Denmark, but what is there actually to see in Copenhagen besides the mermaid statue? The obvious attractions are the big market/shopping street *Strøget* and the waterfront district *Nyhavn* (literally New Port). What a lot of people may not know, is that Copenhagen houses the oldest amusement park in the world called *Bakken* which was built in 1583, as well as the 4th oldest, known as *Tivoli*, the latter being smack in the center of

ściej, jest „będę miał *hyggeaften*", którym można w zasadzie opisać wszystko – od siedzenia w domu i czytania książki po spotkania z przyjaciółmi i granie w gry planszowe. Chociaż koncepcja *hygge* istnieje również w kulturze norweskiej, myślę, że Norwegowie rozumieją ją raczej jako *å kose seg* [dobrze się bawić – przyp. red.]. Uważam też, że słowo *hygge* jest bardziej rozpoznawalne na świecie. Na koniec chcę bezwstydnie zasugerować, że będąc w Gdyni, warto odwiedzić małą kawiarnię o nazwie Hygge, aby doświadczyć odrobiny duńskiej tradycji.

Opowieści

Tak czy inaczej moim zdaniem ciekawszą częścią duńskiej kultury są baśnie Hansa Christiana Andersena. Prawdopodobnie są Wam one znane w takiej czy innej formie. Niektóre z jego bardziej popularnych dzieł to *Mała syrenka*, *Dziadek do orzechów*, *Księżniczka na ziarnku grochu*, *Dziewczyna z zapałkami*. Naprawdę uważam, że warto je przeczytać. Jeśli znajdziecie się w Kopenhadze, koniecznie zatrzymajcie się przy Pomniku Małej Syrenki (*Den lille Havfrue*). A jeśli zdarzy się Wam być w Odense i chcielibyście dowiedzieć się więcej o Andersenie, to warto odwiedzić muzeum znajdujące się w jego domu.

Międzynarodowa sława

Dania to mały kraj, ale zaskakująco rozpoznawalny na całym świecie. Szwecja może mieć IKEA, ale Dania ma Lego i jestem pewien, że każde dziecko (a także niejeden dorosły) zgodzi się ze mną, że budowanie z klocków Lego jest przyjemniejsze niż składanie mebli z IKEA. Jeśli Wy (lub Wasi młodsi krewni) jesteście fanami Lego, nie zapomnijcie zajrzeć do najstarszego z parków rozrywki Legoland, który znajduje się w Billund.

Czy pamiętacie, że akcja jednego z najsłynniejszych dzieł Szekspira rozgrywa się w Danii? Konkretnie w renesansowym zamku o nazwie Kronborg, niedaleko miasta Helsingör. Sztuka, o której piszę, to oczywiście *Hamlet*.

Kolejną ciekawostką jest fakt, że Dania ma obecnie najdłużej panującego monarchę na świecie, królową Małgorzatę II, która sprawuje władzę od 1972 r. Jest bardzo lubiana wśród Duńczyków.

Tivoli Gardens amusement park / Park rozrywki Tivoli | fot. Alejandra Vivas

Waterfront distict *Nyhavn* / Nadbrzeżna dzielnica Nyhavn | fot. pixabay (CC BY S.A. 2.0)

Copenhagen. The former houses quite a bit of nostalgia for an old wooden rollercoaster that is also known as *Den Gamle Dame* (The Old Lady) turned 90 years in May 2022. As you could imagine, The Old Lady is a very bumpy ride, but nonetheless it's a must if you visit *Bakken*. Should you find yourself with enough time on your hands, I definitely recommend visiting either *Bakken* or *Tivoli*, both are definitely worth your time. However, I suggest that you bring snacks and something to drink with you, as the prices of food and beverages in these amusement parks are astronomical.

Beer

Finally, to round things off, Denmark is also known for some of its beers, such as Tuborg and Carlsberg. The former had an advertisement slogan going years back asking *hvornår smager en Tuborg bedst?* (when does a Tuborg taste the best?). If you ask this question, almost every Dane will enthusiastically respond *hver gang!* (every time!). Whereas Carlsberg has a brewery in Copenhagen which you can visit and learn more about the brewing process and the history of beer. Speaking of alcohol, an interesting fact is that the legal age for buying alcohol in Denmark is 16, which is lower than the rest of the Nordic countries. As you can probably guess, this results in a lot of (primarily) Swedish teenagers taking the train to Copenhagen to enjoy alcohol that they are too young to buy in their home countries. A common stereotype about us Danes is that of all the Nordic nations we are the ones who drink the most alcohol. However, I would like to argue, that the stereotype ignores the important difference in how and when one drinks. The Swedes have a tendency to drink seldomly, never on weekdays, but when they drink, they binge. Whereas us Danes tend to drink more often, including during the weekdays, but we seldomly binge.

As you can see, there is quite a lot of to see in my hometown of Copenhagen and Denmark in general. Perhaps I am biased, but I think that Denmark is a beautiful country. You are more than welcome to ask me about some more ideas of where to go and what to see. I hope you enjoyed reading this, as much as I enjoyed writing it.

Podczas Sylwestra wygłasza krótkie przemówienia, których zawsze słucham z zainteresowaniem, ponieważ porusza w nich aktualne tematy i mówi, jak wpływają one na ludzi z całego świata oraz w jaki sposób, jako naród, powinniśmy pomagać sobie nawzajem, by stać się lepszymi.

Moje miasto

Dużo mówiłem o różnych atrakcjach w całej Danii, ale co tak naprawdę można zobaczyć w Kopenhadze oprócz pomnika syrenki? Oczywistymi atrakcjami są duży targ/ulica handlowa Strøget i nadbrzeżna dzielnica Nyhavn (dosłownie Nowy Port). Wiele osób może nie wiedzieć, że w Kopenhadze znajduje się najstarszy park rozrywki na świecie zwany Bakken, który został zbudowany w 1583 r., a także czwarty najstarszy, znany jako Tivoli. Ten ostatni znajduje się w centrum Kopenhagi. W tym pierwszym jest trochę nostalgii, którą wywołuje stara drewniana kolejka górska, znana również jako Den Gamle Dame (Stara Dama), która w maju 2022 r. skończyła 90 lat. Jak możesz sobie wyobrazić, przejażdżka Starą Damą jest bardzo wyboista, ale mimo to jest koniecznością dla tych, którzy odwiedzają Bakken. Jeśli macie wystarczająco dużo czasu, zdecydowanie polecam odwiedzenie Bakken lub Tivoli – oba miejsca są zdecydowanie tego warte. Sugeruję jednak zabrać ze sobą przekąski i coś do picia, ponieważ ceny jedzenia i napojów w tych parkach rozrywki są astronomiczne.

Piwo

Na koniec muszę przypomnieć, że Dania jest również znana z niektórych piw, takich jak Tuborg i Carlsberg. Slogan reklamowy sprzed lat tego pierwszego brzmiał: *hvornår smager en Tuborg bedst?* (kiedy Tuborg smakuje najlepiej?). Jeśli zadasz to pytanie, prawie każdy Duńczyk entuzjastycznie odpowie *hver gang!* (za każdym razem!). Natomiast Carlsberg ma browar w Kopenhadze, który można odwiedzić i dowiedzieć się więcej o procesie warzenia i historii piwa. Ciekawy jest fakt, że wiek uprawniający do zakupu alkoholu w Danii to 16 lat, czyli mniej niż w pozostałych krajach nordyckich. Z tego powodu, jak można się domyślić, wielu (głównie) szwedzkich nastolatków przyjeżdża pociągiem do Kopenhagi, aby napić się alkoholu, którego nie mogą kupić we własnym kraju. Powszechnym stereotypem na temat Duńczyków jest to, że pijemy najwięcej alkoholu ze wszystkich skandynawskich narodów. Chciałbym jednak podkreślić, że ten stereotyp ignoruje istotną różnicę dotyczącą tego, jak i kiedy się pije. Szwedzi mają tendencję do picia alkoholu rzadko, nigdy w dni powszednie, ale kiedy piją, to często robią to bez umiaru. My, Duńczycy, pijemy natomiast częściej, także w dni powszednie, ale rzadko się upijamy.

Jak widać, w mojej rodzinnej Kopenhadze i ogólnie w Danii jest całkiem sporo do zobaczenia. Być może jestem stronniczy, ale uważam, że Dania to piękny kraj. Możecie śmiało pytać mnie o więcej pomysłów na to, jak spędzić w niej czas, gdzie iść i co zobaczyć. Mam nadzieję, że czytanie tego artykułu sprawiło Wam tyle radości, ile mi jego pisanie.

Tebirkes (danish poppy seed rolls)

Ingredients for 15 rolls

Filling

- ✓ 80 g of sugar
- ✓ 100 g of soft unsalted butter
- ✓ 100 g of marzipan (or almond paste)
- ✓ 1/2 teaspoon of sea salt

Sprinkling

- ✓ 1 egg
- ✓ a pinch of salt
- ✓ 20 g of poppy seeds

Dough

- ✓ 250 ml of cold milk
- ✓ 100 ml of sourdough or sour cream/live yoghurt
- ✓ 1 tablespoon of honey
- ✓ 1 egg
- ✓ 15 g of fresh yeast
- ✓ 3 tablespoons of flaxseed
- ✓ 3 tablespoons sunflower seeds
- ✓ 35 g of barley, wheat or oat flakes
- ✓ 425 g of bread flour (preferably cooled in the fridge or freezer for 30 minutes)
- ✓ 8 g of sea salt
- ✓ 250 g of unsalted butter

- **Mix the all the ingredients for the dough, except the salt and butter, in a bowl.**
- **Knead the dough for 3 minutes by hand, until combined (the texture should be quite firm, like gum).**
- **Let the dough rest for 5 minutes in the fridge before adding the salt and kneading for 3 more minutes.**
- **Let it rest for 10 minutes in the fridge before rolling it into a rectangle (1,5 cm thick)**
- **Place a thin layer of butter (use a potato peeler to cut the cold butter) in the center third of the rectangle and fold in the sides.**
- **Roll out again and continue as before until all the butter is rolled into the dough (cool the dough in the fridge for 5-10 minutes if it becomes difficult to handle).**
- **Grate the marzipan and mix it with the soft butter and sea salt.**
- **Roll the dough out one last time and spread the filling in the center.**
- **Roll the dough into a roulade and press it flat.**
- **Cut the dough-roulade into 15 pieces and place then on a lined baking sheet. Cover them lightly and leave them to rise in warm spot, for 2 hours (or in a cold place over night and then 1½ hour in a warm place the next day).**
- **Whisk the egg together with a pinch of salt. Carefully brush the rolls with the egg and sprinkle with poppy seeds.**
- **Bake for 20 minutes at 220°C degrees (200°C with fan), until golden and crisp.** ■

Tebirkes (duńskie bułki z makiem)

Składniki na 15 bułek

Farsz

- ✓ 80 g cukru
- ✓ 100 g miękkiego niesolonego masła
- ✓ 100 g marcepanu (lub pasty migdałowej)
- ✓ 1/2 łyżeczki soli morskiej

Posypka

- ✓ 1 jajko
- ✓ szczypta soli
- ✓ 20 g maku

Ciasto

- ✓ 250 ml zimnego mleka
- ✓ 100 ml zakwasu lub kwaśnej śmietany/jogurtu z żywymi kulturami bakterii
- ✓ 1 łyżka miodu
- ✓ 1 jajko
- ✓ 15 g świeżych drożdży
- ✓ 3 łyżki siemienia lnianego
- ✓ 3 łyżki nasion słonecznika
- ✓ 35 g płatków jęczmiennych, pszennych lub owsianych
- ✓ 425 g mąki chlebowej (najlepiej schłodzonej w lodówce lub zamrażarce przez 30 minut)
- ✓ 8 g soli morskiej
- ✓ 250 g niesolonego masła

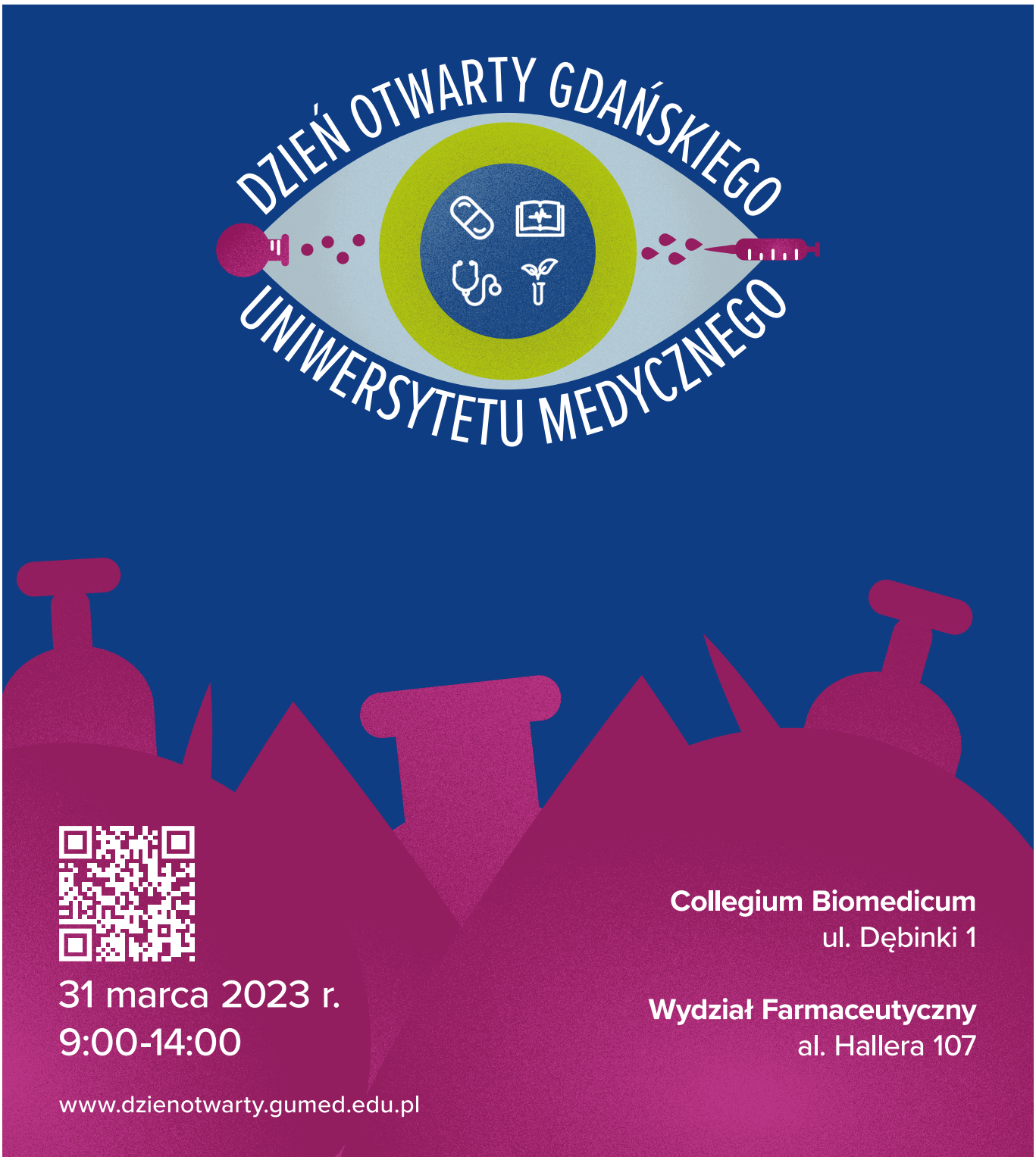
- **Wszystkie składniki na ciasto oprócz soli i masła mieszamy w misce.**
- **Zagniatamy ciasto ręcznie przez 3 min, aż wszystkie składniki się połączą (konsystencja powinna być dość zwarta, jak guma).**
- **Pozostawiamy ciasto na 5 min w lodówce, a następnie dodajemy sól i ugniatamy przez kolejne 3 min.**
- **Odstawiamy na 10 min do lodówki, a następnie formujemy prostokąt o grubości 1,5 cm.**
- **Umieszczamy cienką warstwę masła (aby pokroić zimne masło, użyj obieraczki do ziemniaków) na wysokości jednej trzeciej prostokąta i składamy boki.**
- **Rozwałkowujemy ciasto ponownie i powtarzamy tę czynność, aż całe masło zostanie rozwałkowane w cieście (jeśli ciasto będzie trudne w obróbce, schłodź je w lodówce przez 5-10 min).**
- **Zetrzyj marcepan i wymieszaj z miękkim masłem i solą morską.**
- **Ostatni raz rozwałkuj ciasto i rozłóż nadzienie na środku.**
- **Zwiń ciasto w roladę i spłaszcz.**
- **Roladę pokrój na 15 kawałków i ułóż na blasze wyłożonej papierem do pieczenia. Lekko przykryj i odstaw do wyrośnięcia w ciepłe miejsce na 2 godziny (lub w chłodne miejsce na noc, a następnego dnia na 1,5 godziny w ciepłe miejsce).**
- **Jajko ubij razem ze szczyptą soli. Ostrożnie posmaruj bułki jajkiem i posyp makiem.**
- **Piecz przez 20 min w temperaturze 220°C lub 200°C z termoobiegiem, aż będą złociste i chrupiące.** ■

RASMUS SVENSSON
tłum. JANUSZ SPRINGER

UCZELNIA BADAWCZA
INICJATYWA DOSKONAŁOŚCI

Wydawnictwo Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego

ul. Dębinki 7
Budynek nr 1,
pok. 316, III piętro
80-211 Gdańsk

Zapraszamy wszystkich, którzy chcą podzielić się wiedzą, pasjami, sukcesami indywidualnymi lub swoich jednostek uczelnianych do nadsyłania tekstów. Czekamy także na Państwa sugestie oraz opinie.

gazeta@gumed.edu.pl
gazeta.gumed.edu.pl