

GAZETA



GUMed

MIESIĘCZNIK GDAŃSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO

kontynuacja Gazety AMG



KAMPANIA RÓŻNI I RÓWNI
 DIVERSE AND EQUAL CAMPAIGN

46-60

Konferencja nt.
 nowoczesnej edukacji
 medycznej

13

Podsumowanie
 kadencji
 Dyrektora UCK

33



„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

Magdalena Bazgier
Marek Bukowski
Magda Boguska
Ewa Celebąk (Dział Studencki)
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 18.05.2023 r.

Warunki prenumeraty

Cena rocznej prenumeraty krajowej
(11 zeszytów) wynosi 100 zł,
pojedynczy numer – 9 zł.

Należność za prenumeratę należy
wpłacać na konto Gdańskiego
Uniwersytetu Medycznego z dopiskiem
PRENUMERATA „Gazety GUMed”
i poinformować o tym Redakcję
mailowo (gazeta@gumed.edu.pl)
lub telefonicznie (58 349 15 37).

Santander Bank Polska SA Oddz. Gdańsk
76 1090 1098 0000 0000 0901 5327

Koncepcja i opracowanie przedniej okładki

Izabela Szeibelis-Deskiewicz

Koncepcja i opracowanie tylnej okładki

Małgorzata Omilian-Mucharska

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.

RO^WNI

Zapraszamy na organizowaną w ramach Kampanii
Różni i Równi debatę uniwersytecką pt.

KULTURA SZACUNKU



CULTURE OF RESPECT

**Equality in Diversity /
Równość w Różnorodności,**

która odbędzie się
6 czerwca 2023 r. o godz. 16:00
w Atheneum Gedanense Novum

U debacie udział wezmą m.in. Studenci i Absolwenci GUMed oraz gościnnie Andrzej Ziółkowski, podróżnik i autor albumów *The Inward Moment – człowiek wobec sacrum* oraz *Wieczysta Mądrość*. Celem debaty jest podkreślenie różnorodności naszej społeczności akademickiej i uznanie jej za jedną z wartości GUMed, a także umacnianie pozytywnego stosunku do różnorodności i podkreślenie potrzeby równego traktowania. W trakcie debaty wspólnie zastanowimy się nad tym, jakie indywidualne i grupowe działania możemy podjąć, aby umacniać równość w życiu naszej Uczelni i poza nią. Więcej szczegółów znajduje się na tylnej okładce „Gazety”.

Debata będzie prowadzona w języku angielskim, a jej nagranie oraz wersja polskojęzyczna zostaną udostępnione na kanale [YouTube GUMed](https://www.youtube.com/channel/UC...). Zapraszamy do udziału!

NAGRODY – SUKCESY – NOMINACJE

- 4 **Dr hab. Michał Brzeziński laureatem Nagrody Zaufania Złoty OTIS 2023**
Joanna Śliwińska
- 5 **Prof. Maciej Grzybek wyróżniony Medalem Prezydenta BSP**
- 6 **Sukces Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej na międzynarodowym kongresie**
Mariusz Siemiński
- 7 **Nasza badaczka w międzynarodowym projekcie**
- 7 **Dr Adrian Szewczyk laureatem konkursu START 2023**
- 8 **Stypendia Ministra Zdrowia przyznane**
Joanna Śliwińska
- 8 **Prace anatomiczne studentów nagrodzone**
Sławomir Wójcik
- 9 **Lek. Paulina Daniluk w finale międzynarodowego konkursu**
Agnieszka Galon, Jakub Winiewski
- 10 **Absolwentka analityki medycznej w ogólnopolskiej czołówce**
Agnieszka Ćwiklińska
- 10 **Studenci farmacji nagrodzeni**
- 11 **Dr Jarosław Dulski nagrodzony na konferencji dotyczącej choroby Parkinsona**
- 11 **Studentki analityki medycznej na podium**
Agnieszka Kuchta

KONFERENCJE I SZKOLENIA

- 12 **Międzynarodowe Spotkanie Rektorów w Walencji**
Joanna Śliwińska
- 13 **Konferencja *Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństw***
Joanna Śliwińska
- 15 **Konferencja *Żywność i żywienie w pigułce***
Małgorzata Grembecka, Justyna Ośko, Piotr Szefer
- 16 **Rozmawiali o medycynie paliatywnej**
Natalia Bruska
- 17 **Wykład dr Aleksandry Zofii Rutkowskiej w Parlamencie Europejskim**
- 18 **Studenckie święto nauki – 28. International Student Scientific Conference za nami**
Agnieszka Anielska
- 20 **Podsumowanie *Dnia z Parkinsonem***
Anna Roszmann
- 20 **Rodzice i specjaliści o SYNGAP1**
Katarzyna Miłska-Musa, Jolanta Wierzba
- 21 **Konferencja *Co dalej?***
Julia Terech

Z ŻYCIA UCZELNI

- 21 **Dyplomy MBA dla sektora ochrony zdrowia rozdane**
Katarzyna Grzejszczak
- 22 **Umocnienie współpracy z Uniwersytetem Helsińskim**
Maciej Grzybek
- 23 **Wieczór Francuski i Hiszpański w Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych**
Bożena Jakimczyk

UCZELNIE FAHRENHEITA

- 25 **Jak wyglądał pierwszy Science Speed Dating FarU?**

PREZENTACJE JEDNOSTEK

- 26 **GUMed jeszcze bardziej *excellence*? Droga do certyfikacji**
Joanna Ryduchowska
- 28 **Czytelnictwo naukowe w GUMed**
Piotr Rysztowski

NAUKA I INNOWACJE

- 29 **Zdalna opieka nad pacjentami z POChP**
Piotr Popowski, Iwona Damps-Konstańska, Kacper Popowski
- 31 **Aplikacja do wykrywania wznowy raka płuc**
Joanna Śliwińska

32 PUBLIKACJE

WIADOMOŚCI Z UCK

- 33 **Czas pełen wyzwań – podsumowanie kadencji dyrektora UCK**
Jakub Kraszewski, Wioleta Wójcik
- 41 **Muzyczna terapia w UCK**
- 41 **Oferta płatnych badań laboratoryjnych w e-sklepie**

42 DOKTORATY I HABILITACJE

43 KADRY GUMed

43 NEKROLOGI

44 PRO MEMORIA

TEMAT NUMERU

- 46 **Autorytety naukowe GUMed przeciwko dyskryminacji**
oprac. Małgorzata Omilian-Mucharska
- 50 **Transprzyjazny gabinet**
Emilia Wiśniewska, Julia Kata
- 56 **Osoby transpłciowe i niebinarne o oczekiwaniach względem systemu ochrony zdrowia**
oprac. Szymon Grzesik, Yelizaveta Nikitsina
- 57 **Porozmawiajmy o transpłciowości**
z Martą Magott rozmawiają Szymon Grzesik i Yelizaveta Nikitsina
- 59 **Magdalena Gajda o *weightismie* – podsumowanie webinaru**
Oliwia Lenkiewicz

Z KART HISTORII

- 61 **Profesor Stefan Angielski – twórca gdańskiej szkoły biochemii klinicznej. Cz. 3**
Andrzej Szutowicz

66 VARIA

DZIAŁ STUDENCKI — *Remedium*

- 69 **Gdański Oddział IFMSA na forum ogólnopolskim**
Anna Bocheńska
- 71 **Breaking the Stereotype – Iceland**
Sara Daðadóttir

Dr hab. Michał Brzeziński laureatem Nagrody Zaufania *Złoty OTIS 2023*



Złoty OTIS

Poznaliśmy laureatów tegorocznej edycji Nagrody Zaufania *Złoty OTIS*. Statuetkę w kategorii Nagrody przyszłości medycyny otrzymał **dr hab. Michał Brzeziński**, adiunkt w Katedrze i Klinice Pediatrii, Gastroenterologii, Alergologii i Żywienia Dzieci. Laureat został uhonorowany w dowód uznania za zaangażowanie w tworzenie systemu profilaktyki i leczenia otyłości u najmłodszych. Uroczysta gala wręczenia nagród odbyła się 25 kwietnia w Warszawie.

Dr hab. Michał Brzeziński jest specjalistą w dziedzinie pediatrii i gastroenterologii dziecięcej. To znany nie tylko na Pomorzu twórca i realizator programów i polityk zdrowotnych dla samorządów terytorialnych oraz jednostek administracji państwowej. Był współautorem i koordynatorem programu *6-10-14 dla Zdrowia*, pierwszego w Polsce skoordynowanego projektu w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości dziecięcej.

– Jeśli chcemy realnie leczyć dzieci chorujące na otyłość, muszą one dostać kompleksowe wsparcie. System interwencyjny powinien być końcowym ogniwem. Najważniejsze jest działanie prewencyjne, wczesne wykrywanie i działanie, kiedy tylko zauważamy, że pacjent ma nadwagę – wyjaśnia dr hab. Michał Brzeziński w rozmowie z redakcją pisma „Świat Lekarza”. – Dzieci nie potrzebują szczegółowej, książkowej wiedzy, ale praktycznych umiejętności. Ważna jest też edukacja rodziców. Poza tym należy stworzyć warunki do uprawiania aktywności fizycznej. To obowiązek dorosłych w stosunku do dzieci – jeśli nie zaczniemy realnie dbać o ich zdrowie, nie będziemy mieli szans na zahamowanie rozwoju tej choroby.

Złoty OTIS to prestiżowa nagroda zaufania wręczana z inicjatywy grupy znakomitych ekspertów, członków kapituły, którzy kształtują system ochrony zdrowia w Polsce. Przyznawana jest od 2004 r. wybitnym lekarzom, farmaceutom, dziennikarzom i organizacjom pacjenckim oraz firmom farmaceutycznym. Jak podkreślają organizatorzy, to „nagroda z misją”, pozwalająca dostrzec i wesprzeć te obszary ochrony zdrowia, które zostały przeoczone przez decydentów.



DR HAB. MICHAŁ BRZEZIŃSKI

Absolwent kierunku lekarskiego naszej Uczelni, a także studiów podyplomowych w Wyższej Szkole Bankowej w Gdańsku oraz Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku.

W latach 2015-2016 zatrudniony na stanowisku zastępcy dyrektora ds. medycznych Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Ekspert pomocniczy Ministerstwa Zdrowia w zakresie pediatrycznych map potrzeb zdrowotnych w latach 2016-2018. Od 2016 r. przewodniczący Gminnej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Gdańsku.

Twórca licznych samorządowych programów polityki zdrowotnej oraz strategii zdrowotnych dla jednostek

samorządu terytorialnego. Ekspert instytucji publicznych i prywatnych, m.in. Banku Światowego, Światowej Organizacji Zdrowia, Fundacji *Medicover* i Fundacji *Szkoła Liderów*. Stypendysta German Marshall Fund – Marshall Memorial Fellowship.

Autor ponad 60 publikacji naukowych z zakresu pediatrii, leczenia otyłości i zdrowia publicznego o łącznym IF ponad 110 i indeksie Hirscha równym 11. Twórca i realizator wielu projektów badawczych w zakresie gastroenterologii dziecięcej, m.in.: *A Study to Assess the Efficacy and Safety of Golimumab in Pediatric Participants With Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis (PURSUIT 2)*, *A Study of Ustekinumab in Pediatric Participants With Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis (UC)* czy *Long-term effects of vitamin D supplementation in vitamin D deficient obese children during integrated weight-loss programme (a double blind placebo controlled study)*.



Laureaci nagrody

Lista wszystkich laureatów Nagrody *Złoty OTIS 2023* dostępna jest na stronie [organizatora](#). ■

fol. „Świat Lekarza”

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed,
kierująca Sekcją ds. Komunikacji

Prof. Maciej Grzybek wyróżniony Medalem Prezydenta BSP

Decyzją Zarządu Brytyjskiego Towarzystwa Parazytologicznego (British Society for Parasitology, BSP) **dr hab. Maciej Grzybek, prof. uczelni** z Zakładu Parazytologii Tropikalnej 13 kwietnia otrzymał *President's Medal* – najwyższe naukowe odznaczenie dla młodych naukowców przyznawane w Wielkiej Brytanii w dziedzinie parazytologii. Wyróżnienie to jest wręczane tylko w latach, w których w opinii Towarzystwa nominowany jest wyjątkowy i inspirujący kandydat. Kapituła nagrody oceniła dorobek naukowy i wkład prof. Grzybka w rozwój dyscypliny, a także interdyscyplinarny i międzynarodowy charakter prowadzonych przez niego badań.

Medal został wręczony podczas British Society for Parasitology Spring Meeting odbywającego się na University of Edinburgh w Szkocji. Uroczystość odbyła się w McEwan Hall, gdzie prof. Grzybek wygłosił plenarny wykład pt. *Biomonitoring and long-term studies on sylvatic rodents in Poland – the good, the bad and the effort*. W czasie wykładu laureat przedstawił główną domenę swoich badań, w których skupia się na roli dziko żyjących gryzoni w przenoszeniu chorób zagrażających



Medal przyznany przez
British Society for Parasitology



Dr hab. Maciej Grzybek,
prof. uczelni

zdrowiu ludzi i zwierząt. Naukowiec GUMed podzielił się także zasadami, którymi kieruje się w pracy naukowej i dydaktycznej, namawiając młodszych członków BSP do szerokiej współpracy międzynarodowej.

BSP powstało w 1962 r. z Sekcji Parazytologicznej brytyjskiego Instytutu Biologii. Dziś Towarzystwo jest znaczącym źródłem wymiany informacji i organizatorem spotkań parazytologów w Wielkiej Brytanii i na świecie. BSP zrzesza ponad 800 członków, a około jedna trzecia z nich pochodzi z zagranicy. Do najważniejszych organizowanych przez nie wydarzeń należą coroczne spotkania odbywające się wiosną i jesienią, które gromadzą specjalistów z zakresu parazytologii, medycyny i zdrowia publicznego. ■

fol. archiwum prywatne

Sukces Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej na międzynarodowym kongresie

Zespoły Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej zdobyły trzy nagrody główne w konkursie prac oryginalnych podczas 8. Międzynarodowego Kongresu *Central European Emergency Medicine 2023*. Sympozjum odbyło się w dniach 11-14 maja w Bydgoszczy, a członkami komitetów organizacyjnego i naukowego wydarzenia byli **dr Piotr Woźniak** i **prof. Mariusz Siemiński** z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej naszej Uczelni.

Pierwsze miejsce wśród autorów najbardziej wyróżniających się doniesień zajęli **Rafael Petrosjan, Jakub Głogowski-Kulasza, Jakub Leszczyński-Czczatka** i **dr Piotr Woźniak**, którzy przedstawili pracę *Biomarkery i skale wczesnego ostrzeżenia u pacjentów SOR – miłość czy małżeństwo z rozsądku*. Druga nagroda przypadła w udziale **Zuzannie Węglowskiej, Adriannie Kowalke, Joannie Siereńskiej** i **prof. Mariuszowi Siemińskiemu** za prezentację dotyczące efektów pracy asystentów lekarza oddziału ratunkowego. Na trzecim stopniu podium uplasowali się **Lars Andreas Morsund, Shradha Singh** i **dr Piotr Woźniak** z pracą *Insidious, deadly, common – polytrauma with pelvis fracture*.

W czasie kongresu z udziałem gości z Europy i USA omawiano m.in. zagadnienia medycyny pola walki, taktycznego i cywilnego zagrożenia nuklearnego, resuscytacji i wstępnej intensywnej terapii, zaopatrzywania urazów wielonarządowych

oraz diagnostyki i leczenia sepsy. Liczne wykłady wygłosili badacze reprezentujący Gdański Uniwersytet Medyczny: **dr Piotr Woźniak** zaprezentował kliniczne zastosowanie biomarkerów stanu krytycznego, **lek. Ewelina Stępniewska** i **dr Tomasz Łopaciński** omówili zastosowanie metody podwójnej sekwencji defibrylacji, **lek. Karolina Szaruta-Raflesz** opisała resuscytację wewnątrznaczyniową z zastosowaniem systemu REBOA, **dr Jacek Szypenbejl** skupił się na zasadach postępowania z ostrym zespołem wieńcowym w oddziale ratunkowym, **dr hab. Tomasz Stefaniak** zaprezentował wyzwania związane ze zmianą pokoleniową w medycynie, a prof. Mariusz Siemiński omówił działania ratunkowe podejmowane wobec pacjentów z udarem krwotocznym w trakcie leczenia antykoagulacyjnego.

Sympozjum *Central European Emergency Medicine 2023* towarzyszyło walne zgromadzenie członków Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, w czasie którego przeprowadzono wybory nowych władz towarzystwa. Lek. Karolina Szaruta-Raflesz i **dr Ewa Raniszewska** z Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej weszły w skład Sądu Koleżeńskiego PTMR, natomiast kierujący jednostką prof. Mariusz Siemiński został członkiem Zarządu Głównego Towarzystwa. ■

PROF. MARIUSZ SIEMIŃSKI

Kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej



Zespół Katedry i Kliniki Medycyny Ratunkowej | fot. Mariusz Siemiński/GUMed

Nasza badaczka w międzynarodowym projekcie



Dr hab. Barbara Kutryb-Zajac z Katedry i Zakładu Biochemii znalazła się w gronie wykonawców projektu *European Cooperation in Science and Technology*: COST CA22169,

realizowanego w ramach międzynarodowego projektu *European network to tackle METabolic alterations in HEART failure*.

Głównym celem projektu jest pogłębianie wiedzy dotyczącej dysfunkcji metabolicznych w niewydolności serca. W badaniach prowadzonych w obrębie GUMed nacisk zostanie położony na ocenę wpływu zaburzeń metabolicznych na funkcję naczyń, metabolizm substratowy komórek serca oraz funkcję ich mitochondriów. W projekcie COST weźmie udział blisko

90 naukowców z 33 krajów Europy we współpracy z badaczami z Izraela, Republiki Południowej Afryki, Armenii, Libanu, Kanady i Stanów Zjednoczonych.

Inicjatywa została zakwalifikowana do finansowania na podstawie oceny eksperckiej, w ramach której otrzymała 46 z 50 możliwych do uzyskania punktów. Szczegółowe informacje o badaniu, a także o procesie kwalifikacyjnym dostępne są na [stronie COST](#). ■



Dr hab. Barbara Kutryb-Zajac

fot. Paweł Sudara/GUMed

Dr Adrian Szewczyk laureatem konkursu START 2023



Dr Adrian Szewczyk z Katedry i Zakładu Chemii Fizycznej znalazł się w gronie zwycięzców 31. edycji konkursu [START](#), organizowanego przez Fundację na rzecz Nauki Polskiej. Badacz jest jedynym reprezentantem naszej Uczelni, który znalazł się na tegorocznej liście 100 laureatów wyłonionych spośród 660 kandydatów. Program stypendialny START to najstarsza tego rodzaju inicjatywa w Polsce. Jej celem jest wspieranie wybitnych młodych naukowców i zachęcanie ich do dalszego

rozwoju naukowego. Laureaci programu otrzymają roczne stypendium, które będą mogli przeznaczyć na dowolny cel.

Eksperti nagrodzili dr. Szewczyka za wartość merytoryczną i oryginalność dokonania badawczego, którym jest wytworzenie dwufunkcyjnych implantów kostnych o potencjale aplikacyjnym w leczeniu bakteryjnych zakażeń kości i regeneracji ubytków kostnych. Naukowiec realizuje prace badawcze w zespole **prof. Magdaleny Prokopowicz**, który zajmuje się opracowywaniem i analizą biomateriałów krzemionkowych, a następnie nadawaniem im formy aplikacyjnej. ■



Dr Adrian Szewczyk

fot. archiwum prywatne
grafika – fnp.org.pl/konkurs-start-2023-rozstrzygniety/

Stypendia Ministra Zdrowia przyznane

Studenti i studentki V i VI roku kierunku lekarskiego: **Karol Kolkowski, Wojciech Nazar, Karolina Polewska, Bartosz Sobocki, Piotr Tylicki** oraz **Zuzanna Świerczewska** otrzymali stypendia Ministra Zdrowia za znaczące osiągnięcia naukowe. Wyróżnienia wręczyli minister zdrowia **Adam Niedzielski** wraz z wiceministrem **Piotrem Bromberem**. W uroczystości, która odbyła się 22 kwietnia w Warszawie, uczestniczył także **dr hab. Tomasz Smiatcz**, prorektor ds. studenckich.

Ogółem przyznano 47 stypendiów dla najzdolniejszych studentów uczelni medycznych za osiągnięcia naukowe w roku akademickim 2022/2023. Każdy z laureatów otrzymał po 17 tys. zł.

– *Doceniamy dziś młodych ludzi, ich wyniki w nauce, zaangażowanie. Wychodzą poza standard kształcenia. To też zasługa*

Waszych profesorów, dzięki którym poszerzacie swoje horyzonty. Mam nadzieję, że stypendia będą dla Was dalszą motywacją do pracy – zaznaczył minister Adam Niedzielski.

Stypendium Ministra Zdrowia za znaczące osiągnięcia naukowe mogą zdobyć m.in. autorzy lub współautorzy artykułów naukowych, rozdziałów monografii oraz referatów przedstawianych na konferencjach. Przysługuje ono na studiach pierwszego i drugiego stopnia oraz na jednolitych studiach magisterskich. Wniosek o nagrodzenie studenta składa rektor danej uczelni. Szczegółowe informacje o stypendium dostępne są na stronie [resortu](#). ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA

Rzeczniczka prasowa GUMed, kierująca Sekcją ds. Komunikacji



Studentki i studenci nagrodzeni stypendiami Ministra Zdrowia | fot. Ministerstwo Zdrowia

Prace anatomiczne studentów nagrodzone

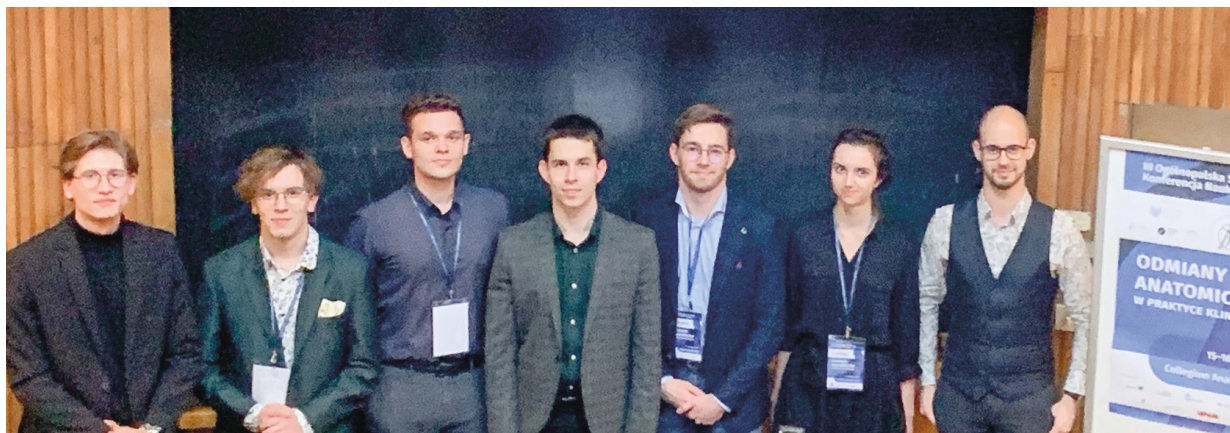
Sukcesami zakończył się udział członków SKN przy Zakładzie Anatomii i Neurobiologii w dwóch konferencjach studenckich, na których zaprezentowali wyniki prowadzonych przez siebie badań. Wydarzenia odbyły się w dniach 13-15 kwietnia w Gdańsku i 15-16 kwietnia w Warszawie.

W III edycji Ogólnopolskiej Studenckiej Konferencji Naukowej *Odmianny anatomiczne w praktyce klinicznej* w Warszawie udział wzięło siedmioro studentów kierunku lekarskiego: **Jakub Kotucha** (IV rok), **Nataniel Żochowski** (II rok), **Mikołaj Broncel** (II rok), **Dominika Dobrzycka** (VI rok), **Jakub Kaczorowski** (V rok), **Jakub Kloska** (III rok) oraz aktualny przewodniczący SKN **Ilya Krypets** (V rok). Trzej pierwsi reprezentanci GUMed jako główni autorzy prezentacji zajęli odpowiednio I, II i III miejsce w sesji prac oryginalnych i przypadków klinicznych.

Pełna lista nagrodzonych i prezentowanych prac:

1. I miejsce – Jakub Kotucha, Jakub Kloska, Maciej Rychlicki, Jan Henryk Spodnik, Sławomir Wójcik, praca pt. *Mięsień napinacz mięśnia obszernego pośredniego (tensor vastus intermedius) w populacji polskiej*;
2. II miejsce – Nataniel Żochowski, Weronika Piotrowska, Ilya Krypets, Jan Henryk Spodnik, praca pt. *Łuk pachowy – znaczenie anatomiczne oraz implikacje kliniczne dodatkowego pasma mięśniowego w obrębie jamy pachowej*;
3. III miejsce – Mikołaj Broncel, Mikołaj Piotrowski, Edyta Spodnik, Jan Henryk Spodnik, praca pt. *Uwarunkowania anatomiczne budowy splotu ramiennego pre-dysponujące do wystąpienia zespołu uciskowego otworu górnej klatki piersiowej*;





Od lewej: Nataniel Żochowski, Mikołaj Broncel, Jakub Kloska, Jakub Kaczorowski, Jakub Kotucha, Dominika Dobrzycka, Ilya Krypets

4. Dominika Dobrzycka, Jakub Kaczorowski, Katarzyna Majak, Jan Henryk Spodnik, praca pt. *Niedokonana rotacja nerki lewej z wnęką skierowaną ku przodowi oraz nietypowo przebiegającymi naczyniami biegunowymi – opis przypadku;*
5. Jakub Kaczorowski, Ilya Krypets, Jan Henryk Spodnik, Sławomir Wójcik, praca pt. *Charakterystyka przypadku obustronnej obecności dodatkowej głowy mięśnia dwugłowego ramienia w świetle aktualnych danych literaturowych;*
6. Ilya Krypets, Weronika Piotrowska, Dominika Dobrzycka, Justyna Sidor-Kaczmarek, Jan Henryk Spodnik, praca pt. *Warianty anatomiczne w obrębie grupy bocznej mięśni przedramienia – wpływ na uwieżnięcie gałęzi powierzchniowej nerwu promieniowego.*

Podczas 28 edycji International Student Scientific Conference w Gdańsku [o której piszemy na s. 18-19 – przyp. red.] w sesji *Neuroscience & Neurosurgery SKN* reprezentowała **Weronika Miazek**, studentka V roku kierunku lekarskiego. Praca pt. *Immunoreactivity of the BAG-3 protein in the periventricular structures after the administration of proteasome inhibitors*, którą zaprezentowała, została przygotowana wraz z Edytą Spodnik, Janem Henrykiem Spodnikiem i Sławomirem Wójcikiem. ■

DR HAB. SŁAWOMIR WÓJCİK
Zakład Anatomii i Neurobiologii

fot. archiwum prywatne

Lek. Paulina Daniluk w finale międzynarodowego konkursu

Doktorantka z Katedry i Kliniki Chirurgii Onkologicznej **lek. Paulina Daniluk** zwyciężyła w organizowanym przez Campus France Polska konkursie *Mój doktorat w 180 sekund* i decyzyjną jury będzie reprezentować Polskę w finale europejskim, który odbędzie się 8 czerwca w Pradze. Zadanie konkursowe polegało na przygotowaniu filmu w języku francuskim dotyczącego realizowanego przez uczestnika doktoratu. Praca dyplomowa laureatki traktuje o nowych metodach angiografii fluorescencyjnej w chirurgii kolorektalnej. Nagrodą za zajęcie pierwszego miejsca jest także miesięczny pobyt naukowy we Francji ufundowany przez Instytut Francuski w Polsce.

W konkursie wzięła udział również **lek. Anna Nagórka-Bolek**, doktorantka w Zakładzie Prewencji i Dydaktyki,

która przedstawiła pracę dotyczącą oceny wpływu treningu wytrzymałościowego na zdrowie maratończyków.

Wyniki konkursu ogłoszono 27 marca na [stronie internetowej organizatora](#). Wystąpienia obu doktorantek są dostępne na kanale [Ośrodka Kultury Francuskiej](#) w serwisie YouTube. ■

AGNIESZKA GALON
Biuro ds. Nauki

JAKUB WINIEWSKI
Sekcja ds. Komunikacji

fot. archiwum prywatne



Lek. Paulina Daniluk

Absolwentka analityki medycznej w ogólnopolskiej czołówce

Reprezentująca Gdański Uniwersytet Medyczny **mgr Edyta Wesołowska** zajęła drugie miejsce w Ogólnopolskim Konkursie Prac Magisterskich Absolwentów Kierunku Analityka Medyczna, zorganizowanym 10 maja w formie *online*. Nagrodzona praca pt. *Śledzenie zmienności genetycznej wirusa SARS-CoV-2 metodami stosowanymi w rutynowej diagnostyce molekularnej* powstała w Zakładzie Medycyny Laboratoryjnej pod kierownictwem **dr. hab. Krzysztofa Lewandowskiego**.

Do ogólnopolskiej rywalizacji przystąpiło 11 absolwentów kierunku analityka medyczna – zwycięzców konkursów w macierzystych uczelniach. Pierwsze miejsce zajęła **mgr Agata Maciaszek** reprezentująca Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach z pracą pt. *Ocena stężenia sklerostyny w osoczu krwi kobiet chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, leczonych inhibitorami czynnika martwicy nowotworu alfa*, a tuż za absolwentką GUMed uplasowała się **mgr Gabriela Kruk** z Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum

w Krakowie z pracą pt. *Badanie oddziaływania wybranych analgetyków na aktywność fagocytarną mysich makrofagów*.



Mgr Edyta Wesołowska

Konkurs został zorganizowany przez Stowarzyszenie Kolegium Medycyny Laboratoryjnej w Polsce. Oceny prac dokonali samodzielni pracownicy naukowcy z uczelni medycznych reprezentowanych w konkursie. Z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego byli to: **dr hab. Barbara Lewko**, **prof. uczelni** z Katedry i Zakładu Patofizjologii Farmaceutycznej, która pełniła funkcję recenzenta, oraz **prof. Maciej Jankowski**, kierownik Zakładu Chemii Klinicznej, który był członkiem jury oceniającego prezentacje konkursowe. ■

DR HAB. AGNIESZKA ĆWIKLIŃSKA
Zakład Chemii Klinicznej

fot. archiwum prywatne

Studenci farmacji nagrodzeni

Studenci V roku farmacji z sukcesem wzięli udział w VI Ogólnopolskiej Konferencji Opieki Farmaceutycznej organizowanej przez Polskie Towarzystwo Studentów Farmacji (PTSF), która odbyła się pod koniec marca w Lublinie. Hasłem przewodnim spotkania była *Opieka farmaceutyczna nad pacjentem geriatrycznym*.

Małgorzata Kadziewicz zwyciężyła w sesji *Studencki konkurs receptury aptecznej*, a **Krzysztof Jędrzejewski** zajął w niej drugie miejsce. Jest to najlepszy do tej pory występ studentów farmacji GUMed w historii konkursów receptury aptecznej organizowanych przez PTSF.

W konferencji udział wzięli studenci farmacji reprezentujący aż 12 polskich uczelni medycznych. W ramach wydarzenia zorganizowano dwa konkursy: *Studencki konkurs receptury aptecznej* oraz *Studencki konkurs opieki farmaceutycznej*. Konkurencja, w której zwyciężyli studenci GUMed, składała się



Krzysztof Jędrzejewski i Małgorzata Kadziewicz

z dwóch części: praktycznej – polegającej na opracowaniu w ciągu jednej godziny składu i prawidłowym sporządzeniu określonego leku recepturowego oraz właściwym udokumentowaniu sposobu przygotowania tego preparatu, a także teoretycznej – sprawdzającej wiedzę studentów z zakresu technologii farmaceutycznej.

PTSF jest największą w naszym kraju niezależną organizacją zrzeszającą młodych farmaceutów oraz studentów farmacji ze wszystkich wydziałów farmaceutycznych polskich uczelni medycznych. ■

fot. Aleksandra Wiśniowska

Dr Jarosław Dulski nagrodzony na konferencji dotyczącej choroby Parkinsona

W dniach 13-16 maja w Chicago odbył się XXVIII Światowy Kongres Choroby Parkinsona i Schorzeń Pokrewnych, na którym **dr Jarosław Dulski** z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego otrzymał pierwszą nagrodę za prezentację ustną. W pracy pt. *Perry syndrome (parkinsonism, neuropsychiatric symptoms, weight loss, hypoventilation): large new pedigree and first study on prodromal stage of the disease* omówione zostały postępy w badaniach nad zespołem Perry'ego, czyli genetycznej choroby neurodegeneracyjnej ze spektrum atypowego parkinsonizmu. Podczas tej samej konferencji dr Dulski wygłosił także wykład plenarny przedstawiający aktualny stan wiedzy na temat aspektów genetycznych w chorobie Parkinsona.

Badania nad zespołem Perry'ego od wielu lat prowadzone są przez naukowców naszej Uczelni. Są one czołowymi polskimi badaniami zajmującymi się tą tematyką. W ubiegłym roku nasi naukowcy pod kierownictwem **prof. Jarosława Sławka**, kierownika Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-

-Psychiatrycznego, opisać wszystkie dotychczas stwierdzone przypadki tej choroby w naszym kraju. Praca *Zespół Perry'ego (atypowy parkinsonizm połączony z utratą wagi, depresją i zaburzeniami oddechowymi* została opublikowana w „Polskim Przeglądzie Neurologicznym”.



Dr Jarosław Dulski

Dr Jarosław Dulski przebywa obecnie na stypendium naukowym w Klinice Mayo na Florydzie, gdzie u boku **prof. Zbigniewa Wszołka** kontynuuje prace badawcze m.in. nad zespołem Perry'ego. Pobyt w Klinice Mayo jest częściowo finansowany w ramach *Research Travel Grants* w programie IDUB. ■

fot. archiwum prywatne

Studentki analityki medycznej na podium

Studentki V roku analityki medycznej **Michalina Matosek**, **Zuzanna Pohl** i **Julia Zaparucha** zajęły drugie miejsce w VII Ogólnopolskich Symulacjach Diagnostycznych. Konkurs organizowany przez Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Jagiellońskiego – Collegium Medicum odbył się w dniach 26-28 kwietnia w Krakowie. Studentki GUMed z wynikiem 110,5 na 135 pkt. uległy jedynie reprezentacji UJ CM (112,5 pkt.). Podium uzupełniła reprezentacja Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (109,5 pkt.).

Przyszli diagnostycy laboratoryjni z 6 uczelni medycznych rywalizowali w konkursie wiedzy i umiejętności praktycznych z 8 różnych dziedzin, z którymi będą spotykać się na co dzień w pracy zawodowej. Konkurs polegał na przeprowadzeniu procedury diagnostycznej na podstawie dostępnych danych i dokonaniu interpretacji uzyskanych wyników, a także wykryciu ewentualnych nieprawidłowości oraz patologii



Od lewej: Zuzanna Pohl, Julia Zaparucha i Michalina Matosek

w szeregu przypadków diagnostycznych w oparciu o nabyte w trakcie studiów wiedzę i umiejętności.

Ogólnopolskie Symulacje Diagnostyczne to coroczny konkurs umiejętności praktycznych organizowany przez Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych, skierowany do studentów analityki medycznej. Jego celem jest zachęcenie studentów do poszerzania wiedzy i praktycznego wykorzystania nabytych umiejętności oraz sprawdzenie zdolności analizowania i wyciągania wniosków. ■

fot. Studenckie Towarzystwo Diagnostów Laboratoryjnych

DR HAB. AGNIESZKA KUCHTA
Zakład Chemii Klinicznej

Międzynarodowe Spotkanie Rektorów w Walencji

Piąte Międzynarodowe Spotkanie Rektorów *Universia*, które odbyło się w dniach 8-10 maja w Walencji, zgromadziło 700 rektorów z 14 krajów, reprezentujących 14 mln studentów z Europy, Stanów Zjednoczonych i Ameryki Łacińskiej. W spotkaniu wzięli udział przedstawiciele 30 polskich uczelni, w tym reprezentująca GUMed **dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni**, prorektor ds. jakości kształcenia.

Spotkanie było wyjątkowym forum debaty pod hasłem *Uczelnia a społeczeństwo*. Jego uczestnicy dyskutowali, w jaki sposób uczelnie mogą jeszcze skuteczniej działać w trzech obszarach: uczenia się przez całe życie, przedsiębiorczości i innowacji oraz tworzenia sieci i relacji pomiędzy uczelniami z całego świata. Dwudniowe obrady zaowocowały opracowaniem *Deklaracji z Walencji*, która odzwierciedla zaangażowanie rektorów i świata akademickiego w rozwój społeczeństwa. Deklaracja dostępna jest na stronie [Banku Santander](#). Jak podkreśliła prof. Agnieszka Zimmermann, zapisy dokumentu odwołują się do zapewnienia studentom wszechstronnej edukacji, obejmującej wiedzę multidyscyplinarną, przekrojowe umiejętności oraz wartości, które przygotowują ich do wejścia na rynek pracy w przyszłości i kształtowania go. Deklaracja wskazuje ponadto na potrzebę wyposażenia studentów w kompetencje wspierające innowacyjność i przedsiębiorczość.



Siedem zobowiązań *Deklaracji z Walencji*
grafika – materiały Santander Universidades

– *Edukacja uniwersytecka stoi na progu transformacji, którą wymusza dynamicznie zmieniający się świat. Nasi studenci będą radzić sobie w środowisku pracy, które może być bardzo odmienne od tego, które znamy dzisiaj* – mówiła **prof. Agnieszka Zimmermann**. – *Największe wrażenie zrobiła na mnie dyskusja pomiędzy prof. Lawrence'em Summersem, emerytowanym rektorem Harvard University, a Aną Botín, właścicielką Banku Santander. Jako wskazówkę dla wzmocnienia funkcjonowania uniwersytetu prof. Summers wymienił wagę uczciwej i szczerzej informacji zwrotnej od studentów na temat kierunków studiów i sposobu ich prowadzenia. Podkreślał, że wiedza, którą kreują uniwersytety, musi mieć maksymalnie duży wpływ na społeczeństwo. Niezbędna jest ewaluacja osiągnięć naukowych, ale musi ona być dokonywana w odpowiednim okresie.*

Podczas ceremonii otwarcia Ana Botín potwierdziła dalsze wsparcie Grupy Santander dla uczelni, zobowiązując się do zainwestowania w latach 2023-2026 dodatkowych 400 mln euro w edukację, zwiększanie szans na zatrudnienie i wspieranie przedsiębiorczości.

Więcej informacji można znaleźć na [stronie organizatora](#). ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed



V · INTERNATIONAL
RECTORS' SUMMIT

uni>ersia
VALENCIA 2023

Santander

Uczestnicy i uczestniczki konferencji | fot. Grupa Santander

Konferencja *Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństw*



DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA
Rzeczniczka prasowa GUMed,
kierująca Sekcją ds. Komunikacji

Kto będzie nas leczyć? Jak przygotować pracowników ochrony zdrowia do pracy w nieprzewidywalnym i nieustannie zmieniającym się otoczeniu? W jakie najistotniejsze kompetencje muszą być wyposażeni? Jak zbalansować potrzeby ilościowe i jakościowe? Odpowiedzi na te pytania szukali uczestnicy konferencji *Nowoczesna edukacja medyczna odpowiedzią na potrzeby zdrowotne społeczeństw*, która odbyła się 21 kwietnia we Wrocławiu. Obrady zorganizowała Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych (KRAUM) pod przewodnictwem **prof. Marcina Gruchały**, rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

W wydarzeniu uczestniczyło ponad 300 osób. Obecni byli reprezentujący resort zdrowia i nauki wiceministrowie **Piotr Bromber** i **Wojciech Murdzek**, jak również przedstawiciele Polskiej Komisji Akredytacyjnej, samorządów zawodowych, środowisk studentów i doktorantów oraz nauczyciele akademicy, dziekani i prodziekani odpowiedzialni za dydaktykę i jakość kształcenia. Gospodarzem konferencji był Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu na czele z rektorem **prof. Piotrem Ponikowskim**.

– Jesteśmy w bardzo ważnym momencie dla przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Docenienie standaryzacji kształcenia



Od lewej: prof. Piotr Ponikowski i prof. Marcin Gruchała

jest istotne zwłaszcza obecnie, gdy uruchamiamy kształcenie lekarzy na bardzo wielu uczelniach, które do tej pory tego nie robiły – podkreślił prof. Marcin Gruchała. – Chodzi o czuwanie systemowe nad zapewnieniem jakości kształcenia, aby absolwenci kierunków medycznych, przyszli lekarze, pielęgniarki, ratownicy czy analitycy medyczni, opuszczając mury uczelni, prezentowali odpowiednio wysoki poziom wiedzy i umiejętności. Osoby te muszą legitymować się ugruntowaną wiedzą medyczną, odpowiadającą przyjętym standardom kształcenia, by byli odpowiednio przygotowani do wykonywania odpowiedzialnego zawodu.

Rektorzy uczelni zrzeszonych w KRAUM dostrzegają problem deficytu kadr medycznych i wynikającą z tego konieczność zwiększenia kształcenia w tym zakresie. Od kilku lat



Uczestnicy i uczestniczki panelu *Standaryzacja procesu kształcenia*

systematycznie rośnie liczba studentów przyjmowanych na uczelnie medyczne. Jednocześnie uruchomieniem kierunku lekarskiego zainteresowanych jest coraz więcej uczelni niemedycznych, w tym również zawodowych. W związku z tym pojawiają się obawy o jakość kształcenia w takich miejscach. Przewodniczący KRAUM pokreślił, że trzeba nie tylko kształcić więcej kadr medycznych, ale także zabiegać o najwyższą jakość tej edukacji – przede wszystkim w trosce o pacjenta. Prorektor ds. studentów i dydaktyki UMW **prof. Agnieszka Piwovar** zaapelowała, by tworząc przyszłość zawodów medycznych, wypracować najlepsze z możliwych rozwiązania, natomiast wiceminister edukacji i nauki **Wojciech Murdzek** zapewnił, że kwestia nowych standardów kształcenia w zawodach medycznych jest priorytetowa, a jednocześnie niezwykle trudna. To proces obliczony na kilkanaście lat.

Zdaniem rektorów uczelni medycznych szkoły wyższe, które prowadzą kierunek lekarski, powinny dawać studentowi możliwość poruszania się w środowisku, w którym powstaje wiedza medyczna, oraz umożliwić korzystanie z odpowiedniej infrastruktury laboratoryjnej i szpitalnej. W tym celu zespół pod przewodnictwem **dr hab. Agnieszki Zimmermann, prof. uczelni**, prorektor ds. jakości kształcenia GUMed, opracowuje rekomendacje i przygotowuje listę dobrych praktyk, które pozwolą na wdrożenie odpowiednich działań dla zapewnienia jakości procesów kształcenia na kierunkach medycznych.

Zdaniem wiceministra zdrowia Piotra Brombera, ilość nie musi stać w sprzeczności z jakością i taka też jest intencja zmian, przygotowywanych przez resort zdrowia wspólnie z resortem edukacji i nauki. Projekt rozporządzenia zakłada, że będą one dotyczyć standardów kształcenia na kierunku lekarskim i lekarsko-dentystycznym, ale obejmą także pielęgniarstwo i położnictwo, a następnie fizjoterapię, medycynę laboratoryjną, farmację i ratownictwo medyczne.

- *Powinniśmy całościowo patrzeć na kwestie kształcenia w zawodach medycznych* – powiedział wiceminister **Piotr Bromber**.
- *Intencją wprowadzanych zmian jest upraktycznienie nauczania. Chcemy zmienić paradygmat z dostarczania wiedzy na dostarczanie wiedzy, kompetencji i umiejętności.*



Piotr Bromber, wiceminister zdrowia



Dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni

W ocenie wiceministra Brombera najważniejszą zmianą w kształceniu w odniesieniu do kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego jest ustalenie listy umiejętności, które w toku nauki powinien nabyć student. Zawiera ona 45 pozycji, w tym e-usługi. Wiceminister zapowiedział ograniczenie nauczania w zakresie prawno-organizacyjnym i rozszerzenie nauczania klinicznego studentów.

Konferencja składała się z czterech paneli, podczas których uczestnicy dyskutowali o kwestiach dotyczących m.in. jednolitych zasad kształcenia przyszłych lekarzy, nowoczesnych metod edukacji, współpracy specjalistów różnych dziedzin medycyny w ramach udzielania kompleksowych świadczeń oraz komunikacji z chorymi. Przedmiotem pracy grup roboczych były rekomendacje KRAUM na temat kształcenia w zawodach medycznych, informatyzacji procesu dydaktycznego, kompetencji dydaktycznych oraz procedur jakości kształcenia.

Na zakończenie konferencji dr hab. Agnieszka Zimmermann, prof. uczelni omówiła przygotowywane na zlecenie KRAUM rekomendacje w zakresie kształcenia na kierunkach medycznych.

- *Te zalecenia stanowią wskazówki odpowiadające na pytanie dotyczące prowadzenia efektywnego kształcenia w zawodach medycznych w sposób nowoczesny i w pełni zaspokajający potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Wytoczne te starają się wskazywać, jak przygotować przyszłych pracowników ochrony zdrowia do pracy w nieprzewidywalnym i nieustannie zmieniającym się otoczeniu* – zaznaczyła **prof. Agnieszka Zimmermann**, przewodnicząca zespołu ds. opracowania rekomendacji.
- *Absolwenci kierunków medycznych stają się przedstawicielami zawodów zaufania publicznego, co sprawia, że powinni charakteryzować się nie tylko odpowiednim poziomem przygotowania merytorycznego, ale także respektowaniem norm etycznych, empatią, zdolnością do zachowania w tajemnicy informacji o pacjencie i wysokim poziomem kultury osobistej.*

Jak podkreśliła prof. Zimmermann, dla jak najlepszego przygotowania absolwentów kierunków medycznych do



wykonywania zawodu, zapewnienia optymalnej, bezpiecznej opieki zdrowotnej oferowanej przez nich pacjentom i rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce ważne jest przestrzeganie podstawowych zasad w trzech obszarach:

- gwarantowania zdobywania właściwych kompetencji zawodowych,
- metodyki kształcenia,
- środowiska nauczania.

Szczególną uwagę Przewodnicząca zespołu ds. opracowania rekomendacji w kształceniu na kierunkach medycznych zwróciła na konieczność zapewnienia nabycia umiejętności i postaw społecznych niezbędnych do pracy w strukturach systemu ochrony zdrowia, dbałość o możliwość nabycia doświadczenia w pracy klinicznej już na etapie studiów, jak również wagę właściwej komunikacji z pacjentem i jego rodziną, a także z członkami interdyscyplinarnego zespołu terapeutycznego. Nowoczesna edukacja winna uwzględniać szerokie wykorzystanie angażujących metod i narzędzi kształcenia, a weryfikacja zdobytej wiedzy, umiejętności praktycznych i klinicznych oraz postaw powinna odbywać się z wykorzystaniem egzaminu OSCE.

– *W obszarze środowiska nauczania należy uwzględnić kształcenie interprofesjonalne, którego celem jest przygotowanie do efektywnej, opartej na wzajemnym szacunku i zrozumieniu współpracy w zespole terapeutycznym, a także dbałość o rozwój badań w obszarze dydaktyki medycznej i upowszechnianie*



Wojciech Murdzek, wiceminister nauki i edukacji

edukacji opartej na faktach, tzw. evidence-based education – wyjaśniała prof. Zimmermann.

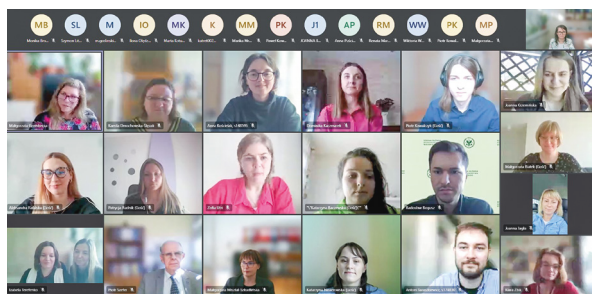
Rekomendacje przygotował zespół złożony z przedstawicieli 16 uczelni członkowskich KRAUM i CMKP.

Konferencję patronatem objęły: Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Edukacji i Nauki, Polska Komisja Akredytacyjna oraz Marszałek Województwa Dolnośląskiego. ■

DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA

fot. Tomasz Walów/UMW

Konferencja Żywność i żywienie w pigułce



Uczestnicy i uczestniczki konferencji | fot. Justyna Ośko

Około stu uczestników z różnych ośrodków naukowych i badawczych z całej Polski wzięło udział w II Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej *Żywność i żywienie w pigułce*. Wydarzenie zorganizowane przez pracowników Katedry i Zakładu Bromatologii oraz członków działającego przy jednostce Studenckiego Koła Naukowego odbyło się 22 kwietnia w formule *online*. Spotkanie zostało objęte patronatem rektora GUMed prof. Marcina Gruchały oraz instytucjonalnym patronatem Uczelni. Jego celem było podkreślenie istotnej roli żywności i żywienia w życiu człowieka oraz integracja środowiska studentów, doktorantów i młodych naukowców.

Podczas konferencji zorganizowano 2 sesje plenarne oraz 5 sesji wystąpień w formie komunikatów. W trakcie sesji plenarnych gościnne prelekcje wygłosili: **dr hab. Piotr Kowalski**, **prof. uczelni** z Katedry i Zakładu Chemii Farmaceutycznej GUMed oraz **dr hab. Sławomira Drzymała-Czyż** z Katedry i Zakładu Bromatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Tematyka wystąpień obejmowała zagadnienia dotyczące żywności, jej przetwarzania technologicznego, żywienia, a także suplementów diety.



Podczas wydarzenia uczestnikom zostały udostępnione streszczenia prezentacji plenarnych oraz komunikatów ustnych w postaci 111-stronicowej książki abstraktów łącznie ze szczegółowym programem obrad konferencyjnych. Drugą, 40-stronicową pozycją wydawniczą, udostępnioną wszystkim uczestnikom, była książka prezentacji posterowych w ich oryginalnej formie. Spośród prelegentów prezentujących doniesienia ustne oraz plakatowe komisje oceniające wyróżniły 21 autorów najlepszych wystąpień (15 wyróżnień w sesjach komunikatowych oraz 6 wyróżnień w sesjach plakatowych). Głównym sponsorem nagród za najlepsze wystąpienia była firma Shim-pol.

Konferencję przygotował komitet organizacyjny w składzie:

- przewodnicząca: **dr hab. Małgorzata Grembecka**;
- wiceprzewodniczące: **dr Justyna Ośko**, **dr Małgorzata Misztal-Szkudlińska**;

- sekretariat: **dr Kornelia Kadac-Czapska**, **mgr Eliza Knez**, **mgr Izabela Terefenko**;
- członkowie: **dr Kamila Dmochowska-Ślęzak**, **mgr inż. Kamila Gadaj**, **Katarzyna Baczewska**, **Natalia Breza**, **Monika Drzewiecka**, **Natalia Hermann**, **Piotr Kowalczyk**, **Gabriela Marcinkiewicz**, **Katarzyna Nasierowska**, **Patrycja Rudnik**, **Aleksandra Rafalska** i **Paulina Myszowska**.

Szczegółowe informacje o wydarzeniu, w tym książka wystąpień plakatowych oraz biogramy zaproszonych ekspertów dostępne są na [stronie konferencji](#). ■

DR HAB. MAŁGORZATA GREMBECKA
DR JUSTYNA OŚKO
PROF. PIOTR SZEFER
 Katedra i Zakład Bromatologii

Rozmawiali o medycynie paliatywnej

Zorganizowana przez SKN Onkologii i Radioterapii IV Studencka Konferencja Medycyny Paliatywnej odbyła się 29 kwietnia w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym pod honorowym patronatem rektora Uczelni **prof. Marcina Gruchały**. Podczas

wydarzenia uczestnicy mieli okazję wysłuchać wykładów **prof. Jacka Jassemę** z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, który opowiedział o *evidence-based medicine*, **prof. Ewy Bień** z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii, która



Uczestnicy i uczestniczki konferencji | fot. Jerome Joseph/GUMed

przybliżyła przeżycia dzieci z chorobą nowotworową, oraz **dr. Leszka Pawłowski** z Zakładu Medycyny Paliatywnej, który przedstawił prawne aspekty udzielania informacji pacjentom i ich rodzinom.

W drugiej części konferencji odbył się również konkurs prac studenckich. Pierwsze miejsce w sesji *case report* zdobył **Pawel Siuciak**, student IV roku kierunku lekarskiego GUMed, natomiast zwyciężczynią sesji prac poglądowych została **Zofia Olszewska**, studentka IV roku prawa na UW.

W skład Komitetu Organizacyjnego wydarzenia weszli studenci: **Natalia Bruska**, **Andrzej Bilyk**, **Małgorzata Cherek**, **Michał Dąbrowski**, **Maciej Pancewicz**, **Stanisław Wardecki** oraz **Joanna Zajązkowska**, a także wykładowcy: prof. Jacek Jassem i prof. Ewa Bień oraz członkowie jury konkursu prac studenckich: **prof. Wojciech Leppert**, **lek. Konrad Gądek** oraz **lek. Małgorzata Styczewska**. ■

NATALIA BRUSKA

Studentka IV roku kierunku lekarskiego

Wykład dr Aleksandry Zofii Rutkowskiej w Parlamencie Europejskim



Dr Aleksandra Zofia Rutkowska

20 kwietnia w Parlamencie Europejskim (PE) w Strasburgu odbyło się międzynarodowe sympozjum *Prevention and protection against endocrine disrupting chemicals (EDCs)*, podczas którego wykład wygłosiła **dr Aleksandra Zofia Rutkowska** z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Promocji Zdrowia.

Dr Rutkowska została zaproszona jako specjalistka w zakresie wpływu substancji endokrynnie czynnych na zdrowie i wzięła udział w panelu ekspertów dotyczącym rozwiązań zmniejszających powszechne narażenie na te substancje, a tym samym obniżających czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych.

Wydarzenie zostało zorganizowane przez Réseau Environnement Santé (RES), Koalicję EDC-Free Europe, Baltic Environmental Forum BEF-German oraz Agora Strasbourg European.

W sympozjum wzięli również udział posłowie do PE, przedstawiciele Komisji Europejskiej, członkowie Committee on the Environment, Public Health and Food Safety (ENVI), Greens/European Free Alliance, French Network of WHO Healthy Cities, Commission for Natural Resource i European Committee of the Regions.

Wydarzenie miało na celu promowanie i wymianę informacji na temat inicjatyw podjętych na poziomie lokalnym, regionalnym oraz krajowym wiodących do zwiększenia świadomości, profilaktyki i działań w zakresie prewencji szkodliwego wpływu substancji endokrynnie czynnych. Jego celem było ponadto znalezienie skutecznych form informowania obywateli i pomocy w zmniejszaniu ich narażenia na EDC i inne szkodliwe substancje chemiczne. ■

fot. archiwum prywatne



Panel ekspercki z udziałem dr Aleksandry Zofii Rutkowskiej

Studenckie święto nauki – 28. International Student Scientific Conference za nami



DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA
Biuro ds. Programu IDUB

Blisko 150 zarejestrowanych uczestników i uczestniczek, ponad 100 referatów i 15 sesji naukowych – te liczby podsumowują 28. Międzynarodową Studencką Konferencję Naukową (**International Student Scientific Conference, ISSC**), która odbyła się w dniach 13-15 kwietnia w Gdańsku. Konferencja jest dorocznym wydarzeniem organizowanym przez **Studenckie Towarzystwo Naukowe**.

Władze Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego reprezentowali podczas obrad **prof. Michał Markuszewski**, prorektor ds. nauki, i **dr hab. Tomasz Smiatacz**, prorektor ds. studenckich. Wykład inauguracyjny poświęcony innowacjom w medycynie wygłosił **prof. Paul Grundemann**, profesor wizytujący z University Medical Center w Utrechcie. Nie był to jedyny gość z zagranicy. Zaproszenie studentów przyjęła również **dr Giulia Marvaso** – asystentka medyczna w mediolańskim Istituto Europeo di Oncologia IRCCS i badaczka w Katedrze Onkologii i Onkohematologii na Uniwersytecie w Mediolanie.

W czasie kolejnych dwóch dni młodzi badacze i badaczki z Polski, Litwy, Łotwy, Czech, Szkocji i Nigerii zaprezentowali prace oryginalne i studia przypadków w ramach kilkunastu sesji tematycznych z zakresu: chirurgii, pediatrii, kardiologii, hematologii, endokrynologii, medycyny ogólnej, neurologii i neurochirurgii, psychologii i psychiatrii, położnictwa, a także nauk podstawowych. Odbyła się również sesja plakatowa dotycząca onkologii.



Od lewej: prof. Paul Grundemann, prof. Miłosz Jaguszewski, Shradha Singh

*– To była jak dotąd największa i najbardziej udana edycja konferencji. Cieszymy się, że zachęciliśmy tylu młodych naukowców, także z zagranicy, do przyjazdu do Gdańska i podzielenia się wynikami swoich prac. ISSC pokazuje, jak ważna w naszej edukacji jest działalność naukowa oraz jak wiele znacząca jest współpraca i wymiana pomysłów między uczestnikami z całego świata – podsumowuje **Shradha Singh**, przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego Konferencji. – Najbardziej dumna jestem z naszego zespołu. Wszyscy niesamowicie się starali o to, by stworzyć profesjonalną i udaną konferencję. Potrzebna była nie tylko współpraca, ale też pomysłowość i determinacja. Dzięki temu udało nam się utrwalić pozycję ISSC jako ważnego wydarzenia w studenckim kalendarzu.*

Już po raz drugi **autorom i autorkom najlepszych prezentacji** naukowych przyznano **nagrody naukowe w wysokości 2 tys. zł.**



Uczestnicy 28. International Student Scientific Conference

Jest to forma stypendium, które laureaci i laureatki mogą przeznaczyć na opłacenie kosztów związanych z uczestnictwem w wybranej przez nich konferencji naukowej. **Sponsorem** nagród jest, podobnie jak w ubiegłym roku, **firma Servier Polska**. **Nagrodę w wysokości 500 zł dla najlepszego plakatu** zaprezentowanego podczas sesji posterowej ufundowało wydawnictwo **De Gruyter**. Nagrody zostały wręczone podczas ceremonii zamknięcia, której towarzyszył wykład **prof. Miłosza Jaguszewskiego** z I Katedry i Kliniki Kardiologii.

Konferencja została zorganizowana przy wsparciu Biura ds. Programu *Inicjatywa Doskonałości – Uczelnia Badawcza*. ■

fot. Sonia Rokicka, Jerome Joseph



Uczestniczka sesji posterowej



MAGDALENA KRAWCZYK-WIŚNIEWSKA
HR Projects Manager
Servier Polska



Bardzo cieszymy się z możliwości wsparcia 28. Międzynarodowej Studenckiej Konferencji Naukowej, będącej renomowanym wydarzeniem i istotnym punktem spotkań młodych naukowców. W tym roku po raz pierwszy mieliśmy przyjemność zaproponować uczestnikom warsztaty z *pharmacovigilance*. Wydarzenie to spotkało się z bardzo dobrym odbiorem i było szansą pokazania studentom, jak wiele możemy zaoferować pacjentom w kontekście bezpieczeństwa stosowanych leków.

Servier od zawsze aktywnie wspiera rozwój naukowy i badawczy w środowisku medycznym. Przykładamy szczególną wagę do pomocy młodym naukowcom, ponieważ ich zaangażowanie ma kluczowe znaczenie dla przyszłości medycyny i postępu naukowego. Jesteśmy przekonani, że ich badania i osiągnięcia istotnie przelożą się na poprawę jakości życia pacjentów.

Serdecznie gratulujemy Organizatorom osiągnięcia wysokiej frekwencji, inspirujących sesji, prezentacji projektów naukowych, owocnych dyskusji wśród uczestników, a Laureatkom i Laureatom wybitnych osiągnięć naukowych, które mogliśmy uhonorować nagrodami ufundowanymi przez Servier Polska. Wierzimy, że wyróżnienia te będą stanowiły bodziec do dalszego rozwoju.

fot. archiwum prywatne

Laureaci nagród naukowych Servier

- **Victor Nweze, University of Nigeria**
za referat *Profiling the Antidiabetic Compounds of Bidens pilosa targeted Towards Glucokinase (1V4S) Activation: A Computational Insight*;
- **Mikołaj Kuncewicz, Warszawski Uniwersytet Medyczny**
za referat *Long-term outcomes of liver transplantation for unresectable metastatic neuroendocrine tumours*;
- **Jakub Zimodro, Warszawski Uniwersytet Medyczny**
za referat *Post liver transplantation vasoplegic syndrome – case study and review of therapeutic options*.

Laureatka nagrody za najlepszy plakat w sesji posterowej

- **Inez Mruk, Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii Uniwersytetu Gdańskiego i Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego**
za pracę *In Vitro Fertilization and Mass Spectrometry and: In Search of Oocyte Quality Peptide Biomarker*.

DR N. SPOŁ. AGNIESZKA ANIELSKA

Podsumowanie *Dnia z Parkinsonem*

Specjaliści z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego zorganizowali 11 kwietnia w auli im prof. Olgierda Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum spotkanie z okazji Światowego Dnia Choroby Parkinsona. W trakcie wydarzenia pt. *Dzień z Parkinsonem* swoje wykłady wygłosili eksperci w zakresie leczenia i opieki nad pacjentami z tym schorzeniem, reprezentujący zarówno naszą Uczelnię, jak i inne ośrodki. Organizację spotkania wsparli także studenci III roku kierunku lekarskiego **Krzysztof Goch** i **Julia Zbroińska**.

Organizatorka spotkania **dr Anna Roszmann** z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego przedstawiła codzienne wyzwania, przed jakimi stają osoby z chorobą Parkinsona, kierownik jednostki **prof. Jarosław Sławek** przybliżył możliwości jej leczenia, natomiast **lek. Bartłomiej Korybalski** wyjaśnił, jak radzić sobie z problemami gastroenterologicznymi w chorobie. Szczegółowo omówione zostały także problemy pacjentów związane z zaburzeniami snu i zachowania.

W wydarzeniu wzięli również udział przedstawiciele lokalnych stowarzyszeń osób z chorobą Parkinsona – prezes Gdańskiego

Stowarzyszenia PARK ON **lek. Urszula Wyrwińska** zaprezentowała możliwości systemowego wsparcia w zakresie wielodyscyplinarnej opieki. Podczas konferencji głos zabrała także **dr Anna Kawińska**, która przedstawiła swoje życie z chorobą Parkinsona, ukazując je z perspektywy chorego. ■

DR ANNA ROSZMANN

Zakład Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego



fot. Krzysztof Goch/GUMed

Rodzice i specjaliści

o SYNGAPI



Symposium naukowe *SYNGAPI w perspektywie rodziców i specjalistów* odbyło się 29 kwietnia w sali seminarnej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Wydarzenie zostało zorganizowane z inicjatywy Pani **Agnieszki Ehlert**, mamy chłopca z rozpoznaniem mutacji w genie SYNGAP1, przez Zakład Badań nad Jakością Życia, Centrum Chorób Rzadkich przy UCK oraz Klinikę Pediatrii, Hematologii i Onkologii. Za naukową organizację symposium odpowiedzialne były: **prof. Jolanta Wierzba** z Zakładu Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego oraz **dr Katarzyna Miłska-Musa** z Zakładu Badań nad Jakością Życia.

SYNGAP1 to gen kodujący białko istotne dla prawidłowego zachowania oraz funkcjonowania poznawczego człowieka. Odpowiada za regulację sygnalizacji biochemicznej w neuronach, co ma znaczenie dla prawidłowego rozwoju i funkcjonowania synaps. Nieprawidłowa ekspresja tego genu może skutkować wystąpieniem m.in. niepełnosprawności intelektualnej, padaczką oraz zaburzeniami motorycznymi.

Celem spotkania było przybliżenie słuchaczom sytuacji dzieci z rozpoznaniem choroby rzadkiej związanej z SYNGAP1 oraz ich rodzin. Było to pierwsze w Polsce sympozjum poświęcone tej grupie pacjentów. Wśród prelegentów oprócz organizatorek naukowych sympozjum znaleźli się: **prof. Beata S. Lipska-Ziętkiewicz** z Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki Medycznej, **dr Arkadiusz Mański** z Psychologicznej Poradni Genetycznej Chorób Rzadkich UG, dyrektor Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej nr 7 w Gdańsku **mgr Monika Gołubiew-Konieczna**, **lek. Paweł Nowak** z Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego oraz **mgr Magdalena Sanocka** z Zakładu Fizjoterapii.

W trakcie sympozjum specjaliści wygłosili prelekcje z zakresu genetyki, pediatrii, pedagogiki, psychologii, psychiatrii oraz fizjoterapii; w ramach spotkania przewidziano również panel dyskusyjny pozwalający na przedstawienie perspektywy oraz wymianę doświadczeń opiekunów i praktyków, którzy w swojej pracy zawodowej zajmują się chorobami rzadkimi. Podczas dyskusji omówiono m.in. wyzwania w edukacji i wskazano na potrzeby związane z dostępem do specjalistów. Symposium zwieńczyły rozmowy dotyczące planowanego kolejnego spotkania. ■

DR KATARZYNA MIŁSKA-MUSA

Zakład Badań nad Jakością Życia

PROF. JOLANTA WIERZBA

Zakład Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego

logo – Monika Nestorowicz w konsultacji z rodzicami dzieci z SYNGAP1

Konferencja *Co dalej?*

W dniach 13-14 maja w Europejskim Centrum Solidarności odbyła się Konferencja Uczelni *Fahrenheit Co dalej?*. Jej organizatorami byli członkowie i członkinie Studenckiego Koła Naukowego Psychologii GUMed, Studenckiego Koła Naukowego *Inspiar* UG oraz Koła Naukowego Inżynierii Dźwięku i Obrazu PG.

Tematyka wydarzenia, na które złożyły się 3 wykłady, 7 paneli tematycznych, 4 warsztaty oraz projekcja filmowa, dotyczyła

zmian klimatycznych, wyzwań technologicznych i wyzwań w opiece zdrowotnej, a także relacji interpersonalnych. W konferencji uczestniczyło 31 prelegentów z Trójmiasta, Warszawy i Krakowa. Podczas wydarzenia udało nam się pokazać, jak istotna w szukaniu rozwiązań na trapiące nas problemy jest solidarność międzyludzka oraz – przede wszystkim – otwarty dialog. Mamy szczerą nadzieję, że uczestniczki i uczestnicy konferencji, podobnie jak organizatorzy, zakończyli udział w niej bogatsi w nowe doświadczenia, wiedzę i inspirację do zmieniania świata na lepsze.

Wszystkich, którzy nie mogli uczestniczyć w konferencji, zachęcamy do zapoznania się z zapisami przebiegu udostępnionymi na kanale NeptunTV w serwisie YouTube. Informacje nt. konferencji można też znaleźć na stronie codalej.gumed.edu.pl. ■



Organizatorzy konferencji; od lewej: dr Konrad Knoch (ECS), inż. Marta Muchewicz (PG), Julia Terech (GUMed), Alicja Szmicka (GUMed), dyrektor Związku Uczelni w Gdańsku im. Daniela Fahrenheita prof. Adriana Zaleska-Medynska i rektor GUMed prof. Marcin Gruchała | fot. Ania Stelmach

JULIA TERECH

Studentka IV roku psychologii zdrowia, wiceprzewodnicząca SKN Psychologii, koordynatorka Konferencji *Co dalej?*



Relacja z [pierwszego](#) i [drugiego](#) dnia konferencji *Co dalej?*

Dyplomy MBA dla sektora ochrony zdrowia rozdane

Absolwenci dwóch edycji studiów MBA dla sektora ochrony zdrowia odebrali 21 kwietnia dyplomy. 55 absolwentów i absolwentek tego kierunku to pracownicy placówek ochrony zdrowia z całego kraju. Było to pierwsze dyplomatorium MBA w historii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Uroczystość odbyła się w sali mieszczącej Ratusz Staromiejski w Gdańsku. Udział w niej wzięli przedstawiciele władz GUMed: **prof. Jacek Bigda**, prorektor ds. rozwoju i organizacji kształcenia, **prof. Michał Markuszewski**, prorektor ds. nauki, oraz współgospodarze dyplomatorium z Uczelni Łazarzkiego, z którą Gdański Uniwersytet Medyczny tworzył studia MBA dla sektora ochrony zdrowia –

rektor **prof. Maciej Rogalski** i dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia **dr Małgorzata Gałązka-Sobotka**. Obecni byli także **dr Tadeusz Jędrzejczyk**, dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, i **Jerzy Karpiński**, dyrektor Wydziału Zdrowia Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. Nie zabrakło też wykładowców i osób towarzyszących absolwentom.

Uroczystość rozpoczęła się *Odą do radości* w wykonaniu Orkiestry Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. W przemówieniach, które wygłosili prof. Jacek Bigda, prof. Maciej Rogalski, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, dr Tadeusz Jędrzejczyk i Jerzy Karpiński, podkreślano wyjątkowość studiów i wysoko postawioną przed studentami poprzeczkę.

– *Gratuluję Państwu serdecznie ukończenia tych wymagających studiów, a wiem, że takie były, od moich najbliższych współpracowników. Wartość otrzymanego dziś przez Państwa dyplomu będzie rosła z dnia na dzień. Uczelni Łazarzkiego dziękuję zaś, że mieliśmy okazję zorganizować razem tak wyjątkowe studia –* powiedział **prof. Jacek Bigda**.





Uczestnicy dyplomatorium

fot. Przemysław Świdorski/fotobank.pl

Prof. Maciej Rogalski podziękował władzom Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego za zaufanie, dzięki któremu udało się wspólnie utworzyć studia. – *To wspaniały początek obiecującej współpracy* – podkreślił. – *Mamy wiele wspólnych planów. Partnerstwo naszych uczelni to twórcze łączenie unikatowych kompetencji na rzecz rozwoju liderów zdolnych do budowy zrównoważonego i odpornego na kryzysy sektora ochrony zdrowia w Polsce. Dziękuję za Państwa wysiłek w nauce – łączenie tych studiów z codziennymi obowiązkami zawodowymi i prywatnymi na pewno stanowiło wyzwanie.*

Dr Małgorzata Gałązka-Sobotka przypomniała, że program studiów był realizowany w trudnym pandemicznym czasie. – *Tak naprawdę dziś dopiero widzimy się na żywo wszyscy razem* – podkreśliła. – *Spotkania online były wymagające, ale też niezwykle inspirujące. Dziękuję Wam wszystkim za bogatą wymianę myśli, pomysły i otwartość.*

Dr Tadeusz Jędrzejczyk i Jerzy Karpiński przekazali absolwentom gratulacje od Marszałka i Wojewody. – *Za moment ogłaszamy kilka konkursów na szefów w pomorskich placówkach ochrony zdrowia* – powiedział **dr Jędrzejczyk**. – *Zapraszamy Państwa do składania ofert, przydadzą nam się menadżerowie ochrony zdrowia.*

W imieniu absolwentów głos zabrała **Anna Lignowska**, zastępca dyrektora naczelnego UCK ds. pielęgniarstwa, naczelnia pielęgniarka, która we wzruszającym przemówieniu podziękowała wykładowcom oraz koleżankom i kolegom ze studiów. – *To był piękny czas, czas nowych znajomości i zawierania przyjaźni* – wspominała. – *Czasami bywało ciężko, ale byliśmy w tym razem i razem daliśmy radę.*

Wykład inspiracyjny na temat uprzejmości w biznesie medycznym wygłosił **dr hab. Tomasz Stefaniak**, dyrektor ds. lecznictwa, lekarz naczelny UCK. Zaangażował uczestników w zadanie, które pokazało, jak ważna jest w życiu, nie tylko zawodowym, uprzejmość. – *Uprzejmość w życiu to podstawa. Wystarczy tak niewiele, by zrobić tak wiele* – podsumował.

Studia MBA dla ochrony zdrowia trwały cztery semestry. Odbyły się dwie ich edycje. Zajęcia zostały dofinansowane z projektu *Poprawa efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia poprzez szkolenia pracowników administracyjnych oraz kadry zarządzającej w sektorze ochrony zdrowia przez Gdański Uniwersytet Medyczny* w ramach Programu Operacyjnego *Wiedza Edukacja Rozwój*, działanie 5.2: *Działania pro-jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.* ■

KATARZYNA GRZEJSZCZAK

Dyrektor Kolegium Zarządzania i Rozwoju Kadr

Umocnienie współpracy z Uniwersytetem Helsińskim



HELSINGIN YLIOPISTO

Gdański Uniwersytet Medyczny gościł w dniach 24-25 kwietnia **prof. Ravięgo Kanta** z Uniwersytetu Helsińskiego (UH). Prof. Kant jest członkiem grupy badawczej Viral Zoonoses Research Unit i podczas spotkania reprezentował partnerów z Helsinek. Wizyta miała na celu umocnienie współpracy poprzez podpisanie wspólnego listu intencyjnego przez przedstawicieli GUMed i Viral Zoonoses Research Unit.

List intencyjny sygnowali prorektor ds. nauki **prof. Michał Markuszewski** oraz **prof. Tarja Sironen**, dyrektor programu *Helsinki One Health*, prodziekan Wydziału Weterynarii UH.

Podczas spotkania omówiono możliwości wspólnego aplikowania o granty międzynarodowe w programach *Horyzont* i *European Research Council*. Poruszono także kwestię



wymiany kadry akademickiej oraz wspólnej organizacji kursów edukacyjnych dla studentów obu uczelni.

Ze strony naszego Uniwersytetu w rozmowach uczestniczyli: prorektor ds. nauki prof. Michał Markuszewski, pełnomocnik Rektora ds. Programu IDUB prof. Tomasz Bączek oraz dr hab. Anna Lass, prof. uczelni, kierownik Zakładu Parazytologii Tropikalnej. Inicjatorem spotkania był dr hab. Maciej Grzybek, prof. uczelni z Zakładu Parazytologii Tropikalnej, pełnomocnik Rektora ds. rozwoju IMMiT, współpracownik Viral Zoonoses Research Unit.

Uniwersytet Helsiński to światowej klasy szkoła wyższa. Jej społeczność akademicką tworzy ponad 40 tys. studentów i pracowników. Uniwersytet rozłożony jest na 4 kampusach i posiada swoje jednostki w 9 innych miastach w Finlandii. W uczelni funkcjonuje 11 wydziałów z wieloma zakładami. UH posiada również kilka niezależnych instytutów badawczych oraz multidyscyplinarne sieci badawcze i stacje terenowe (np. stację badawczą w Kenii). W najnowszych rankingach uczelni Uniwersytet Helsiński zajął 92. miejsce w światowym



Prof. Michał Markuszewski i prof. Ravi Kant
fot. Paweł Sudara/GUMed

zestawieniu (*Shanghai Ranking*, 2022), 42. w Europie (*Times Higher Education Ranking*, 2023) i 1. w Finlandii. ■

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

Wieczór Francuski i Hiszpański w Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych



BOŻENA JAKIMCZYK
Studium Praktycznej
Nauki Języków Obcych

18 kwietnia Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych gościło sympatyków Francji na Wieczorze Francuskim, a już sześć dni później, 24 kwietnia, odbył się Wieczór Hiszpański.

Wieczór Francuski

Spotkanie otworzył występ orkiestry GUMed, która wprowadziła zebranych w uroczysty nastrój, prezentując piękne utwory muzyki francuskiej. Następnie studentka kierunku lekarskiego **Małgorzata Jendrzejek** przedstawiła ciekawą prezentację pt. *La chanson française*, w której opowiedziała o historii i obecnych trendach w piosence francuskiej. Przygotowała też quiz wiedzy o piosence, w którym uczestnicy wydarzenia chętnie wzięli udział.

Bardzo ważną częścią wieczoru było rozstrzygnięcie konkursu piosenki francuskojęzycznej *Nos étudiants chantent en français* i wręczenie nagród. Konkurs zorganizowany został przez Studium po raz pierwszy. Jego uczestnicy mieli za zadanie przygotować jedną piosenkę francuskojęzyczną z akompaniamentem własnym lub z wykorzystaniem ścieżki dźwiękowej i przesłać przygotowany utwór na adres Studium. Po opublikowaniu nagrań w mediach społecznościowych jednostki można było oddawać głosy na swoich faworytów za pośrednictwem dołączonej ankiety. Pierwsze miejsce zajął **Przemysław Kocioruba** (III rok kierunku lekarskiego) za interpretację utworu *Mon histoire*, drugie – **Maja Szyca** (I rok kierunku lekarskiego) za interpretację piosenki



Poczęstunek francuski



La vie en rose, a trzecie – **Hanna Kuzyk** (I rok dietetyki) za interpretację *La fête*. Wszystkim nagrodzonym serdecznie gratulujemy.

Na wieczorze francuskim nie mogło zabraknąć bezpośredniej relacji *online* z Erasmusa + we Francji. Studenci **Jakub Kołodziej** oraz **Radosław Wojnowski** bardzo szczegółowo i ciekawie opowiedzieli o możliwościach wyjazdu w ramach programu Erasmus +, podzielili się swoimi wrażeniami z pobytu w Lyonie i udzielili praktycznych wskazówek osobom, które zamierzają wyjechać do Francji. Połączyliśmy się też z Włochami, skąd nasza studentka **Julia Opania**, opowiadała o swoich erasmusowych doświadczeniach.

Wieczór zakończyła degustacja kuchni francuskiej. Wspólnie przygotowaliśmy *raclette*, smakowaliśmy francuskie przystawki oraz słodkie *croquembouche* wykonane przez studentki **Aleksandrę Bolimowską** i **Mariannę Sendę**.

Wieczór Hiszpański

Wieczór Hiszpański rozpoczął się bardzo interesującą prezentacją pt. *Camino de Santiago* przygotowaną przez studentkę **Małgorzatę Mojsiewicz** (I rok ratownictwa medycznego), która podzieliła się swoimi wspomnieniami, wrażeniami i doświadczeniem z wędrowki szlakiem św. Jakuba; opowiedziała nam o ciekawych miejscach na szlaku, ludziach, których poznała, i ich gościnności.

Podczas spotkania mieliśmy możliwość połączyć się bezpośrednio z **Adamem Piaskiem** i **Janem Byrczkiem**, studentami kierunku lekarskiego, którzy przebywają w ramach europejskiej wymiany studenckiej w Hiszpanii. Relacjami i doświadczeniami z Erasmusa podzielił się również **Helena Górka** i **Rami Mallah**, którzy wrócili z Santiago. Cenne informacje o przebiegu studiów w Kordobie, Maladze i Santiago, zakwaterowaniu, wymaganiach językowych, praktykach w szpitalu, a także rozrywkach stanowiły wielką pomoc dla studentów chcących skorzystać z oferty programu Erasmus +.

Kolejną, bardzo ważną częścią spotkania było rozstrzygnięcie konkursu piosenki hiszpańskojęzycznej *Nuestros estudiantes cantan en español* i wręczenie nagród. Pierwsze miejsce zajęła **Nina Pękalska** (II rok analityki medycznej) za interpretację piosenki *Dueles tan bien*, a drugie **Stanisław Gołyga** (I rok zdrowia publicznego) za interpretację utworu *Bésame mucho*.

Podczas spotkania mogliśmy też spróbować specjalów kuchni hiszpańskiej: *tapas* i *patatas bravas* przygotowanych przez **Michała Winowskiego**, *churros* **Joanny Płazińskiej** i wspaniałego tortu wykonanego przez **Kornelię Skórę**.

Bardzo dziękuję wszystkim osobom zaangażowanym w organizację wydarzenia: Działowi Promocji oraz Działowi Umiejętności i Rozwoju Uczelni, które ufundowały nagrody w obu konkursach, a także kierownik Studium **dr Annie Kuciejczyk**

oraz **mgr Magdzie Warzosze** za wsparcie i olbrzymią pomoc. Orkiestrze GUMed w składzie: **Magdalena Lorek**, **Filip Chłopecki**, **Milena Barańska** i **Małgorzata Dettlaff** dziękuję za uświetnienie Dnia Francuskiego swoim występem, a wszystkim studentom za przygotowanie i uczestnictwo w obu wydarzeniach. ■

BOŻENA JAKIMCZYK

fot. archiwum prywatne



Uczestnicy Wieczoru Hiszpańskiego



Od lewej: Nina Pękalska, dr Anna Kuciejczyk, Bożena Jakimczyk, Stanisław Gołyga



Orkiestra GUMed; od lewej: Magdalena Lorek, Małgorzata Dettlaff, Filip Chłopecki, Milena Barańska



Hiszpańskie churros

Jak wyglądał pierwszy Science Speed Dating FarU?

Krótkie rozmowy, w wyniku których może zawiązać się relacja, to podstawowe założenie spotkań w formule *speed dating*. Uczelnie Fahrenheita zainicjowały pierwsze tego typu wydarzenie przeznaczone dla środowiska akademickiego. Spotkania odbyły się w dniach 17-19 kwietnia na Uniwersytecie Gdańskim. Podczas Science Speed Dating FarU uczestnicy mieli możliwość nawiązania sieci kontaktów i wymiany doświadczeń związanych z wnioskowaniem i realizowaniem konkursów grantowych.

– *W ramach międzyuczelnianej współpracy zmierzającej do federalizacji oprócz kroków formalnych podejmujemy też inicjatywy oddolne, jak Science Speed Dating, które pozwalają wesprzeć badaczy, nauczycieli akademickich i pracowników GUMed, PG i UG – mówił prof. Michał Markuszewski, prorektor ds. nauki GUMed. – Lista zaproponowanych tematów do rozmów jest długa i zróżnicowana, tak by każdy mógł znaleźć coś interesującego dla siebie. Wśród zdefiniowanych obszarów pojawiły się m.in. gospodarka w obiegu zamkniętym, nowe terapie i leki, jak również dynamicznie rozwijające się technologie medyczne i informatyczne.*

Wydarzenie przyjęło formułę krótkich tematycznych spotkań, w ramach których odbyły się serie trzyminutowych rozmów pomiędzy uczestnikami. Ich celem była intensyfikacja międzyuczelnianej i interdyscyplinarnej współpracy uczelni FarU.

– *Mam nadzieję, że spotkania w ramach Science Speed Dating przyczynią się do nawiązania kontaktów w sferze naukowej i zaowocują wspólnymi projektami między trzema uczelniami – powiedział prof. Wiesław Laskowski, prorektor ds. badań naukowych UG. – Współpraca między naukowcami to wartość dodana federacji, do której dążymy.*



Spotkania w ramach Science Speed Dating FarU

Kwietniowa seria spotkań była podzielona na bloki tematyczne. Każdy dzień poświęcony był innemu obszarowi: zrównoważonemu rozwojowi, technologiom informatycznym i inżynierii materiałowej oraz zdrowiu publicznemu. Program obejmował również wystąpienia inspirujących gości – **dr hab. Sylwii Mrozowskiej, prof. UG**, prorektor ds. współpracy i rozwoju UG; **dr. hab. inż. Jacka**



Prof. Michał Markuszewski

Ryla z Instytutu Nanotechnologii i Inżynierii Materiałowej PG oraz **prof. Tomasza Zdrojewskiego**, kierownika Zakładu Prewencji i Dydaktyki GUMed. Przedstawiciele Biur Projektowych trzech uczelni udzielali natomiast informacji związanych z udziałem w zbliżających się konkursach grantowych.

– *Szeroka tematyka spotkań umożliwiła udział w nich naukowcom z różnych dziedzin, a tym samym wymianę wiedzy i kontaktów, które mogą zapoczątkować w przyszłości – dodawał prof. Sławomir Milewski, prorektor ds. nauki PG. – Science Speed Dating FarU może się zatem przyczynić do znacznego zwiększenia liczby interdyscyplinarnych projektów realizowanych na poszczególnych uczelniach.*

Kolejna edycja wydarzenia zaplanowana jest na 29-31 maja, a jej zakres merytoryczny ma dotyczyć m.in. nowych terapii i leków, zagadnień środowiskowych, a także sektora energetycznego. Więcej informacji dostępnych jest pod adresem gumed.edu.pl/73092.html.

Science Speed Dating FarU to jedno z działań realizowanych przez Zespół ds. działalności naukowej i ewaluacji dyscyplin, prowadzony przez prof. Michała Markuszewskiego, który pełni także funkcję pełnomocnika Rektora ds. Związku Uczelni w Gdańsku im. Daniela Fahrenheita. Zespół został powołany jako jedna z trzech grup ekspertów w ramach projektu *Wspieranie procesów konsolidacji uczelni*, a dokładnie – w związku z realizacją zdania *Przygotowanie Uczelni Fahrenheita do utworzenia federacji*, finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa. ■

MATERIAŁ PRASOWY FarU

fot. GREGMAR

GUMed jeszcze bardziej *excellence*? Droga do certyfikacji



HR EXCELLENCE IN RESEARCH



JOANNA RYDUCHOWSKA

Dział Wsparcia
Rozwoju Pracowników

Co da nam certyfikat *HR Excellence in Research*?

Gdański Uniwersytet Medyczny w tym roku rozpoczyna prace nad uzyskaniem certyfikatu *HR Excellence in Research*. Oznaczenie to przyznawane jest instytucjom badawczym i organizacjom finansującym badania naukowe za dostosowywanie procedur w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi do wytycznych Komisji Europejskiej. Zasady te określone są w Europejskiej Karcie Naukowca oraz Kodeksie Postępowania przy rekrutacji pracowników naukowych. Europejska Karta Naukowca opisuje prawa i obowiązki, jakim podlegają naukowcy i zatrudniające ich instytucje, zaś Kodeks Postępowania przy rekrutacji pracowników naukowych zawiera zasady rekrutacji naukowców, których powinny przestrzegać instytucje-pracodawcy, by zapewnić równe traktowanie pracowników naukowym zatrudnianym w Europie. Oba dokumenty dostępne są pod adresem: tinyurl.com/39bbppyx.

– *Uzyskanie Certyfikatu HR ma dla Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego kluczowe znaczenie. Wprowadzenie standardów związanych z pozyskiwaniem pracowników naukowych według modelu HR Excellence for Research podniesie prestiż uczelni jako instytucji naukowej, stwarzając naukowcom najlepsze warunki pracy przy realizacji działań badawczo-rozwojowych* – wyjaśnia **prof. Michał Markuszewski**, prorektor ds. nauki, kierujący pracami zespołu projektowego. – *Dołączenie GUMed do grona wyróżnionych instytucji będzie miało realny wpływ na codzienną pracę, komfort i rozwój społeczności naukowców oraz polepszenie warunków pracy na naszej Uczelni.*

Celem europejskiej strategii HR jest zatem ciągła poprawa warunków zatrudnienia i rekrutacji naukowców w ośrodkach badawczych, a instytucje, które skutecznie wdrażają zasady Karty i Kodeksu, zostają wyróżnione przez Komisję Europejską znakiem *HR Excellence in Research*.

Dlaczego to dla nas takie ważne?

W ramach realizacji celu nr 4 Programu IDUB, pn. *Przygotowanie i wdrożenie kompleksowych rozwiązań służących rozwojowi zawodowemu pracowników Uczelni, w szczególności młodych naukowców*, Uczelnia chce kształtować rozwój naukowców tak, aby mogli oni tworzyć wartościowe treści naukowe, mieli czas na konsultacje, budowanie sieci kontaktów, współpracę z innymi badaczami i świętowanie sukcesów. Dodatkowo realizacja działań ukierunkowanych na uzyskanie europejskiego certyfikatu planowana jest w ramach jednego z celów Strategii Rozwoju GUMed na lata 2019-2025.

– *Poza samą certyfikacją podejmowane przez nas inicjatywy zakładają dbałość o wizerunek przyjaznego pracodawcy oraz wzrost atrakcyjności zatrudnienia zarówno dla pracowników naukowych, jak i administracyjnych. Komisja Europejska promuje wyróżnione instytucje wśród naukowców i międzynarodowych organizacji jako te, które zapewniają badaczom najlepsze warunki pracy i rozwoju* – dodaje **prof. Markuszewski**.

Aby uzyskać certyfikat, Uczelnia musi zrealizować następujące działania:

1. Przesłać deklarację poparcia dla zasad Karty i Kodeksu do Komisji Europejskiej.
2. Przeprowadzić analizę (ang. *gap analysis*), która pozwoli ocenić, w jakim stopniu funkcjonowanie Uczelni jest spójne z Kartą i Kodeksem. Oprócz przeglądu i weryfikacji dokumentów prawa krajowego i regulaminów instytucji wśród pracowników badawczych, badawczo-dydaktycznych i naukowo-technicznych zostanie przeprowadzona ankieta, której celem będzie uzyskanie opinii środowiska naukowego GUMed na temat spójności zasad instytucji z Kartą i Kodeksem.
3. Na podstawie powyższej analizy przygotowany zostanie plan działania (ang. *action plan*), nakierowany na likwidację zidentyfikowanych w instytucji niedociągnięć wraz z opisem konkretnych działań, które mają do tego prowadzić.
4. Do powyższych dokumentów zostanie także dołączona analiza procedury rekrutacyjnej i konkursowej przeprowadzona pod kątem jej otwartości, przejrzystości i zastosowania zasad rzetelnej oceny kandydatów (ang. *open, transparent and merit-based recruitment, OTM-R*).



Na przygotowanie analizy, planu działania oraz weryfikację zasad rekrutacji i konkursów Uczelnia ma 12 miesięcy, licząc od momentu przesłania deklaracji do Komisji Europejskiej. Po ocenie dokumentów i planu działań Komisja podejmuje decyzję odnośnie do przyznania wyróżnienia, a 2 lata po jego otrzymaniu instytucja przeprowadza ponowną ocenę postępów i efektów wdrażania zasad Karty i Kodeksu. Po kolejnych 3 latach przedstawiciele Komisji Europejskiej przyjeżdżają do uczelni na wizytę studyjną.

Badanie opinii – ankieta

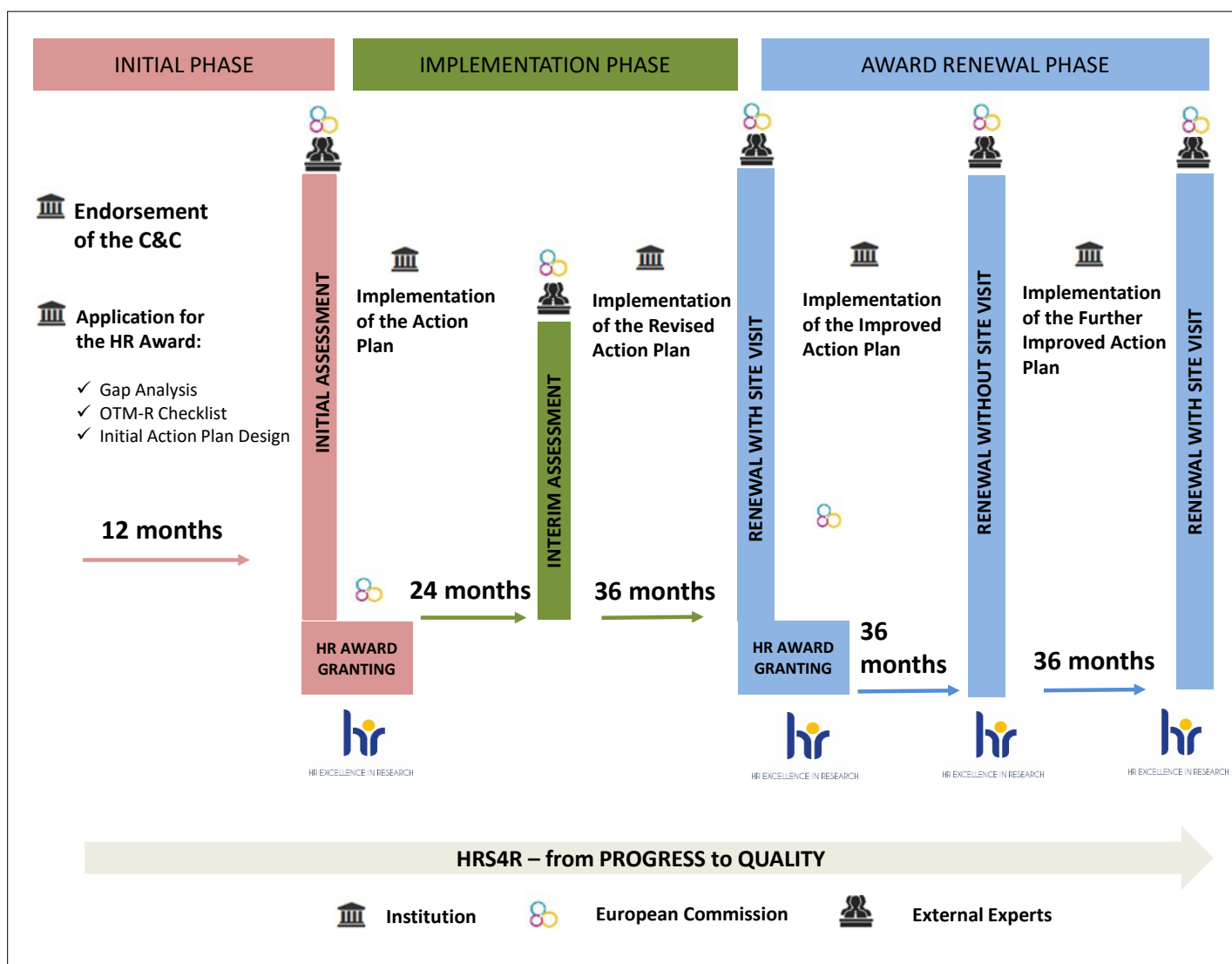
W najbliższym czasie pracownikom badawczym, badawczo-dydaktycznym i naukowo-technicznym GUMed zostanie udostępniona **ankieta**, której pytania zostały stworzone w oparciu o zasady i wartości zawarte w Europejskiej Karcie Naukowca i Kodeksie Postępowania przy rekrutacji pracowników naukowych. Wyniki ankiety posłużą do stworzenia wspomnianego planu działania, dlatego wyrażenie opinii w ankiecie

jest niezbędne, aby planowane przedsięwzięcia odpowiadały na realne potrzeby i wskazywały obszary wymagające poprawy.

Przed Gdańskim Uniwersytetem Medycznym stoi zatem nieprzeciętne wyzwanie. Prace realizowane są przez dwa zespoły – wdrażający i doradcy pod przewodnictwem Prorektora ds. nauki. W certyfikację zaangażowani są również przedstawiciele środowiska naukowego GUMed, którzy konsultują działania i inicjatywy podejmowane w ramach procesu oraz pracownicy różnych jednostek administracyjnych, w tym m.in. Działu Wsparcia Rozwoju Pracowników i Działu Obsługi Programu IDUB, a także Zastępca Kanclerza ds. strategii i rozwoju oraz Specjalista ds. akredytacji zagranicznych.

Ty również możesz nam pomóc! Wypełnij nasze ankiety i doradź nam, w jaki sposób możemy sprawić, by GUMed był jeszcze lepszym miejscem dla wszystkich pracowników. ■

JOANNA RYDUCHOWSKA



Harmonogram prac nad uzyskaniem certyfikatu HR Excellence in Research | grafika – euraxess.ec.europa.eu/jobs/hrs4r

Czytelnictwo naukowe w GUMed



DR N. HUM. PIOTR RYSZTOWSKI

Administrator baz danych,
Oddział Informacji Naukowej
i Promocji, Biblioteka Główna

Jedną z niewątpliwych zalet elektronicznych zasobów bibliotecznych, oprócz łatwości dostępu i wygody korzystania z nich, jest możliwość dokładnego monitorowania poziomu ich użycia, a co za tym idzie – śledzenie stanu czytelnictwa. Format statystyk udostępnianych przez poszczególnych wydawców zazwyczaj pozwala na kontrolę liczby pobranych artykułów w przypadku e-czasopism oraz liczby otwartych rozdziałów, sekcji lub stron w przypadku e-booków.

Jak więc prezentuje się poziom czytelnictwa w Uczelni według danych za 2022 r.? Gdy analizuje się statystyki wykorzystania zasobów elektronicznych Biblioteki Głównej, widoczny jest przede wszystkim wyraźny spadek w stosunku do roku 2021 zarówno w odniesieniu do e-czasopism (spadek o 15%), jak i książek elektronicznych (spadek o 28%).

Wykorzystanie e-czasopism i e-booków w latach 2019-2022

	2019 r.	2020 r.	2021 r.	2022 r.
Liczba pobranych artykułów z e-czasopism	178 800	205 899	221 261	188 034
Liczba otwartych rozdziałów/stron w e-bookach	1 020 103	1 743 553	1 257 975	909 939

Mniejsze wykorzystanie udostępnianych przez Bibliotekę zasobów wystąpiło właściwie na każdym poziomie, bez względu na to, czy bierzemy pod uwagę całe kolekcje, poszczególne tytuły, ich tematykę, rangę czy cenę.

Liczba pobranych artykułów z wybranych e-czasopism w latach 2021 i 2022

	2021 r.	2022 r.
„Nature”	4 434	3 434
„Science”	2 160	1 304
„Lancet”	1 518	1 317
„European Heart Journal”	1 368	1 051

Wśród prenumerowanych czasopism elektronicznych największą różnicę odnotowaliśmy w liczbie pobrań z kolekcji British Medical Journal (spadek o 56%) oraz Karger (spadek o 41%). Z kolei w przypadku tzw. licencji krajowej, czyli kolekcji czasopism, do których dostęp jest w pełni opłacany przez MEiN, największe spadki odnotowaliśmy w czytelnictwie publikacji wydawnictw Wiley i Springer (spadek w obu o 39%).

Liczba pobranych artykułów w poszczególnych bazach/kolekcjach w 2021 i 2022 r.

	2021 r.	2022 r.
BMJ	4 905	2 146
Karger	1 416	837
Wiley	23 431	14 388
Springer	20 865	12 832

Na poziomie zbiorczego wykorzystania baz lub poszczególnych kolekcji spadki te można częściowo tłumaczyć sukcesywnym zmniejszaniem dostępnych tytułów w ramach finansowanej przez MEiN licencji krajowej. Dla przykładu – z 1 342 czasopism dostępnych w 2021 r. w kolekcji wydawnictwa Wiley w 2022 r. pozostało tylko 491 tytułów. Na koniec zeszłego roku cięcia dotknęły też podkolekcje tematyczne wydawnictwa Elsevier, w tym m.in. szczególnie istotną dla naukowców z naszej Uczelni podkolekcję *Chemistry*, w której znajdowały się takie czasopisma jak „Journal of Chromatography A”, „Journal of Pharmaceutical and Biomedical Analysis” czy „Talanta”.

Wspomniane ograniczenie finansowania licencji krajowej z pewnością miało negatywny wpływ na liczbę pobranych artykułów w GUMed, jednak fakt ten nie może tłumaczyć spadku czytelnictwa na poziomie ogólnym. Być może szukając bardziej odpowiedniego wytłumaczenia, należałoby wziąć pod uwagę dane z kilku ostatnich lat (tabela 1), w świetle których niebezzasadne byłoby przypuszczenie, że w 2022 r. doszło jedynie do korekty wyższego niż przeciętny wyniku osiągniętego w latach 2020-2021 i powrotu do poziomu zbliżonego do okresu sprzed pandemii COVID-19. Nie ulega bowiem wątpliwości, że rekordowe wykorzystanie e-booków w 2020 r. było spowodowane tym, że w czasie kolejnych, bardziej lub mniej restrykcyjnych *lockdownów* stały się one doskonałą alternatywą dla książek drukowanych



(głównie podręczników wykorzystywanych na zajęciach), do których dostęp w tym okresie był bardzo ograniczony. Być może okres pandemii był także bardziej sprzyjającym czasem dla prowadzenia działalności publikacyjnej, co tłumaczyłoby zwiększone zainteresowanie literaturą naukową. W każdym razie o tym, czy mamy do czynienia tylko z korektą, czy też

trwałym trendem spadkowym dotyczącym nie tylko naszej Uczelni, ale wpisującym się w ogólną tendencję czytelnictwa w ośrodkach akademickich, będziemy mogli powiedzieć więcej po zebraniu statystyk wykorzystania e-zasobów na koniec bieżącego roku. ■

DR N. HUM. PIOTR RYSZTOWSKI

Zdalna opieka nad pacjentami z POChP



DR PIOTR POPOWSKI

Centrum Rozwoju Kompetencji,
Zintegrowanej Opieki i e-Zdrowia,
Polskie Towarzystwo Programów
Zdrowotnych



DR IWONA DAMPS-KONSTAŃSKA

Klinika Alergologii, Katedra
Pneumonologii i Alergologii



KACPER POPOWSKI

Student III roku kierunku lekarskiego

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), chociaż stosunkowo mało znana społecznie, jest jedną z głównych przyczyn przewlekłej chorobowości i umieralności na świecie. Długotrwały stan zapalny, uszkadzający tkankę płuc i zwięzający układ oddechowy, istotnie utrudnia oddychanie. W Polsce POChP stanowi trzecią najczęstszą przyczynę zgonu, a aktualną liczbę chorych szacuje się na ok. 2 mln osób. Najczęstszymi objawami choroby są: kaszel, odkrztuszanie płwociny, duszność wysiłkowa, świszczący oddech oraz męczliwość i spadek masy ciała. Leczenie POChP w Polsce jest zasadniczo silosowe i finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

W kwietniu 2023 r. Minister Zdrowia, po rozstrzygnięciu konkursu, zawarł z UCK umowę na dofinansowanie kwotą ponad 3 mln zł projektu pilotażowego, którego celem jest przetestowanie modelu telemedycznego. Model ten został opracowany w ramach predefiniowanego działania dotyczącego zastosowania telemedycyny i e-zdrowia w obszarze leczenia chorób przewlekłych (w tym POChP).

W związku z tym, że środki pochodzą z Funduszy Norweskich, do konkursu dopuszczono wyłącznie podmioty lecznicze o najwyższym poziomie referencyjności, które

zawiązywały partnerstwa z jednostkami świadczącymi usługi w zakresie POZ oraz partnerem norweskim.

UCK zaprosiło do współpracy i zawarło umowy o partnerstwie z podmiotami sprawdzonymi w pilotażowym projekcie opieki koordynowanej POZ PLUS: Neuca Med sp. z o.o.; przychodnią BALTIMED sp. z o.o., sp. k.; Łomżyńskim Centrum Medycznym sp. z o.o.; Centrum Medycyny Rodzinnej GUMed sp. z o.o.; Medily sp. z o.o. (partner technologiczny); Grupą Horyzont AS (partner norweski) oraz Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych.

UCK wzbogaciło w swojej ofercie model wypracowany w ramach projektu predefiniowanego pt. *Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu poprzez stosowanie rozwiązań telemedycyny i e-zdrowia* o własne doświadczenia dotyczące zintegrowanej opieki nad osobami chorującymi na POChP.

Opracowany w ten sposób *Pomorski model zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP* zwyciężył w 2021 r. w europejskiej edycji prestiżowego, międzynarodowego konkursu **Value Based Healthcare Dragon's Grant & Endorsement**, który odbył się w Holandii. Celem konkursu było promowanie praktycznych, efektywnych kosztowo rozwiązań zapewniających pacjentom najwyższą jakość usług, spersonalizowane, innowacyjne leczenie i diagnostykę.

Model został opracowany w kierowanej przez **prof. Ewę Jassem** Klinice Alergologii i Pneumonologii. Kierownikiem medycznym wdrażanego obecnie projektu jest **dr Iwona Damps-Konstańska**, która doprowadziła do złożenia przez UCK oferty konkursowej. Zespół koordynowany przez **Dariusza Szplita**, kierownika Działu Innowacji, Analityki i Wdrożeń Technologii Medycznych UCK, uzupełnił predefiniowany model o drugą, specyficzną dla ciężko chorych ścieżkę opieki, którą wzbogacił o cyfrowe rozwiązania.

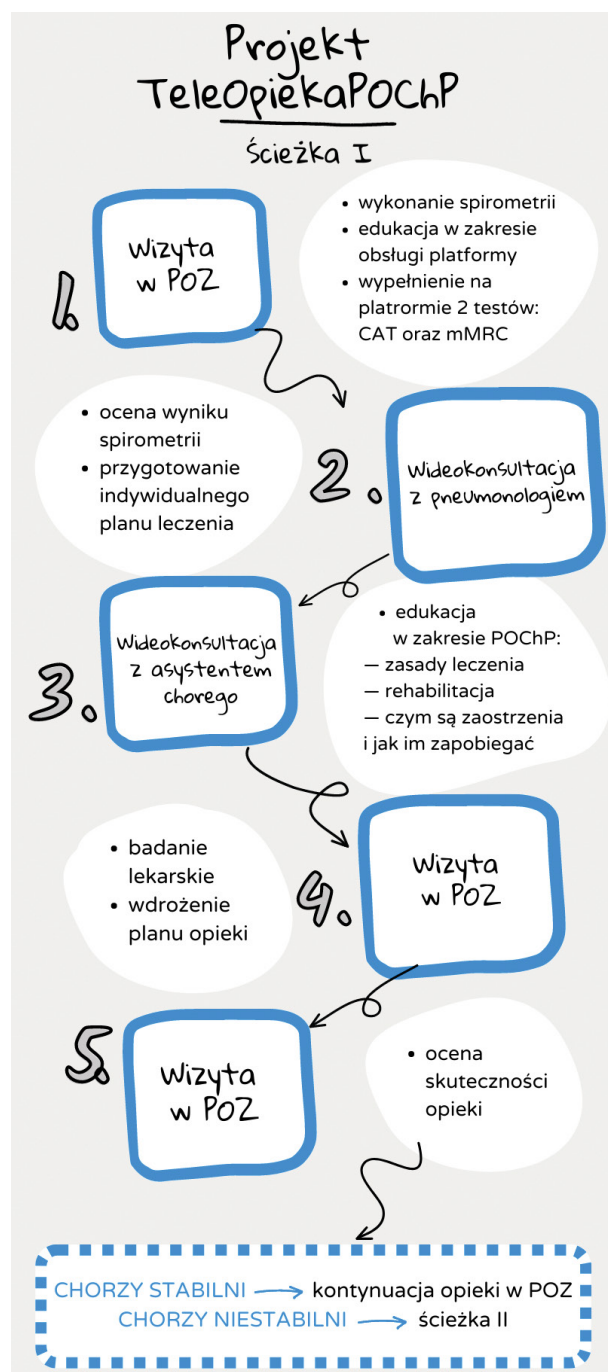
Cel działań

Pilotażowy projekt, w który wkrótce włączy się pacjentów, służy wdrożeniu nowych technologii medycznych w wyznaczonych wcześniej ograniczonych obszarach i/lub w ograniczonym zakresie w celu sprawdzenia, czy zaplanowane działania przyniosą pożądaną skuteczną, i uzyskania opinii użytkowników.



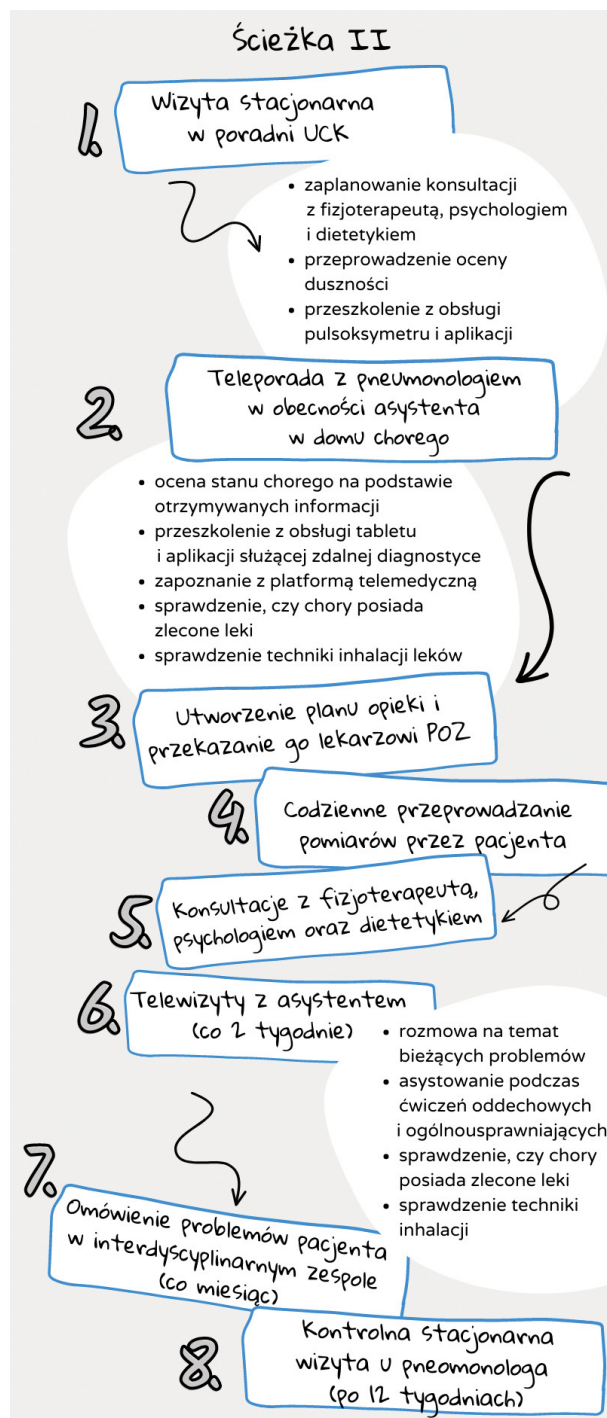
Dzięki przeprowadzeniu ewaluacji obniżone zostanie ponadto ryzyko błędów przy skalowaniu działań.

Głównym celem realizowanego projektu jest zbadanie, w jaki sposób technologie informacyjno-komunikacyjne mogą wspierać proces diagnostyki i terapii chorych na POChP. Projekt ma ułatwić dostęp do konsultacji specjalistycznych oraz usprawnić przepływ informacji pomiędzy pacjentami, lekarzami POZ i innymi specjalistami w procesie opieki. W zaproponowanym, nastawionym na pacjenta modelu opieki wykorzystana zostanie platforma cyfrowa, która posłuży do koordynacji świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom oraz będzie stanowił



grafiki – Daria Mirosławska

narzędzie edukacyjne dla chorych. Proponowane rozwiązanie zmniejszy nierówności społeczne w zdrowiu, umożliwiając zdalne, specjalistyczne konsultacje także mieszkańcom miejscowości oddalonych od centrów świadczących specjalistyczną opiekę (ścieżka I). Wideokonsultacje ze specjalistami oraz wsparcie asystentów udzielane chorym po ciężkich zaostrzeniach POChP (lub z grupy ryzyka częstych zaostrzeń) mają na celu prewencję kolejnych zaostrzeń (w tym rehospitalizacji) oraz poprawę jakości samoopieki w przewlekłej chorobie



UCK Uniwersyteckie Centrum Kliniczne

Norway grants

Ministerstwo Zdrowia

(ścieżka II). Ponadto projekt ma doprowadzić do stworzenia narzędzi profilaktycznych i edukacyjnych dla subpopulacji pacjentów chorych bądź zagrożonych POCHP.

W badaniu, które zostanie przeprowadzone do końca 2023 r., ma wziąć udział 580 pacjentów. 510 z nich zostanie skierowanych na telekonsultację do UCK przez lekarzy POZ (ścieżka I), zaś 70 chorych (z częstymi zaostrzeniami) zostanie zakwalifikowanych do rozszerzonej opieki w UCK (ścieżka II).

Kompetencje partnerów wzmocni obecność **prof. Nicka Guldemonda** z Leiden University Medical Center – praktyka z obszaru zdrowia cyfrowego i zintegrowanej opieki. W czasie trwania projektu partnerzy będą także:

- identyfikować słabe i mocne strony wideokonsultacji i oceniać, czy taki sposób prowadzenia opieki będzie lepiej dostosowany do konkretnych grup pacjentów;

- testować, jakie narzędzia cyfrowe mogą być wykorzystywane przez personel medyczny;
- badać doświadczenia użytkowników w zakresie konsultacji *online*;
- szkolić członków personelu medycznego w celu zdobycia nowych kompetencji cyfrowych;
- tworzyć model technologii medycznej w celu ewaluacji przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Jednym z istotnych zagadnień, jakie niesie ze sobą transformacja cyfrowa systemu ochrony zdrowia, jest aktualność przyjętych założeń projektu w świetle testowania dużych modeli językowych sztucznej inteligencji (np. Chat GPT-4). O szerszym wymiarze transformacji cyfrowej w zakresie ochrony zdrowia napiszemy jednak w kolejnym artykule. ■

DR PIOTR POPOWSKI
DR IWONA DAMPS-KONSTAŃSKA
KACPER POPOWSKI

Aplikacja do wykrywania wznowy raka płuc

System zdalnego monitorowania pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym, opracowany przez **lek. Ewę Pawłowską** z Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, pozwala nie tylko utrzymać kontakt pacjenta i onkologa pomiędzy zaplanowanymi wizytami ambulatoryjnymi, ale również umożliwia szybsze wykrywanie wznów nowotworu. Aplikacja **HORUS** co tydzień udostępnia ankiety, których wyniki analizowane są w czasie rzeczywistym, a w przypadku wystąpienia niepokojących objawów umożliwia wdrożenie wcześniejszej diagnostyki i leczenia. Skorzystać z niego mogą pacjenci przebywający pod opieką Poradni Onkologicznej Kliniki Onkologii i Radioterapii UCK.

Rak płuca należy do najczęstszych nowotworów w Polsce, zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn. Blisko 75% przypadków diagnozowanych jest w zaawansowanych stadiach. Niestety pomimo zastosowania nowoczesnych terapii wznowy nowotworu są relatywnie częste.

Europejskie badania z 2017 r. potwierdzają, że chorzy na raka płuca, którzy po zakończeniu standardowego leczenia używają aplikacji do monitorowania samopoczucia, mają istotnie poprawione wyniki przeżyć. Jak podkreśla lek. Pawłowska, fakt ten był inspiracją do tego, by rozpocząć prace nad systemem możliwym do wdrożenia w polskich warunkach.

W ramach realizacji projektu HORUS powstała aplikacja internetowa oraz mobilna, którą można pobrać



Lek. Ewa Pawłowska

W ostatnich latach wykazano skuteczność zdalnego monitorowania chorych z użyciem elektronicznych systemów (ESMCh) analizujących w czasie rzeczywistym objawy zgłaszane przez pacjenta poprzez stronę internetową i/lub aplikację na smartfonie. W badaniach klinicznych analiza zgłaszanych co tydzień objawów pozwoliła na rozpoznanie wznowy raka średnio 5 tygodni wcześniej niż standardowe wizyty lekarskie, umożliwiając wdrożenie leczenia onkologicznego u większej liczby pacjentów. Ponadto stosowanie aplikacji wydłużyło czas całkowitego przeżycia chorych w stosunku do osób poddawanych standardowym kontrolom. Dostęp do ESMCh oraz świadomość bycia pod ciągłą opieką poprawiały jakość życia chorych oraz zmniejszyły ich stres związany z oczekiwaniem na wynik kontrolnych tomografii.

Co tydzień na koncie pacjenta będzie udostępniany nowy formularz z identycznym zestawem 13 pytań dotyczących samopoczucia. Aby zapisać i przesłać dane formularza do wglądu pracowników Kliniki konieczne będzie udzielenie odpowiedzi na pierwsze sześć pytań. Wszystkie informacje zgłaszane przez pacjentów są analizowane natychmiast po wypełnieniu formularza. W przypadku wystąpienia niepokojących objawów pracownik Kliniki kontaktuje się z chorym telefonicznie w ciągu 72 godzin i informuje o dalszym postępowaniu.

fol. Paweł Sudara/GUMed

bezpłatnie w sklepach internetowych [GPLay](#) lub [AppStore](#).

Co ważne, udział w badaniu nie zmienia standardowego postępowania podczas wizyt w Poradni Onkologicznej. Nie wiąże się również z ryzykiem, gdyż w ramach badania pacjenci nie będą musieli wykonywać dodatkowych badań laboratoryjnych, obrazowych czy poddawać się innym procedurom medycznym.

Dalszy rozwój aplikacji możliwy jest dzięki finansowaniu z programu IDUB, w ramach którego realizowana jest usługa preakceleracyjna w postaci rocznego pakietu utrzymania aplikacji mobilnej. Pozwoli to na jej sprawną walidację w warunkach klinicznych. ■

O PROJEKCIE

Projekt HORUS został sfinansowany ze środków Ministerstwa Edukacji i Nauki w ramach programu *Inkubator Innowacyjności 4.0*. Łączne dofinansowanie projektu wynosi 100 tys. zł. Program *Inkubator Innowacyjności 4.0* realizuje Centrum Transferu Technologii GUMed w konsorcjum, w skład którego wchodzi: Gdański Uniwersytet Medyczny (lider), Uniwersytet Gdański oraz spółka celowa GUMed – Centrum Innowacji Medycznych.

Celem programu *Inkubator Innowacyjności 4.0* jest wsparcie podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki w realizacji projektów mających na celu zastosowanie wyników badań naukowych w sferze gospodarczej lub społecznej. W ramach projektu naukowcy GUMed mieli możliwość aplikowania o dofinansowania badań B+R, które jest przeznaczone na wykonanie dodatkowych prac przedwdrożeniowych w celu podniesienia stopnia gotowości wdrożeniowej proponowanych wynalazków. Daje to możliwość nawiązania kontaktu z odpowiednimi podmiotami gospodarczymi zainteresowanymi wprowadzeniem danego rozwiązania na rynek.



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego



DR N. HUM. JOANNA ŚLIWIŃSKA

Rzeczniczka prasowa GUMed, kierująca Sekcją ds. Komunikacji

Współautorstwo międzynarodowego badania

Dr Andrzej Hellmann z Kliniki Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej GUMed oraz Centrum Leczenia Raka Tarczycy UCK jest jednym z autorów badania dotyczącego operacji tarczycy w czasie pandemii COVID-19. Praca opublikowana w „The Lancet Diabetes and Endocrinology” (IF 44,867) nosi tytuł *Effect of the COVID-19 pandemic on surgery for indeterminate thyroid nodules (THYCOVID): a retrospective, international, multicentre, cross-sectional study*. W jej przygotowaniu uczestniczyła również studentka V roku kierunku lekarskiego **Aleksandra Taciak**, wymieniona w gronie współpracowników THYCOVID Collaboration Group.

– Projekt miał na celu ocenę opóźnień w diagnostyce i leczeniu raka tarczycy wywołanych pandemią COVID-19. W szczególności skupiono się na zbadaniu wpływu pandemii na liczbę wykonywanych operacji tarczycy w przypadku nieokreślonych guzów tarczycy (w klas. Bethesda III i IV) oraz częstości występowania bardziej agresywnych form raka tarczycy – mówi **dr Andrzej Hellmann**. – W badaniu wzięło udział 87 467 pacjentów ze 157 ośrodków w 49 krajach. Jego wyniki wskazują, że zmniejszenie aktywności chirurgicznej w przypadku nieokreślonych guzków tarczycy w okresie

pandemii COVID-19 mogło prowadzić do zwiększonego występowania bardziej agresywnych form raka tarczycy.

Warto podkreślić, że pomimo pandemii COVID-19 Centrum Leczenia Raka Tarczycy szpitala klinicznego GUMed kontynuowało pracę związaną z kompleksową diagnostyką i leczeniem guzów tarczycy, wykonując najwięcej związanych z nimi operacji w województwie pomorskim. ■

Medas F, Dobrinja C, Al-Suhaimi EA, Altmeier J, Anajar S, Arikan AE, i in. Effect of the COVID-19 pandemic on surgery for indeterminate thyroid nodules (THYCOVID): a retrospective, international, multicentre, cross-sectional study. *Lancet. Diabetes Endocrinol.* 2023;11:402-13. DOI: [10.1016/S2213-8587\(23\)00094-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00094-3)



Dr Andrzej Hellmann

fot. Sylwia Mierzewska/UCK

Czas pełen wyzwań – podsumowanie kadencji dyrektora UCK



JAKUB KRASZEWSKI
Dyrektor UCK

Ostatnie 6 lat to trudny okres zmian w wielu aspektach dotyczących systemu ochrony zdrowia. W tym czasie pojawiły się wyzwania, którym jako największy ośrodek w regionie musieliśmy sprostać. Nowe inwestycje, zmiany w systemie finansowania świadczeń, walka z pandemią – to tylko niektóre z nich. Mimo to jesteśmy liderem, jeśli chodzi o jakość i zakres udzielanych świadczeń, a nasi przedstawiciele mają istotny wpływ na kreowanie ogólnopolskich rozwiązań w zakresie systemu ochrony zdrowia.

W ostatnim czasie wielokrotnie modyfikowano model finansowania świadczeń w oparciu o tzw. ryczałt. Rozwinęła się także formuła pilotażu oraz finansowania bezpośredniego poszczególnych obszarów lecznictwa. Przykładem naszych nowych działań jest pilotaż sieci onkologicznej. Staliśmy się jednostką koordynującą wszystkie procesy związane z siecią, jakie mają miejsce w naszym regionie. Wyzwaniem był również pilotaż sieci kardiologicznej.

Innowacyjne zmiany zaszły także np. w neurologii – powstał projekt trombektomii mechanicznej – czy też w pediatrii – tu rozpoczęliśmy aktywną współpracę w ramach europejskich sieci referencyjnych. Nasza pediatria z jednej strony wykazuje dużą specjalizację, np. w wąskich dziedzinach chorób rzadkich, z drugiej zaś wykonała duży postęp, jeśli chodzi o liczbę przyjmowanych chorych. Na przestrzeni kilku lat nastąpiła zmiana sposobu finansowania pediatrii, który stał się nielimitowany i nieograniczony, co skutecznie wykorzystaliśmy. Dzięki temu mogliśmy zwielokrotnić liczbę przyjmowanych małych pacjentów. Oczywiście te zmiany następują też w innych obszarach, choćby w chirurgii, gdzie pojawił się nowy projekt finansowania walki z otyłością, dotyczący programu KOS-BAR, czyli chirurgii bariatrycznej.

W ostatnich latach nastąpił lawinowy rozwój diagnostyki obrazowej. Podwoiła się liczba udzielanych świadczeń oraz, co za tym idzie, zwiększył się zespół, a także liczba aparatów i urządzeń diagnostycznych, którymi dysponujemy. W tym czasie dynamicznie rozwinął się obszar laboratoryjny, który udało się w pełni zautomatyzować. W tej chwili kończymy

opracowywać system oparty na elektronicznym zleceniu wyników badań. Proces cyfryzacji doprowadzi do wyeliminowania większości błędów laboratoryjnych i trzykrotnego skrócenia czasu oczekiwania na wynik.

System wynagrodzeń

Ostatnie lata to czas dynamicznych zmian, jeśli chodzi o budowanie systemu wynagrodzeń. Chcemy – analogicznie do sposobu, w jaki płaci nam NFZ – rozliczać się z naszymi lekarzami za określoną liczbę świadczeń wykonanych w określonej jakości i w określonym czasie. Zmiany następują również w płatnościach dla naszych pozostałych pracowników. Wiele grup chce się usamodzielnic i pracuje w systemie zadaniowym, tak jak chociażby psychologowie, dietetycy czy fizjoterapeuci. Zmiany zachodzą także w systemie wynagrodzeń pielęgniarek i innych grup zawodowych – w większości zatrudnionych na podstawie indeksowanych umów o pracę. Co roku następują podwyżki; wypłacamy wszystkie świadczenia zgodnie z przyjętym modelem ustawowym.

W ciągu ostatnich 6 lat pracowaliśmy nad podniesieniem kwalifikacji naszych pielęgniarek. Kilkaset osób wzięło udział w szkoleniach podnoszących kwalifikacje formalne, uzyskując tytuł licencjata lub magistra, czy też kwalifikacje zawodowe, kończąc kursy specjalizacyjne. Mamy chyba najlepiej wykwalifikowane pielęgniarki wśród wszystkich szpitali klinicznych, a nawet wszystkich szpitali w kraju. Zainicjowaliśmy także programy stażowe na rzecz rozwoju kadr pielęgniarskich, co pozwoliło pozyskać młodych pracowników. UCK ma jedną z najniższych w kraju średnią wieku pielęgniarek, która wynosi 40 lat, co jest wynikiem o ok. 15 lat mniejszym niż średnia ogólnopolska.

Inwestycje

Szpital dokonał też wielu istotnych modernizacji i remontów. Zbudowaliśmy m.in. nowe laboratorium i zmodernizowaliśmy Bank Tkanek i Komórek. Wyremontowaliśmy obiekty w budynku nr 3, przygotowaliśmy nowy Zakład Radiologii Dziecięcej, dla którego pozyskaliśmy kompletne wyposażenie. Powstał także OIOM dziecięcy, dzięki czemu mogliśmy przyjąć pod nasz dach również chirurgię dziecięcą. Wykonaliśmy kapitalny remont budynku nr 12, środki na ten cel uzyskując częściowo z akcji społecznych. Rozszerzyliśmy także bazę poradni w budynku nr 4 i rozwinęliśmy oddziały dzienne. Poza tym pozyskaliśmy finansowanie na termomodernizację. Uruchomiliśmy trigenerator, który zabezpiecza



20% naszych potrzeb energetycznych, co w obecnej sytuacji na rynku źródeł energii jest dla nas niebagatelną korzyścią. Pozyskaliśmy ponadto dofinansowanie na farmy fotowoltaiczne. W latach 2017-2022 zakupiliśmy sprzęt i wyposażenie szpitala za kwotę 186 mln zł.

Największą inwestycją było wyposażenie i oddanie do użytku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej – wybudowanego przez Gdański Uniwersytet Medyczny. W dwóch etapach przeprowadziliśmy wszystkie kliniki do nowych lokalizacji. To wszystko działo się w czasie trudnych zmian systemowych, rozwijającej się pandemii koronawirusa, a następnie wojny w Ukrainie.

Wyzwania pandemii

W czasie pandemii zorganizowaliśmy nowe przestrzenie dla pacjentów covidowych, których jednocześnie przyjmowaliśmy ok. 100-150. Co najważniejsze, nigdy nie przerwało naszego głównego działania, czyli leczenia chorych, którzy nam uwierzyli i zaufali, w innych obszarach. W efekcie oprócz realizacji świadczeń covidowych wykonywaliśmy swój program leczenia, a co więcej, w 2022 r. zrealizowaliśmy rekordową liczbę świadczeń.

W tym czasie, walcząc z covidem, uruchomiliśmy też pierwszy w Polsce system wymazowy testów w kierunku wirusa SARS-CoV-2. Pozwoliło to na osiągnięcie niespotykanej w kraju przepustowości. Badani byli również wszyscy chorzy przyjmowani do szpitala, dzięki czemu uniknęliśmy wystąpienia ognisk wirusa i zamykania oddziałów na taką skalę, jak miało to miejsce w ościennych szpitalach czy innych miejscach w Polsce. Włączyliśmy się również w program szczepień, których wykonaliśmy ponad 300 tys. Co istotne, uruchomiliśmy punkt szczepień masowych, w którym w ciągu 8 tygodni zaszczepiliśmy prawie 200 tys. osób, co spowodowało, że Gdańsk był najlepiej wyszczepionym miastem w Polsce.

Było to możliwe dzięki temu, że otworzyliśmy się na współpracę ze studentami z różnych kierunków Gdańskiego

Uniwersytetu Medycznego. To z kolei spowodowało, że mogliśmy później uruchomić staże – dodatkowe formy zatrudnienia dla przyszłych absolwentów. Pozyskaliśmy zaprawionych w bojach współpracowników. Jest to sukces, który osiągnęliśmy razem z Uczelnią.

W ostatnich latach rozwijaliśmy bardzo dynamicznie projekt dotyczące badań klinicznych. Jesteśmy szpitalem, który ma największą liczbę zakontraktowanych badań klinicznych. Co roku przekraczamy poziom 100-120 nowych badań. Jesteśmy też aktywni, jeśli chodzi o badania kliniczne niekomercyjne, finansowane z ABM. Przed powołaniem struktur Centrum Wsparcia Badań Klinicznych udało nam się wspólnie z Uczelnią i badaczami złożyć wnioski o przeprowadzenie kilkunastu badań klinicznych w pierwszej i drugiej edycji konkursów ABM.

Sytuacja finansowa

Sytuacja finansowa szpitala jest wyjątkowo dobra na tle pozostałych placówek w kraju. UCK jest płynne finansowo – płaci wszystkie swoje zobowiązania w stosunku do pracowników i kontrahentów. Pomimo zatorów płatniczych, które często występują po stronie płatnika, jesteśmy w stanie finansować naszą działalność. W zasadzie więc udzielamy NFZ kredytu. Kwoty te sięgają blisko 200 mln zł.

Od kilku lat wynik finansowy szpitala jest dodatni. Osiągamy rentowność na poziomie kilku procent, a przychód w 2022 r. wyniósł ponad 1 mld 300 mln zł. Jesteśmy szpitalem, który może pochwalić się najwyższą wartością kontraktu zrealizowanego z NFZ w Polsce – ponad 1 mld 200 mln za zeszyły rok. Liczby mówią same za siebie – w ciągu kilku lat z placówki zadłużonej Uniwersyteckie Centrum Kliniczne stało się jednym z najlepiej funkcjonujących szpitali klinicznych w kraju. Dzięki stabilnej sytuacji UCK może rozwijać się wielopłaszczyznowo i sięgać po innowacyjne rozwiązania, korzystne zarówno dla pacjentów, jak i pracowników. I to jest nasz – mój oraz mojego zespołu – plan na przyszłość. ■

JAKUB KRASZEWSKI



Dyrekcja UCK; od lewej: Piotr Ciborski, Adam Sudoł, dr hab. Tomasz Stefaniak, Hanna Mleczek, Jakub Kraszewski, Anna Lignowska, Dorota Kuzimska, Arkadiusz Lenzion

KALENDARIUM

Sukcesy medyczne	Inwestycje	Nowości organizacyjne	Nagrody, konferencje i inne
2017			
<ul style="list-style-type: none"> • Drugi w Polsce jednoczasowy przeszczep serca i nerki; • najwięcej przeszczepionych nerek w Polsce w 2017 roku – 125; • przeszczepy szpiku – 104 (pierwszy raz przekroczono w UCK 100 przeszczepów w ciągu roku); • pierwsza w Polsce i jedna z niewielu na świecie operacji naprawy zastawki mitralnej u pacjentki w 17. tygodniu ciąży; • pierwsza w Polsce implantacja zestawu do regulacji przepływu na poziomie przedsionków serca (AFR – <i>atrial flow regulator</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> • Powstaje Centrum Medycyny Nieinwazyjnej – inwestycja realizowana przez GUMed; • doposażenie ośrodka leczenia niepłodności w UCK w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (1 941 280,88 zł); • zakup sprzętu za prawie 25 mln zł. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poradnia Chorób Piersi; • Centrum Leczenia Raka Prostaty; • Poradnia Andrologiczna i Diagnostyki Niepłodności – w ramach Programu kompleksowej Ochrony Zdrowia Prokreacyjnego w Polsce; • Poradnia Hipercholesterolemii Rodzinnej. 	<ul style="list-style-type: none"> • III nagroda dla Kliniki Okulistyki – Ranking Szpitali tygodnika „Wprost”; • II miejsce dla Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej w Rankingu Szpitali tygodnika „Wprost”; • osiągnięcie 5. poziomu dojrzałości cyfrowej w 7-stopniowej skali EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model).
2018			
<ul style="list-style-type: none"> • Pierwszy przeszczep wysp trzustkowych; • poród u pacjentki, która zaszła w sposób naturalny w ciążę po leczeniu hormonalnym raka trzonu macicy – jeden z nielicznych (prawdopodobnie drugi) tego typu przypadek w Polsce; • system identyfikacji pacjentów z mechanicznym wspomaganie serca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Przenosiny klinik do budynku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej; • zakup sprzętu za prawie 12 mln zł. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum Chorób Rzadkich; • ponadregionalne Centrum Leczenia Padaczek Lekoopornych z SPS ZOZ „Zdroje” w Szczecinie; • Centrum Chorób Piersi. 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Sukces Roku 2018 w Ochronie Zdrowia – Liderzy Medycyny</i> – wygrana w kategorii Najbardziej innowacyjny szpital w Polsce.
2019			
<ul style="list-style-type: none"> • Pierwszy w Polsce i jeden z nielicznych na świecie zabieg wszczepienia przedsionkowego regulatora przepływów serca przeprowadzony z powodu kardiomiopatii restrykcyjnej, wykonany przez zespół Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca; • maj 2019 r. – 2000. przeszczepiona nerka; • czerwiec 2019 r. – 10. przeszczep płuc; • 2018/2019 – pilotażowy program rehabilitacji hybrydowej, w ramach której pacjenci z problemami o pod- 	<ul style="list-style-type: none"> • Kolejne przenosiny klinik do budynku Centrum Medycyny Nieinwazyjnej; • Strefa Rodzica w Klinikach Neonatologii i Położnictwa; • projekt <i>Zakup sprzętu medycznego dla Centrum Medycyny Nieinwazyjnej w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym</i> (12 mln zł); • projekt <i>Doposażenie Pomorskiego Ośrodka Transplantacji Płuc</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • OIOM Dziecięcy; • Ośrodek Badań Klinicznych Wczesnych Faz; • przy Klinice Położnictwa zaczął działać Uniwersytet dla Rodziców (uzupełnienie opieki okołoporodowej); • w strukturze Kliniki Neonatologii zaczął funkcjonować Bank Mleka Kobięcego; 	<ul style="list-style-type: none"> • Kod innowacji – nagroda za wykorzystanie kodów kreskowych w kategorii Ochrona zdrowia; • wyróżnienie w konkursie Pomorska Nagroda Jakości w kategorii Organizacje publiczne; • Klinika Chirurgii Ogólnej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej wyróżniona certyfikatem Europejskiego Towarzystwa Badań nad Otyłością (EASO) oraz prestiżowym tytułem Centrum Leczenia Otyłości; • inauguracja kampanii <i>Szpital bez papierosa</i>.



<p>łóżu sercowo-naczyniowym korzystają z telerehabilitacji połączonej z jazdą konna oraz nordic walking;</p> <ul style="list-style-type: none"> • pionierska operacja kardiochirurgiczna – implantacja elektrod epikardialnych (nasierdziowych) u dziecka bez wykonywania sternotomii; • 1. miejsce w Polsce wśród ośrodków transplantacyjnych nerek w 2019 r. – 113 przeszczepień; • 2. miejsce wśród ośrodków przeszczepiających płuca w Polsce za w 2019 r. – 12 przeszczepień; • 3. miejsce wśród ośrodków przeszczepiających serca w Polsce w 2019 r. – 16 przeszczepień. 	<p>w <i>Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku</i>;</p> <ul style="list-style-type: none"> • projekt <i>Zwiększenie świadomości wśród społeczeństwa i personelu ochrony zdrowia na temat nowotworów płuc</i>; • termomodernizacja budynku nr 3 z środków Narodowego Funduszu Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej (1 344 071 zł); • zakup sprzętu za ponad 22 mln zł. 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrum Leczenia Nowotworów Otrzewnej; • utworzenie Sekcji Pakietu Onkologicznego; • otwarcie Pokoju Dziennego dla pacjentów odczulanych na jad owadów błonkoskrzydłych – Klinika Alergologii i Pneumonologii. 	 <p>Strefa rodzica</p>
2020			
<ul style="list-style-type: none"> • Pierwszy w Polsce zabieg przeszczepienia płuc u 70-letniego pacjenta; • pierwszy zabieg laseroterapii u noworodka z retinopatią; • skomplikowany zabieg angioplastyki wieńcowej – lekarze z Klinicznego Centrum Kardiologii UCK przy użyciu wysoko zaawansowanego urządzenia Impella CP wykonali zabieg rewaskularyzacji mięśnia sercowego u 70-letniej pacjentki z ciężką niewydolnością serca i rozsianą trójnaczyńową chorobą wieńcową; • trombektomia mechaniczna u pacjentów z koronawirusem; • zespół kardiochirurgów i anestezjologów z UCK przeszczepił płuca 50-latce z płucami nieodwracalnie uszkodzonymi w wyniku zakażenia COVID-19. Była to pierwsza w Polsce transplantacja płuc u pacjenta, u którego podłączone było ECMO w konfiguracji żylna-tętniczej. Pozaustrojowo wspomagane było więc nie tylko oddychanie, ale także krążenie; • specjaliści z Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej UCK przeprowadzili po raz pierwszy zabieg osteosyntezy złamania wyrostka kłykciowego żuchwy z asystą endoskopu; • w UCK ruszył Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pożyczka w wysokości 18 mln zł od Agencji Rozwoju Przemysłu S.A. przeznaczona na robotyzację apteki; • zakup sprzętu za ponad 12 mln zł. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poradnia Chorób Prącia; • Centrum Medycyny Translacyjnej; • wyodrębnienie w strukturze Laboratorium Hematologii Uniwersyteckiego Centrum Medycyny Laboratoryjnej Pracowni Diagnostyki Molekularnej Wirusa SARS-CoV-2; • wprowadzenie zmian organizacyjnych w przyjęciach pacjentów do szpitala i poradni związanych z pandemią SARS-CoV-2; • centrum testowego Covid-19 <i>drive-thru</i> przy Stadionie Energa Gdańsk i <i>walk-thru</i> przy UG; • włączenie do pilotażu sieci onkologicznej; • Centrum Leczenia Raka Tarczycy. 	<ul style="list-style-type: none"> • Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny UCK, został nagrodzony tytułem Menedżera Roku 2019 w Ochronie Zdrowia (Termedia); • Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej i Endokrynologii Ginekologicznej zdobyła pierwsze miejsce w rankingu najlepszych placówek onkologicznych na Pomorzu według Fundacji <i>Alivia</i>; • Klinika Neurologii Dorosłych otrzymała Platynowy Status dla oddziałów udarowych, sprawujących opiekę nad pacjentami z udarami niedokrwiennymi mózgu; • monitoring zdarzeń niepożądanych UCK – system wspierający bezpieczeństwo pacjenta oraz personelu w UCK został nagrodzony w dwóch prestiżowych konkursach medycznych: <i>Liderzy zmian w ochronie zdrowia</i> w kategorii Zarządzanie jakością – zarządzanie bezpieczeństwem pacjenta oraz <i>Bezpieczny Szpital Przyszłości – Inspiracje 2019</i> w kategorii Bezpieczeństwo i redukcja zdarzeń niepożądanych; • wyróżnienie certyfikatem <i>Szpital Dobrej Praktyki Żywności Klinicznego – Leczenie przez żywienie</i>; • <i>Szczepię się bo...</i> – kampania dotycząca szczepień realizowana wspólnie z Uczelnią.



2021

- Zespół z Kliniki Onkologii i Radioterapii przeprowadził po raz pierwszy w historii szpitala zabieg napromieniania całego ciała – TBI (ang. *total body irradiation*);
- w II Klinice Kardiologii i Elektroterapii Serca, po raz pierwszy w naszym szpitalu oraz na terenie północnej Polski, użyto kamizelki defibrującej;
- aktywna i intensywna działalność w zakresie szczepień przeciw SARS-CoV-2 – wykonanie ogółem ponad 300 tys. szczepień;
- dołączenie do europejskich sieci referencyjnych chorób rzadkich – EuroBloodNet (Klinika Hematologii i Transplantologii Dorosłych), ERN ITHACA (Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii oraz Poradnia Genetyczna) oraz ERN ERNICA (Klinika Chirurgii Dziecięcej);
- przeprowadzenie akcji *Zbadaj swoje jądra* przez Zakład Radiologii oraz Klinikę Urologii;
- początek badań przesiewowych pod kątem SMA u noworodków.
- Realizacja działań na rzecz ochrony województwa przed pandemią COVID-19.



Punkt szczepień

- Otwarcie wyremontowanego budynku nr 12, w którym mieści się Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii. W sfinansowaniu prac pomogła Fundacja z Pompą;
- remont pierwszego piętra budynku nr 3 na potrzeby Laboratorium Hematologii (4,5 mln zł);
- przygotowanie i uruchomienie oddziałów covidowych w budynku nr 8 (prawie 34 tys. zł);
- zakup sprzętu za ponad 65 mln zł.

- Centrum Leczenia Raka Jelita Grubego;
- Centrum Diagnostyki i Leczenia Czerniaka Skóry;
- Centrum Diagnostyki i Leczenia Chorób Rozrostowych Plazmocytoz;
- otwarcie największego na Pomorzu punktu szczepień powszechnych;
- Klinika Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży;
- Zespół ds. Projektów i Pozyskiwania Finansowania;
- Centrum Medycyny Snu;
- Centrum Leczenia Raka Jajnika.

- II miejsce w Polsce w rankingu *World's Best Hospitals 2021* („Newsweek”);
- Pomorski Model Zintegrowanej Opieki na zaawansowaną POChP został laureatem polskiej edycji prestiżowego, międzynarodowego konkursu *Wartość w medycynie: Dragon's Grant & Endorsement*;
- projekt BQMM (Business, Quality, Mortality, Morbidity) zwyciężył w IV edycji konkursu *Liderzy Zmian w Ochronie Zdrowia* w kategorii Zarządzanie jakością – zarządzanie skutecznością medyczną (Wolters Kluwer Polska);
- Złoty Medal Uniwersytetu Gdańskiego *Bene merito et merenti*;
- Złoty Medal za zaangażowanie w walkę z COVID-19 przyznany przez Pracodawców Pomorza;
- tytuł Super Lidera Zmian w Ochronie Zdrowia;
- Jakub Kraszewski, dyrektor naczelny UCK, został laureatem Portretów Polskiej Medycyny 2021, konkursu redakcji portalu i magazynu „Rynek Zdrowia” w kategorii Menedżer rynku zdrowia (placówki publiczne);
- nagroda dla UCK w kategorii Rok w transplantacji przyznana w trakcie VII Gali Polskiej Transplantologii;
- *Piknik na zdrowie* w formule online, realizowany wspólnie z GUMed i Hevelianum;
- *Race for the cure* z Fundacją OmeaLife.

2022

- Pierwsza w UCK endoskopowa operacja usunięcia macicy z użyciem robota;
- setny zabieg przecewnikowego zamknięcia uszka lewego przedsionka serca w Pracowni Kardiologii Inwazyjnej UCK;
- urologia – operacje laparoskopowe w asyście robota;
- wykonanie innowacyjnych zabiegów strukturalnych, w tym zabiegów typu Valve-In-Valve z zastosowaniem

- Modernizacja Centralnego Laboratorium Klinicznego;
- wyposażenie podmiotu leczniczego w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i innych chorób zakaźnych – środki przyznane w ramach Programu Operacyjnego

- Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży;
- Samodzielny Zespół Dietetyków;
- Gabinet Psychoterapii Dzieci i Młodzieży w strukturze Samodzielnego Zespołu Fizjoterapeutów;

- I Gala Transplantologii UCK;
- Konferencja *Bezpieczeństwo Pacjenta* we współpracy z Biurem Rzecznika Praw Pacjenta
- dyrektor Kraszewski prezesem Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- projekt *Zintegrowany System Oceny Parametrów Życiowych pacjentów wraz z Zespołem Wczesnego Reagowania na symptomy pogorszenia stanu Pacjenta* został nagrodzony w V edycji konkursu *Zdrowa*

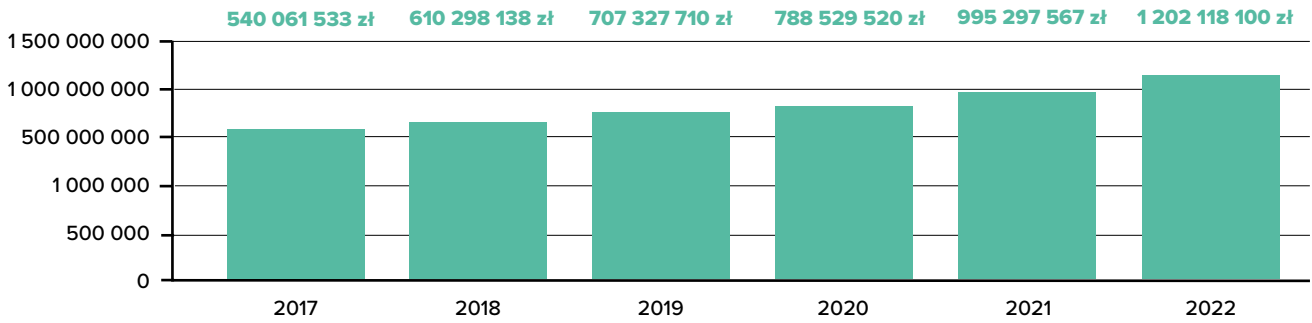
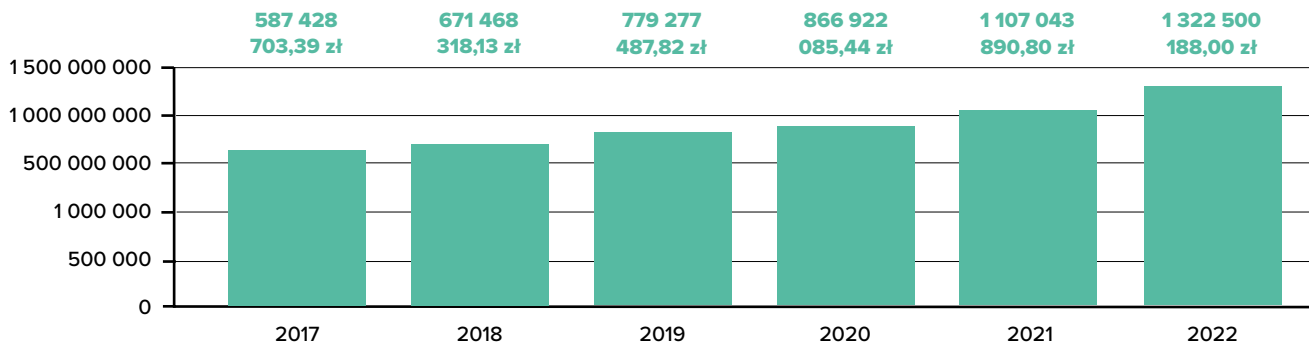
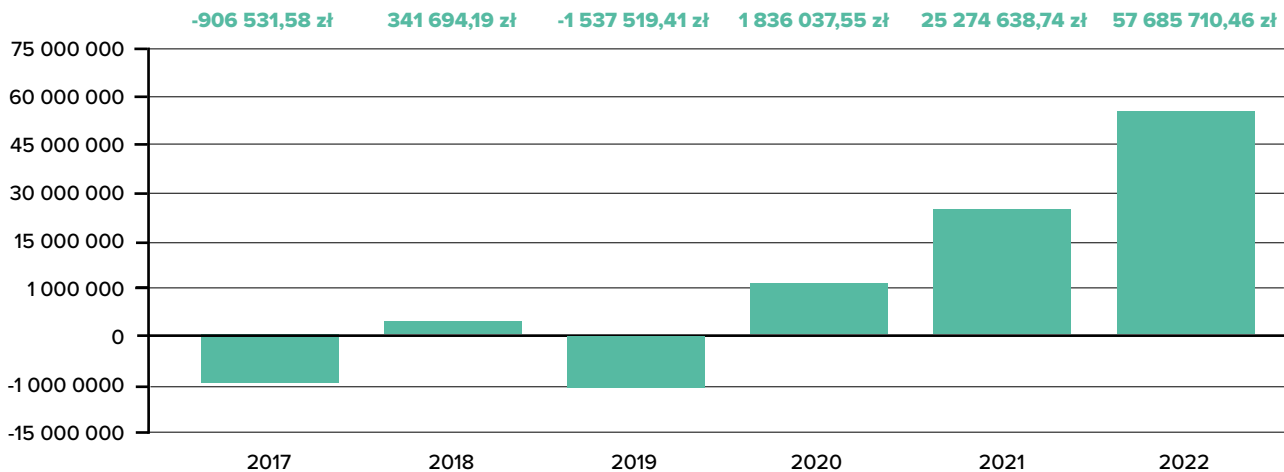


<p>obrazowania 3D przez zespoły kardiologiczne i kardiochirurgiczne;</p> <ul style="list-style-type: none"> • lekarze z II Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca po raz pierwszy na Pomorzu wszczepili pacjentowi stymulator pozbawiony elektrod; • opracowanie nowego standardu opieki fizjoterapeutycznej dla pacjentek rodzących i ginekologicznych leczonych w UCK; • przeprowadzenie tysięcznego zabiegu wszczepienia zastawki aortalnej TAVI w Klinice Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej.  <p>Zabieg małoinwazyjny</p>	<p><i>Infrastruktura i Środowisko</i> (6 mln zł);</p> <ul style="list-style-type: none"> • zakup inwestycyjny dla Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży oraz Laboratorium Hematologii/Pracowni Diagnostyki Molekularnej SARS-CoV-2 – środki przyznane w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 Ministerstwa Zdrowia (2 527 777 zł); • podniesienie poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców – środki przyznane przez NFZ (900 tys. zł); • zakup sprzętu za prawie 50 mln zł. • remont parteru budynku nr 4 (prawie 3,5 mln zł); • zakup i uruchomienie robota do produkcji preparatów niezbędnych do chemioterapii (ponad 2 mln zł). 	<ul style="list-style-type: none"> • Oddział Dzienny w strukturze Kliniki Neurologii Rozwojowej; • podział Kliniki Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej; • Pracownia Mammografii w strukturze Zakładu Radiologii na al. Zwycięstwa 30; • Oddział Dzienny w Klinice Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii; • Klinika Chirurgii Onkologicznej, Transplantacyjnej i Ogólnej. 	<p><i>przyszłość – inspiracje</i> w kategorii Innowacje w szpitalu – medycyna – nowatorskie metody leczenia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • uzyskanie przez UCK certyfikatu <i>Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego – Leczenie przez żywienie</i>; • I miejsce w kategorii Szpitale Kliniczne i Instytuty w rankingu <i>Liderzy zarządzania. Najlepiej zarządzane szpitale publiczne według BFF Banking Group</i>.  <p>Konferencja <i>Bezpieczeństwo Pacjenta</i></p>
---	---	--	--

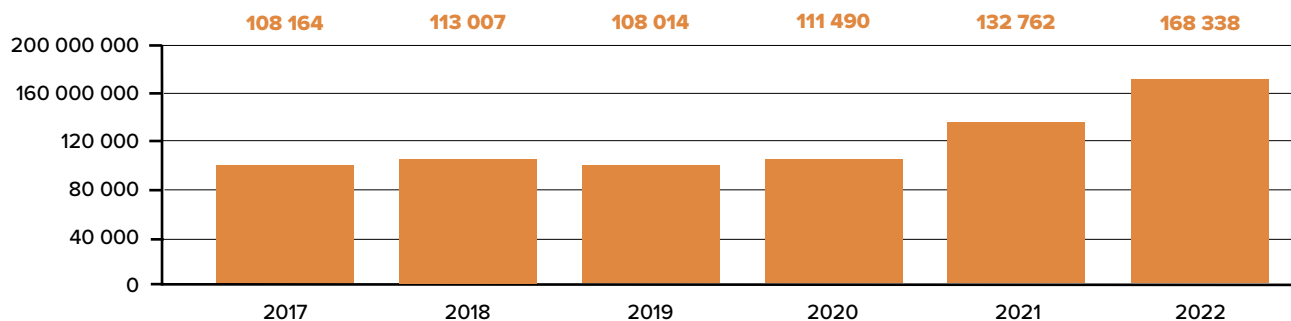
2023

<ul style="list-style-type: none"> • Pierwsze w Polsce operacje robotyczne u dzieci; • 5. na świecie zabieg wszczepienia choremu systemu CroiValve DUO Tricuspid Coaptation Valve.   <p>Przeszczep płuc</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dofinansowanie projektu pilotażowego na przetestowanie modeli telemedycznych opracowanych w ramach predefiniowanego projektu dotyczącego polityki w zakresie telemedycyny i e-zdrowia (choroby przewlekłe POCHP) – dofinansowanie ze Środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2014–2021 i budżetu państwa (3 037 400 zł); • rozwój działalności przeszczepowej płuc w celu zwiększenia dostępności i jakości udzielanych świadczeń – Program Operacyjny <i>Infrastruktura i Środowisko</i> (10,5 mln zł); • montaż paneli fotowoltaicznych na dachu CMI (ponad 650 tys. zł). 	 <p>Operacja z użyciem robota</p>	<ul style="list-style-type: none"> • II Konferencja z RPP <i>Bezpieczeństwo i jakość w ochronie zdrowia</i>; • projekt <i>Hospanel</i> – wygrana w konkursie <i>Start-Up-Med</i>; • <i>Humanizacja procesu leczenia i komunikacja kliniczna</i> – wykład prof. Zbigniewa Izdebskiego i debata, zorganizowane wspólnie z GUMed; • dyrektor Jakub Kraszewski nagrodzony w konkursie Autorytetów Polityki Zdrowotnej w kategorii Manager; • UCK otrzymało nagrodę w kategorii Rok w polskiej transplantacji w konkursie <i>Drugie życie</i> organizowanym w ramach wydarzenia <i>Bieg po nowe życie</i>.
---	--	---	--

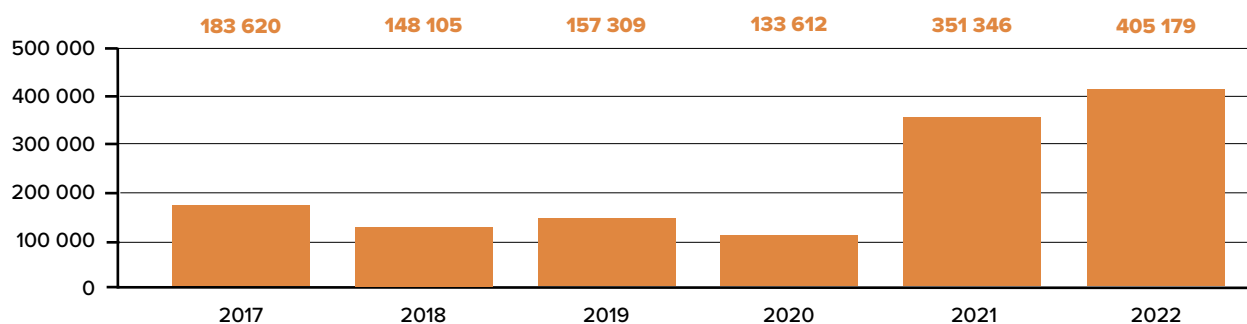


KONTRAKT Z NFZ**PRZYCHODY****WYNIK FINANSOWY**

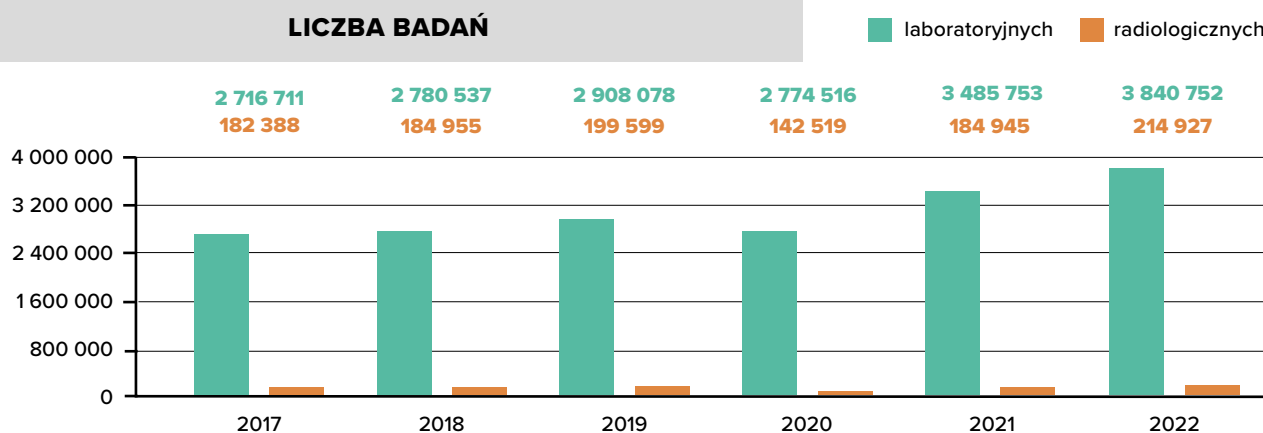
LICZBA HOSPITALIZACJI



LICZBA PACJENTÓW W PORADNIACH AMBULATORYJNYCH



LICZBA BADAŃ



TRANSPLANTACJE	serce	szpik	rogówka	nerka	płuca	wątroba
2017	2	107	90	125	–	–
2018	7	128	79	95	4	4
2019	16	137	72	113	12	11
2020	16	130	80	102	16	52
2021	15	140	72	109	23	42
2022	14	149	65	103	38	49

wykresy – Izabela Szeibelis-Deskiewicz

fot. UCK

oprac. **WIOLETA WÓJCIK**
Zespół ds. Promocji i PR UCK

Muzyczna terapia w UCK

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne po przerwie związanej z pandemią ma przyjemność powrócić do organizacji przedsięwzięć muzycznych dla pacjentów i personelu szpitala. W piątek 24 marca w budynku Centrum Medycyny Inwazyjnej UCK odbył się koncert jazzowy **Alexa Torres Trio** zorganizowany we współpracy z Politechniką Gdańską i Fulbright Polska. Gości i artystów przywitani **Jakub Kraszewski**, dyrektor naczelny UCK, a także **prof. Janusz Nieznański**, prorektor ds. umiędzynarodowienia i innowacji PG. **Alexa Torres Skillicorn** zagrała na skrzypcach, a akompaniowali jej kontrabasista **Michał Bąk** i gitarzysta **Krzysztof Pawłocki**. Wydarzeniu towarzyszyła transmisja na żywo, którą udostępniiono na kanale YouTube szpitala.

Dokładnie miesiąc później, 24 kwietnia, w UCK zagrała Gdańska Orkiestra Akordeonowa *Pulsanti* pod kierownictwem **dr. hab. Pawła Zagańczyka**, inaugurując cykl *aMuz w UCK. Muzyka bez recepty*. Oprócz utworów dynamicznych na szpitalnych korytarzach wybrzmiały również pełne tęsknoty, nostalgiczne kompozycje. Muzyczną niespodzianką było pierwsze w Polsce wykonanie w tym składzie utworu *Ballet Tango Astro Piazzolliego* (oprac. Albert Woelke). ■

aMuz w UCK. Muzyka bez recepty to nowy cykl koncertów, podczas których wykonawcy z Akademii Muzycznej w Gdańsku zaserwują pacjentom i pracownikom UCK muzyczną terapię. Zupełnie bez recepty, bez skierowania i bez kolejki.

MATERIAŁ PRASOWY UCK



Koncert Alexa Torres Trio | fot. Sylwia Mierzewska/UCK

Oferta płatnych badań laboratoryjnych w e-sklepie

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne udostępniło do użytku pacjentów nową platformę sklepu internetowego z ofertą płatnych badań laboratoryjnych, która dostępna jest pod adresem badania.uck.pl.

E-sklep umożliwia zakup pojedynczych badań oraz ich pakietów. Na stronie opublikowano ofertę laboratorium wraz

z pełnym opisem badań, a także wszelkie inne przydatne informacje, np. o tym, jak przygotować się do badania. Klienci e-sklepu są obsługiwani w odrębnej kolejce, przy oddzielnych stanowiskach. W związku z uruchomieniem usługi wydłużono godziny otwarcia laboratorium.

W przyszłości planowana jest rozbudowa e-sklepu o moduły sprzedażowe Samodzielnych Zespołów Fizjoterapeutów, Psychologów i Dietetyków. ■

MATERIAŁ PRASOWY UCK



fot. Sylwia Mierzewska/UCK

Doktoraty i habilitacje

Uchwałę Rady Nauk Medycznych GUMed

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

DR N. MED. MARCIN ANDRZEJ CEYNOWA

Adiunkt; Katedra i Klinika Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu GUMed, praca pt. *Wybrane biomechaniczne i kliniczne czynniki wpływające na poprawę jakości zespolenia i zmniejszające uraz operacyjny w leczeniu złamań bliższego końca kości udowej.*

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

LEK. OLIVER MICHAŁ BUDNER

Starszy asystent; HELIOS Kliniken Schwerin (Niemcy), praca pt. *Ocena przydatności klinicznej fluorescencji błękitu metylenowego w biopsji węzła wartowniczego w raku piersi,* promotor – dr hab. Karol Roman Połom.

MGR AGNIESZKA MARIA DZIENNIK

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Zakład Medycyny Sądowej GUMed, praca pt. *Nieinwazyjna diagnostyka prenatalna zygotywności ciąży bliźniaczych w oparciu o analizę polimorfizmu markerów STR i DIP-STR w DNA pozakomórkowym izolowanym z krwi matki,* promotor – dr hab. Krzysztof Andrzej Rębała.

LEK. PAULINA KATARZYNA FIGARSKA

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Katedra i Klinika Kardiologii Dziecięcej i Wad Wrodzonych Serca GUMed, praca pt. *Analiza parametrów elektrokardiograficznych ze szczególnym uwzględnieniem niemierności oddechowej rytmu serca u zdrowych dzieci w wieku szkolnym,* promotor – prof. Robert Sabiniewicz.

LEK. JOANNA MAŁGORZATA HINC-KASPRZYK

Starszy asystent; Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci, Copernicus Podmiot Leczniczy sp. z o.o. Gdańsk,

praca pt. *Ocena możliwości wykorzystania ultrasonografii płuc u pacjentów Oddziału Intensywnej Terapii dla Dzieci,* promotor – dr hab. Wojciech Jerzy Kosiak, prof. uczelni.

LEK. MONIKA KATARZYNA RACZKOWSKA-GOLANKO

Doktorantka Studiów Doktoranckich; Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca, II Katedra Kardiologii GUMed, praca pt. *Ocena czynników ryzyka wystąpienia migotania przedsionków u pacjentów z ostrym zawałem mięśnia sercowego ze szczególnym uwzględnieniem chorych z pierwszym w życiu napadem arytmii,* promotor – prof. Ludmiła Daniłowicz-Szymanowicz.

LEK. AGNIESZKA BARBARA REY

Była słuchaczka Kolegium Studiów Doktoranckich; Klinika Alergologii, Katedra Pneumonologii i Alergologii GUMed, praca pt. *Ocena przebiegu astmy u kobiet w ciąży,* promotor – prof. Marta Chelmińska, promotor pomocniczy – dr Iwona Damps-Konstańska.

LEK. ANETA SZOFER-SENDROWSKA

Lekarz asystent; Samodzielny Zespół Kardioanestezjologii UCK, praca pt. *Czynniki ryzyka wystąpienia nowego napadu migotania przedsionków u pacjentów dorosłych poddanych operacji kardiochirurgicznej w krążeniu pozaustrojowym,* promotor – dr hab. Maciej Michał Kowalik.

Uchwałę Rady Nauk o Zdrowiu GUMed

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

MGR PAULINA MAGDALENA BUCA

Uczestniczka SSD przy Klinice Medycyny Hiperbarycznej i Ratownictwa Morskiego, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed, praca pt. *Konsultacje telefoniczne z Krajowym Ośrodkiem Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni jako element pierwszej pomocy w wypadkach i niepożądanych zdarzeniach nurkowych,* promotor – prof. Jacek Kot, promotor pomocniczy – dr Daniel Ślęzak. ■

Kadry GUMed

STANOWISKO ADIUNKTA POWIERZONO:

dr n. med. Natalii Kaźmierczak
dr n. med. Katarzynie Skrobisz

ZMIANY NA STANOWISKACH KIEROWNICZYCH W GRUPIE NAUCZYCIELI AKADEMICKICH

Z dniem 24.04.2023 r. funkcję kierownika Katedry i Kliniki Neurochirurgii powierzono dr. hab. n. med. Piotrowi Zielińskiemu.

PRACĘ W UCZELNI ZAKOŃCZYLI:

- mgr Marzena Kata
- lek. dent. Marta Krzemińska
- lic. Joanna Lewkowicz
- mgr Szymon Macioszek
- Nakisa Soltani
- mgr Olga Tovchiga

JUBILEUSZ DŁUGOLETNIJ PRACY OBCHODZĄ:

25 lat dr hab. Marzena Chrostowska

35 lat dr hab. Tomasz Smiatacz

Z GŁĘBOKIM ŻALEM INFORMUJEMY, ŻE

15 MAJA 2023 R. ZMARŁA

PROF. DR HAB. N. MED. BARBARA KRUPA-WOJCIECHOWSKA

Rektor naszej Uczelni w latach 1983-1990, w latach 1970-2000 kierownik II Kliniki Chorób Wewnętrznych, przemianowanej na Klinikę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, dyrektor Instytutu Chorób Wewnętrznych w latach 1970-1981, twórczyni gdańskiej szkoły specjalistów nadciśnienia tętniczego i diabetologii, uhonorowana w 2016 r. godnością doktora *honoris causa* GUMed.

Urodziła się 12 kwietnia 1930 r. w Warszawie, gdzie w czasie II wojny światowej ukończyła szkołę podstawową i dwie klasy gimnazjum na tajnych kompletach. W połowie powstania warszawskiego została wywieziona do Niemiec. W 1949 r. uzyskała świadectwo dojrzałości i rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Jeszcze w okresie studiów, w 1953 r., podjęła pracę jako zastępca asystenta w II Klinice Chorób Wewnętrznych (obecnie Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii), gdzie spędziła całe swoje życie zawodowe, obejmując kolejno stanowiska asystenta (1954 r.), adiunkta (1964 r.) i docenta (1970 r.).

W 1958 r. zdała egzamin specjalizacyjny I stopnia, a w 1964 r. II stopnia z zakresu chorób wewnętrznych. W 1973 r. przy wprowadzaniu nowych specjalności na podstawie doświadczenia klinicznego i dorobku naukowego uzyskała specjalizację z zakresu nefrologii.

AMG ukończyła w 1954 r. Doktorat z zakresu nauk medycznych uzyskała w 1963 r. na podstawie pracy pt. *Ostra martwica rdzenia nerek*. Habilitowała się w 1969 r., w 1978 r. otrzymała tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1989 r. – tytuł profesora zwyczajnego.

Autorka i współautorka ponad 400 publikacji badawczych, a także szeregu publikacji i artykułów dotyczących przemian społecznych i politycznych w Polsce.

Honorowa członkini i eprezes (1990-1994) Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, członkini Międzynarodowego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Amerykańskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Odnaczona Złotym Krzyżem Zasługi (1956 r.), odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, odznaką „Zasłużonemu Ziemi Gdańskiej”, Złotym Odznaczeniem im. Janka Krasickiego (1964 r.), brązowym medalem „Za zasługi dla obronności kraju” (1966 r.), Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1969 r.), medalem „Za zasługi dla Miasta Gdańska”, Medalem 30-lecia PRL (1974 r.), odznaką PCK III stopnia (1975 r.), medalem „Zasłużonemu AMG” (1975 r.), medalem „Zasłużony lekarz PRL” (1978 r.), medalem „Zasłużony nauczyciel PRL” (1978 r.), Orderem Sztandaru Pracy II klasy (1980 r.), Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski (1984 r.), medalem „Zasłużony dla Ziemi Elbląskiej” (1985 r.), odznaką honorową PCK II stopnia (1986 r.), Medalem 50-lecia AMG (1995 r.) oraz Medalem Komisji Edukacji Narodowej (1997 r.). ■

Wspomnienia o prof. Stefanie Metlerze

(1904-1990)

Prof. Stefan Metler urodził się w Sowińcu. Był absolwentem gimnazjum klasycznego w Bydgoszczy, studia medyczne odbył w latach 1924-1931 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Doktoryzował się w 1932 r., a stopień docenta uzyskał dwa lata później na podstawie pracy *Ocena roli łożyska w niezgodności czynnika RH na podstawie badań morfologicznych ze szczególnym uwzględnieniem struktury mikroskopowej kosmka*.

W 1940 r. ożenił się z Emilią Lewandowską, z którą miał trójkę dzieci: Stanisława, dr. nauk medycznych, ginekologa; Tadeusza, dr. nauk technicznych; i Marię, dr. farmacji. Emilia Lewandowska pochodziła z rodziny wielkich polskich patriotów. Ojciec Emilii Zenon Lewandowski, poseł na sejm, był właścicielem wielu aptek w województwie poznańskim, które sprzedął, a za uzyskane pieniądze kupił w Brazylii 76 tys. hektarów ziemi, którą bezpłatnie przekazywał polskim emigrantom.

We wrześniu 1939 r. Stefan Metler, w stopniu kapitana, został zmobilizowany do Wojska Polskiego. Brał udział w wojnie i dostał się do sowieckiej niewoli, z której udało mu się uciec przed wywozem polskich oficerów do Kozielska. Następnie rozpoczął pracę jako ginekolog w Ubezpieczalni Społecznej, a także w Oddziale Położnictwa i Ginekologii Szpitala Miejskiego w Radomiu jako zastępca ordynatora.

W kwietniu 1945 r. został mianowany adiunktem Kliniki Położnictwa i Ginekologii Uniwersytetu Poznańskiego. Na wniosek Rady Wydziału Lekarskiego AMG 15 stycznia 1955 r. Minister Zdrowia powołał doc. Metlera na stanowisko kierownika I Katedry Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG i specjalisty wojewódzkiego w zakresie położnictwa i chorób kobiecych.

25 listopada 1961 r. Rada Państwa powołała doc. Metlera na stanowisko profesora nadzwyczajnego AMG. Obejmując stanowisko kierownika I Kliniki Położnictwa i Ginekologii AMG, doc. Metler stanął przed bardzo dużym wyzwaniem, gdyż klinika znajdowała się w całkowitej dezorganizacji naukowej, dydaktycznej i osobowej. Dzięki mistrzowskiemu zarządzaniu Stefan Metler sprawił, że klinika stała się jednym z najlepszych ośrodków w Polsce.

Postawa Profesora przyczyniła się do uratowania pięcioraczek, które urodziły się z bardzo niską wagą i dużą niedojrzałością.



Prof. Stefan Metler

Jego uporczywe telefony do Ministerstwa Zdrowia spowodowały, że już następnego dnia specjalny samolot transportowy z Kolonii w RFN dostarczył pięć nowoczesnych inkubatorów, których nie posiadała klinika. Był to wielki sukces położniczy, gdyż przypadek porodu drogami naturalnymi pięcioraczek, które przeżyły, był ewenementem nie tylko w Polsce, ale i na świecie.

Do 1971 r. Profesor był kierownikiem I Kliniki Położnictwa i Ginekologii AMG, a po reorganizacji został dyrektorem Instytutu Położnictwa i Chorób Kobięcych AMG i tę funkcję pełnił do momentu przejścia na emeryturę. Dzięki swojej pracowitości i zdolnościom organizacyjnym przyczynił się w znaczący sposób do obniżenia śmiertelności okołoporodowej kobiet i noworodków.

Prof. Metler przez cały okres swojej działalności prowadził wykłady dla studentów i dla lekarzy na licznych kursach dokształcających. Zainteresowania naukowe Profesora były związane z fizjologią i patologią ciąży i porodu oraz wczesną diagnostyką i leczeniem narządu rodowego.

Był autorem 64 prac naukowych opublikowanych w czasopismach krajowych i zagranicznych oraz współautorem podręcznika dla uczniów średnich szkół medycznych. Jego uczniowie akademiccy opublikowali 203 prace naukowe. Wyniki swoich badań przedstawiał na wielu zjazdach i sympozjach krajowych i zagranicznych. Pod jego kierownictwem 23 lekarzy uzyskało stopień naukowy doktora medycyny, a 4 doktora habilitowanego. 42 lekarzy uzyskało drugi stopień specjalizacji z zakresu położnictwa i chorób kobiecych, zaś 2 z zakresu endokrynologii. Wielu jego uczniów objęło stanowiska ordynatorów oddziałów położniczych.

Prof. Metler należał do wielu towarzystw naukowych. Przez 14 lat był przewodniczącym Oddziału Położnictwa i Ginekologii w Gdańsku. W latach 1960-1962 był przewodniczącym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego. W roku 1962 zorganizował w Gdańsku XV Zjazd Naukowy Położników i Ginekologów, w którym uczestniczyło wielu profesorów z zagranicy. Od 1966 r. był przewodniczącym Komisji ds. przeprowadzania przewodów doktorskich z zakresu dyscyplin zabiegowych w AMG, a od 1969 r. przewodniczył Komisji Dyscyplinarnej dla studentów AMG.

Prof. Metler był człowiekiem skromnym, pracowitym i życzliwym oraz bardzo dobrym organizatorem pracy zawodowej,



naukowej i dydaktycznej. Jako kierownik kliniki należał do tych, którzy bez względu na porę dnia i nocy ratowali życie i zdrowie chorych. Prof. Metler skupił wokół siebie zespół lekarzy oddanych choremu i życzliwych względem siebie, cieszył się dużym autorytetem i wniósł znaczący wkład w rozwój naszej Uczelni.

Był wielkim humanistą, nigdy nie był zaangażowany politycznie i jedynie za swe osiągnięcia naukowe, dydaktyczne i zawodowe został uhonorowany wieloma odznaczeniami państwowymi i resortowymi. Były wśród nich: Złoty i Srebrny Krzyż Zasługi, Medal 10-lecia PRL, Krzyż Kawalerski i Oficerski Orderu Odrodzenia Polski, odznaka „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, odznaka honorowa „Zasłużony Ziemi Gdańskiej”, Medal „Zasłużony Akademii Medycznej w Gdańsku” i Medal XXX-lecia AMG.

W czasie mojej działalności zawodowej w Szwajcarii, często wracałem, i wciąż wracam, wspomnieniami do mojej *Alma Mater* i kliniki, w której zdobyłem wykształcenie zawodowe, a którą kierował nasz wychowawca prof. Stefan Metler. Mój kontakt z nim datuje się od III roku studiów, kiedy pełniłem funkcję kierownika programowego klubu Medyk, a prof. Metler był opiekunem klubu z ramienia Senatu AMG. Co miesiąc przedstawiałem program imprez kulturalnych, a Profesor go zatwierdzał i nierzadko zaszczycał nas swoim udziałem w posiedzeniach.

Po studiach i zdaniu egzaminu specjalizacyjnego z anestezjologii otworzyła się możliwość pracy w Klinice Położnictwa i Ginekologii kierowanej przez prof. Metlera, co było moim cichym marzeniem. Profesor poparł moją kandydaturę, gdyż ceniał przygotowanie zawodowe, a ja dysponowałem już specjalizacją z anestezjologii, co było ważne dla działalności kliniki.

I tak zaczęła się moja nowa droga zawodowa. Profesor był życzliwym, ale wymagającym szefem. Ceniał solidną i uczciwą pracę, nie znosił niechlujstwa i lekceważenia obowiązków zawodowych. Każdemu asystentowi wyznaczał kierownika specjalizacji, u którego zdawało się kolokwia z przedmiotu. W moim przypadku popierał prace nad doktoratem z zakresu

Pracowałem w Klinice Położnictwa i Ginekologii AMG pod kierownictwem prof. Stefana Metlera, wielkiego nauczyciela, dzięki któremu uzyskałem I i II stopień specjalizacji z zakresu położnictwa i ginekologii. Zdobyte doświadczenie pozwoliło mi uzyskać stypendium naukowe w klinice w Düsseldorfie (RFN), gdzie dziwiono się, że posiadam tak duże umiejętności praktyczne z zakresu położnictwa i ginekologii. Jak tłumaczyłem, wszystko mogłem zawdzięczać prof. Metlerowi.

Prof. Stefan Metler do końca swoich dni był wzorem lekarza i nauczyciela. Po przejściu na emeryturę w 1974 r. był zawsze zapraszany na naukowe zebrania kliniczne oraz uroczystości związane z nadaniem doktoratów czy przeprowadzaniem przewodów habilitacyjnych.

Co roku 2 września, w dniu imienin Profesora, cały zespół lekarzy z kliniki odwiedzał go w domu i składał życzenia. O wielkości Profesora i randze stworzonej przez niego gdańskiej szkoły położnictwa świadczą listy jego uczniów pracujących poza Polską. ■

PROF. JANUSZ EMERICH

Emerytowany kierownik II Kliniki Położnictwa i Ginekologii

znieczulenia porodowego, w której mogłem połączyć moją wiedzę z anestezjologii i położnictwa.

W tym czasie nasza klinika była wiodącym ośrodkiem w Polsce, jeśli chodzi o operacje ginekologiczne i położnicze. Koleżki z innych ośrodków klinicznych przyjeżdżali do nas na staże specjalizacyjne, aby zapoznać się z naszymi metodami i technikami leczenia. Dzięki temu zdobyliśmy solidne i wszechstronne przygotowanie zawodowe.

Mnie i moim kolegom pomogło ono w karierze zawodowej na Zachodzie, gdzie już po wykonaniu kilku operacji dostałem stanowisko *oberarzta* (adiunkta). Potem nie musiałem się wstydzić rywalizacji z kolegami ze Szwajcarii, gdzie wymogi zawodowe są bardzo wysokie i surowo oceniane, szczególnie w stosunku do obcokrajowców. Dzięki wyszkoleniu praktycznemu i teoretycznemu wyniesionemu ze szkoły prof. Metlera zostałem wybrany ordynatorem kliniki ginekologicznej w Lucernie, ordynatorem szpitala kantonowego w Sarnen, ordynatorem kliniki w Richterswilu oraz członkiem Centrum Leczenia Raka Piersi przy Klinice Bethanien w Zurychu. ■

DR JERZY NIEDŹWIECKI

FMH Gynäkologie und Geburtshilfe, Zurych, Szwajcaria

Prowadzona przez niego w Gdańsku klinika była wiodącym ośrodkiem w Polsce, w którym przychodziło na świat 5-6 tys. noworodków rocznie. Uzyskane pod kierownictwem Profesora doświadczenia i umiejętności pozwoliły mi na podejmowanie pracy na stanowiskach ordynatora w różnych klinikach w Niemczech. ■

DR IRENEUSZ MALOWAŃCZYK

fot. archiwum prywatne

Bremerhaven, Niemcy



Autorytety naukowe GUMed przeciwko dyskryminacji

Kampania *Różni i Równi* jest dobrą okazją do tego, by przypomnieć, że członkowie naszej społeczności akademickiej niejednokrotnie sprzeciwiali się przejawom zachowań dyskryminacyjnych, które były wymierzone m.in. w kobiety czy osoby ze społeczności LGBT+.

List otwarty pracowników naukowych w sprawie wypowiedzi prof. dr hab. Krystyny Pawłowicz

Ponad 200 pracowników naukowych podpisało się pod [Listem](#) odnoszącym się do nieakceptowalnych publicznych zachowań i wypowiedzi prof. Krystyny Pawłowicz z 2012 i 2013 r. skierowanych do osób homoseksualnych i transseksualnych, w tym do pierwszej transpłciowej parlamentarzystki w Europie – Anny Grodzkiej i pierwszego otwarcie deklarującego się jako geja polskiego posła – Roberta Biedronia. Pod listem podpisał się też **prof. Wojciech Biernat** – kierownik Katedry i Zakładu Patomorfologii. Sygnatariusze listu podkreślali, że pogardliwe, wyszydzające i agresywne wypowiedzi nie przystoją samodzielnemu pracownikowi naukowemu, a przede wszystkim przeczą naukowemu etosowi, czyli powinności szerzenia rzetelnej wiedzy. List zawierał także przeprosiny skierowane do społeczności osób nieheteroseksualnych i transpłciowych i wyrażał nadzieję, że uniwersytety będą wkrótce otwarcie zajmowały stanowisko wobec homofobicznych i transfobicznych wypowiedzi swoich pracowników.

Sprawa Margot Szutowicz

27 czerwca 2020 r. w Warszawie przy ul. Wilczej niebinarna aktywistka Margot Szutowicz wraz z innymi działaczami kolektywu „Stop Bzdurom” uczestniczyła w akcji zatrzymania i zaatakowania furgonetki antyaborcyjnej organizacji *pro-life*. Poruszający się po ulicach miasta samochód był narzędziem, które umożliwiło werbalne i wizualne propagowanie homofobicznych haseł łączących osoby LGBT z pedofilią. Spontaniczna akcja była przejawem obywatelskiego nieposłuszeństwa wobec nieskuteczności narzędzi formalnych (zakaz Prezydenta stolicy dotyczący poruszania się po Warszawie zakłócającej spójność mieszkańców ciężarówka została unieważniony przez sąd, a policja odmawiała interwencji).

Działanie aktywistki zostało zakwalifikowane jako czyn chuligański polegający na udziale w zbiegowisku oraz niszczeniu

mienia i zaatakowaniu działacza fundacji *pro-life*. Wyrządzoną szkodę oszacowano na kwotę przekraczającą 6 tys. zł. To właśnie te przyczyny legły u podstaw decyzji o zastosowaniu tymczasowego aresztu dla Margot, egzekwowanej akcją nieumundurowanych funkcjonariuszy, którą podjęto z polecenia Prokuratury Okręgowej, i doprowadzeniem zatrzymanej siłą (w kajdankach i boso) do męskiego aresztu, bez informacji o postawionych zarzutach. Po tym, jak w wyniku wniesienia kaucji Margot została następnego dnia zwolniona, prokuratura wystąpiła o areszt tymczasowy jako środek zapobiegawczy w obawie o utrudnianie śledztwa i podjęcie ucieczki, co skutkowało decyzją o dalszym dwumiesięcznym areszcie.

W efekcie tych działań na początku sierpnia na ulicach Warszawy odbył się protest, na którym doszło do starć z policją i zatrzymania 48 osób. W obronie praw i w wyrazie sprzeciwu wobec represji wymierzonych w społeczność LGBT przedstawiciele środowisk twórczych, z inicjatywy Agnieszki Holland, wystosowali list do szefowej Komisji Europejskiej. Podpisało go kilkadziesiąt osób z całego świata, w tym m.in. Olga Tokarczuk, Margaret Atwood i Pedro Almodóvar. O uwolnienie Margot apelowała także komisarz Rady Europy Dunja Mijatović. Na wydarzenia zareagowali ponadto rektorzy polskich szkół wyższych, którzy wystosowali apel o zaniechanie wypowiedzi stygmatyzujących osoby LGBT+ (przedruk w „[Gazecie GUMed](#)” 2020, nr 8/9, s. 61). W tle sprawy gdański Sąd Okręgowy oddalił powództwo stowarzyszenia Tolerado przeciwko fundacji, która była właścicielem ciężarówka; samochód nadal poruszał się po Warszawie.

Wykorzystując dopuszczalną w kodeksie karnym możliwość poręczenia za osobę aresztowaną przez tzw. osobę godną zaufania, 12 osób o wysokim autorytecie społecznym podpisało się pod takim właśnie poręczeniem, zwracając uwagę na fakt zastosowania środków nieadekwatnych do zarzucanego czynu. Wśród nich znaleźli się **prof. Ewa Jassem** – kierownik Katedry i Kliniki Pneumologii i Alergologii oraz **prof. Jacek Jassem** – ówczesny kierownik Katedry i Kliniki Onkologii i Radioterapii, członek czynny PAU i Academia Europea. Dzięki poręczeniu sąd uchylił areszt tymczasowy dla Margot, zamieniając go na zastoso-

wanie dozoru policji i poręczenie majątkowe w kwocie 7 tys. zł. Na kolejnej stronie zamieszczamy odpowiedzi na pytania związane z tą sprawą, które zadałam prof. Jackowi Jassemowi i prof. Ewie Jassem.



Dlaczego zdecydowali się Państwo na zabranie głosu w sprawie aresztowania Margot Szutowicz?

Był to naturalny odruch wobec krzywdy, jaką wyrządzono tej osobie. Zastosowanie aresztu tymczasowego na dwa miesiące pod zarzutem napaści na ciężaróvkę szerzącą nienawiść wobec osób LGBT było niewspółmierne do tego czynu i wręcz kompromitujące, zwłaszcza w świetle niereagowania na notoryczne ataki na mniejszości płciowe. Przypomnijmy, że sprawa ta oprócz licznych protestów w Polsce wywołała międzynarodowy skandal i postawiła nasz kraj w bardzo złym świetle. Uznaliśmy, że zachowanie Margot było wyrazem bezsilności i rozpaczony wobec istniejącej sytuacji, a decyzja o jej aresztowaniu – próbą tłumienia praw takich osób do wyrażenia sprzeciwu. Jedną z inicjatorek poręczenia, Paula Sawicka, wybitna działaczka opozycji z czasów PRL, przypominała słowa swojego przyjaciela i mistrza Marka Edelmana, który mówił, że trzeba być ze słabymi, niezależnie od tego, kto jest bity, i nie wolno się tego bać.

Jakim echem ta sprawa odbiła się w środowisku medycznym? Jak zareagowali inni medycy?

Lekarze są szczególnie predestynowani do zabierania głosu w tej sprawie, ponieważ najlepiej rozumieją, że odrębności płciowe są zupełnie naturalnym zjawiskiem, a ich wrogię traktowanie – wyrazem ignorancji i ciemnoty. Nasza decyzja spotkała się z życzliwym przyjęciem; kilka osób deklaroowało chęć aktywnego udziału w podobnych społecznych inicjatywach; nie spotkaliśmy się z negatywnymi reakcjami.

Jaki skutek odniosło Państwa działanie?

Wśród 12 sygnatariuszy poręczenia były powszechnie znane i szanowane osoby, m.in. Halina Bortnowska, Maja Komorowska, mecenas Jacek Taylor, księża Adam Boniecki i Alfred



Prof. Ewa Jassem



Prof. Jacek Jassem

Wierzbicki oraz Michael Schudrich, naczelny rabin Polski. Nasza inicjatywa odbiła się zatem dość szerokim echem. Ostatecznie sąd przyjął wniosek obrońców Margot i po trzech tygodniach zwolnił ją z aresztu.

Od momentu podpisania poręczenia minęły ponad dwa lata. Jakie zmiany zaobserwowali Państwo w tym okresie?

Niestety niewiele się zmieniło. Obecny klimat polityczny w Polsce nie sprzyja zmianom na lepsze. Mniejszości płciowe są nadal przedmiotem kpín i dyskryminacji podsycanych przez władze. Sądzimy, że to jest problem, z którym będziemy się zmagać jeszcze długo. Oprócz uregulowania stanu prawnego konieczna jest długotrwała i konsekwentna edukacja społeczna. Przykłady innych krajów pokazują, że takie działania mogą być skuteczne. Nie traćmy nadziei.

fot. archiwum prywatne

Nauka po stronie kobiet i *in vitro*

Emerytowany **prof. Janusz Limon** – wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Biologii i Genetyki GUMed, członek rzeczywisty PAN i członek czynny PAU wielokrotnie zajmował stanowisko wobec ograniczania praw kobiet w wyniku wprowadzania zmian ustawodawczych dotyczących planowania rodziny, ochrony płodu ludzkiego i warunków dopuszczalności przerywania ciąży. Współtworzył i sygnował [Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN nr 5/2020 z dnia 28 października 2020 r. w sprawie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 22 października 2020 r. stwierdzającego niezgodność art. 4a ust. 1 pkt 2 ustawy o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z Konstytucją RP.](#)

Z ramienia Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka wraz z **prof. Jolantą Wierzbą** (ówczesną wiceprzewodniczącą Zarządu PTGC), zatrudnioną obecnie z Zakładzie Pielęgniarstwa Internistyczno-Pediatrycznego, autoryzowali także swoimi podpisami [Stanowisko \[...\] dotyczące zasad i warunków podejmowania indywidualnych decyzji prokreacyjnych w przypadkach pojawienia się wad wrodzonych lub wystąpienia zaburzeń rozwojowych u potomstwa](#) (przedruk w „Gazecie GUMed” 2021, nr 3, s. 49-50).

Prof. Limon ponadto krytycznie komentował stwierdzenia umniejszające godność potomstwa pochodzącego z zapłodnienia pozaustrojowego zawarte w książce prof. Wojciecha Roszkowskiego *Historia i terażniejszość* („Gazeta GUMed” 2022, nr 8/9, s. 28-29).



Popularyzacja nauki w *social mediach*

Lek. Paulina Łopatniuk, zawodowo związana z Katedrą i Zakładem Fizjopatologii, jest najbardziej znaną influencerką naukową wywodzącą się z naszej Uczelni. Jej profil na Facebooku – odpowiednik bloga o tej samej nazwie *Patolodzy na klatce* – obserwuje obecnie 166 tys. osób. Za jego prowadzenie autorka otrzymała w 2019 r. główną nagrodę w kategorii Media w XIV edycji konkursu *Popularyzator Nauki* organizowanego przez Polską Agencję Prasową (serwis Nauka

w Polsce) oraz Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Tym samym zdobyła szerszą popularność, a zatem i liczne przekierowania na jej otwarty [facebookowy profil osobisty](#), na którym *expressis verbis* wyraża swoje stanowisko m.in. wobec powszechnego braku wiedzy umocowanej w nauce, braku zaufania do naukowców, stosowania medycyny alternatywnej, ale także wobec odbierania kobietom praw do decydowania o swojej płodności i dyskryminacji społeczności LGBT. Oto, co lek. Paulina Łopatniuk mówi na temat swojej aktywności w mediach społecznościowych.



LEK. PAULINA ŁOPATNIUK
Katedra i Zakład
Fizjopatologii,
influencerka naukowa

Choć w mediach społecznościowych staram się możliwie starannie oddzielać aktywność *stricte* medyczno-popularyzatorską od kwestii i opinii bardziej prywatnych, jest to możliwe tylko do pewnego stopnia. Jednocześnie moja popularyzatorska aktywność ściąga uwagę także na moje zainteresowania pozablogowe, w tym na zagadnienia z zakresu dyskryminacji kobiet czy społeczności LGBTQ, które rzeczywiście chętnie poruszam.

Trudno mówić o ginekologii, nie zahaczając przy okazji o prawa reprodukcyjne, nie tylko w zakresie najbardziej angażującej media terminacji ciąży, ale też antykoncepcji. Trudno wspominać o chorobach przenoszonych drogą płciową, nie zderzając się z bagażem uprzedzeń i stereotypów dotyczących zarówno płci, jak i orientacji seksualnej. Tymczasem nie jest przecież naszą – lekarską – rolą ani ocenianie chorych, ani narzucanie im swoich przekonań. Nie mamy służyć przewodnictwem duchowym, tego osoby chore szukają wszak gdzie indziej, naszą dziedziną jest medycyna. Praktykowana z dbałością o to, by nasze poczynania bazowały na aktualnym stanie wiedzy medycznej, ten zaś wyznacza możliwie najnowsza literatura fachowa, wyznaczają – tam, gdzie to możliwe – standardy EBM, wyznaczają wreszcie stanowiska i wytyczne towarzystw naukowych. Uczciwość nakazuje przyznać, że trafiają się w naszym środowisku zachowania niepożądane zarówno w kontekście wiedzy, którą się kierujemy i którą przekazujemy, jak i w zakresie zbędnego przekazu ideologicznego.

Nie da się także, omawiając zagadnienia z całego w końcu wachlarza ludzkich patologii, nie zwrócić uwagi na

coraz szerzej poruszane w mediach nierówności w zakresie uwagi poświęcanej przez nauki medyczne zagadnieniom dotyczącym zdrowia kobiet. Dla przykładu bazujące na statystykach i obserwacjach płci męskiej modele chorób traktowane są jako standard populacyjny, co powoduje trudności diagnostyczne i terapeutyczne – trudno o przykład szerzej kojarzony niż objawy zawału serca u kobiet. Wiemy z badań, że mimo najlepszych niekiedy chęci jako grupa zawodowa posługujemy się uprzedzeniami i uproszczeniami – stereotypy płciowe odgrywają kluczową rolę w ocenie poziomu bólu; ten kobiecy bywa statystycznie istotnie niedoszacowywany. Nadal też kobietom zaleca się ciężę jako lekarstwo na wiele dolegliwości. Dzieje się tak mimo niestosowności wkroczenia w cudze wybory reprodukcyjne i przy braku potwierdzenia sensu podobnych porad w danych naukowych (znakomitym przykładem jest endometrioza, przy której podobne sugestie są tak częstym zjawiskiem, że doczekały się analiz naukowych).

Nie sposób też, nie tylko mówiąc o medycynie, ale też będąc częścią środowiska medycznego, nie zauważać zjawisk dyskryminacyjnych obecnych w naszej zawodowej codzienności. Kobiety nadal napotykają przeszkody w dostępie do niektórych specjalizacji lekarskich i w praktykowaniu ich – najgłośniejszą mową o tym chirurżki, acz nie jest to jedyna działka, której problem dotyczy. Nadal jesteśmy – niezgodnie z prawem – pytane podczas rekrutacji o plany reprodukcyjne czy stosunki rodzinne. Wciąż zderzamy się z molestowaniem, stereotypami i seksistowskimi żartami. Te zresztą bolączki codzienności zbliżają cisplciowe lekarki do osób ze środowisk medycznych będących jednocześnie częścią społeczności LGBTQ.

Trudno wreszcie w obliczu obfitości opisywanych przypadków medycznych nie natrafić na takie, które dotyczyć będą osób ze społeczności LGBTQ i w związku z tym będą wymagać dodatkowej wiedzy (niejednokrotnie nieuwzględnianej bądź obecnej skąpo w toku naszej edukacji) i szczególnej wrażliwości – mowa w końcu o grupach mniejszościowych, dotkniętych na różnych polach dyskryminacją i obciążonych rozlicznymi stereotypami – tymczasem często i my powielamy bezmyślnie te stereotypy.



O ile w kwestiach dotyczących kobiet jestem – jako cisplciowa kobieta – na właściwym miejscu w swoich publicznych wypowiedziach, o tyle w stanowiskach odnośnie do osób LGBTQ czuję się zobowiązana do pewnej ostrożności jako li tylko sojuszniczka, osoba spoza społeczności („nic o nas bez nas” głosi popularne hasło i zapewne bardziej adekwatny byłby tu głos lekarza czy lekarki z grona LGBTQ właśnie). Dbam o zdobywanie i aktualizowanie wiedzy, zwłaszcza okołomedycznej, w temacie, jednocześnie jednak staram się pozostawać otwarta na głosy osób ze środowisk, których ta wiedza dotyczy; nie tylko słuchać postulatów, ale też w miarę możliwości je implementować. Wydaje się to niezbędne w naszej pracy – nie tylko ze względów etycznych. Jeśli nie one, powinny skłaniać nas do tego aspekty czysto pragmatyczne – nie pomożemy chorym, jeśli nie będziemy z nimi w stanie współpracować, a nie będziemy, jeśli będziemy ignorować ich potrzeby, choćby na tym najprostszym i najmniej wymagającym – a nierzadko przez grona medyczne ignorowanym – poziomie, czyli preferowanej terminologii. To szczególnie dokuczliwe dla osób transplciowych. Przeszarżała terminologia, niezalecana przez gremia specjalistyczne – tak polskie (np. Polskie Towarzystwo Seksuologiczne), jak i międzynarodowe – nierzadko straszy i w oficjalnych przekazach, i w kontakcie bezpośrednim. To sprawy, które mimo jednoznacznych wytycznych mogą się wydawać drobiazgami, póki nie posłuchamy głosu samych zainteresowanych. Poszanowanie tożsamości płciowej osoby i adekwatne odnoszenie się do niej już na poziomie języka – imion, gramatyki *etc.* – to wszak minimum, które nic nas nie kosztuje. A – idąc krok dalej – znajomość standardów i zaleceń fachowych nie jest uprzejmością z naszej strony, lecz obowiązkiem zawodowym.

Rada Upowszechniania Nauki (RUN) Polskiej Akademii Nauk, której jestem członkinią, opublikowała osobne stanowisko w sprawie sposobu komunikacji naukowej dotyczącej tożsamości płciowej, zalecając szczególną ostrożność i unikanie uproszczeń i stereotypów. W dużej mierze jego treść dotyczy także i naszej aktywności zawodowej i edukacyjnej, i to nie tylko w zakresie transplciowości.

RUN podkreśla, że „etyczny sposób komunikacji zwiększa ludzką wartość i godność poprzez wspieranie prawdomówności, uczciwości, odpowiedzialności, integralności osobistej oraz szacunku dla siebie i innych”.

Jako lekarze i lekarki mamy szczególne zobowiązania w tym względzie z uwagi na naszą wiedzę fachową i ze względu na to, że stykamy się z ludźmi w sytuacjach wyjątkowo wrażliwych. Ten wycinek swojej aktywności medialnej, o którym wspomniałam, traktuję po części jako przedłużenie tych zobowiązań. Wydaje mi się ważne, by lekarze i lekarki nie tylko zdobywali i aktualizowali wiedzę, ale też przekazywali ją ogółowi. Zresztą ta wiedza budzi zainteresowanie i pozytywny odzew, a wraz z nią rozpowszechniany jest dodatkowy przekaz – świadomość, że środowisko lekarskie może być otwarte na osoby spoza branży, że słucha, odpowiada i okazuje troskę, wydaje się cenna w czasie kryzysu zaufania do naszego zawodu. Nie zawsze rozumieją to koledzy i koleżanki po fachu, choć zwykle i tu spotykam się z przyjęciem jeśli nawet nie zawsze ciepłym, to przynajmniej niekoniecznie wrogim.

Sądzę, że trochę brakuje lekarskich głosów w dialogu społecznym w kwestiach wrażliwych. Jasne, nie uczy się nas, jak taki dialog prowadzić, a system i jego organizacja nam tego nie ułatwiają – nie mamy czasu ani innych zasobów, ale warto. Potrzebujemy dyskusji o prawach człowieka, potrzebujemy debat o dyskryminacji i grupach dyskryminowanych, w tym LGBTQ, z tej zaś grupy najbardziej zapewne o transplciowości, bo osoby trans to część społeczności, podlegająca największej medykalizacji, jednocześnie zaś w największym stopniu dotknięta skutkami dyskryminacji, także w zakresie niełatwego niekiedy dostępu do niezbędnej opieki medycznej. Kodeks etyki lekarskiej mówi, że mamy „według najlepszej swej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic [...], mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek”. Jeśli nie będziemy rozmawiać, nie będzie to możliwe.

fot. archiwum prywatne

Zaprezentowane przykłady to wybrane, najgłośniejsze w przestrzeni medialnej aktywności reprezentantów naszej Uczelni w obronie praw osób i grup dyskryminowanych. Nie można jednak pominąć faktu, że liczni naukowcy, pracownicy GUMed i lekarze UCK angażują się w prace wielu fundacji i zespołów dbających o prawa dyskryminowanych społeczności (nie tylko pacjenckich), a także w prace senackich oraz rektorskich komisji zajmujących się problemem równego traktowania. ■

oprac. **MAŁGORZATA OMILIAN-MUCHARSKA**
Redaktorka naczelna „Gazety GUMed”

Jedną z ostatnich ważnych inicjatyw było zabranie głosu przez reprezentantów 47 ambasad i przedstawicielstw dyplomatycznych z siedzibą w Warszawie w obronie osób LGBT+ w Polsce. Swoje poparcie dyplomaci wyrazili w [liście otwartym](#), który został przygotowany z okazji przypadającego 17 maja Międzynarodowego Dnia Przeciw Homofobii, Transfobii i Bifobii. Tego dnia w 1990 r. Światowa Organizacja Zdrowia wykreśliła homoseksualizm z listy chorób. Warto dodać, że Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne zrobiło to jeszcze w latach 70.



Transprzyjazny gabinet



EMILIA WIŚNIEWSKA

Fundacja Trans-Fuzja



JULIA KATA

Prezentujemy Państwu artykuł, który, jak mamy nadzieję, pozwoli Państwu na podniesienie stanu wiedzy, rozwieje wiele wątpliwości i pomoże sprawić, by Państwa usługi i gabinety były jeszcze bardziej transinkluzywne. Cieszymy się, że w naszym kraju są specjaliści_stki, którzy_re zauważają potrzebę podnoszenia swojej wiedzy i jednocześnie zauważają potrzeby osób transpłciowych, które trafiają lub mogą trafić do Państwa gabinetów.

Perspektywa, jaką Państwu prezentujemy, może w wielu kwestiach odbiegać od informacji dotyczących transpłciowości, z jakimi spotkać się Państwo możecie w publikacjach naukowych. Wynika to z naszej chęci przybliżenia języka psychologii czy medycyny do języka, jakim o sobie mówią same osoby transpłciowe. Same osoby transpłciowe mają pogłębione rozumienie siebie i są ekspertami_tkami w temacie tego, kim są. Specjaliści_stki mogą im towarzyszyć w drodze do życia w zgodzie ze swoją tożsamością i w radzeniu sobie z trudnościami wynikłymi z postrzegania i traktowania osób trans w społeczeństwie. [...]

Nasze rozumienie sytuacji i potrzeb osób transpłciowych chcemy zintegrować z aktualnym stanowiskiem nauki, wyrażonym m.in. w:

- standardach opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i różnorodnych płciowo opublikowanych przez Światowe Stowarzyszenie Specjalistów (_tek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) – [SOC-8](#);
- [zaleceniach](#) Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego (PTS) dotyczących opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych;
- najnowszym wydaniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ([ICD-11](#)) Światowej Organizacji Zdrowia;

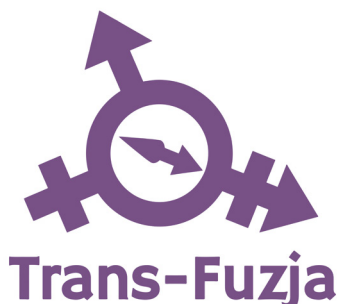
- [stanowisku](#) PTS dot. sytuacji społecznej, zdrowotnej i prawnej osób transpłciowych;
- kryteriach diagnostycznych zaburzeń psychicznych (wersja [DSM-5](#)) Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Zanim osoba trans trafi do gabinetu, czyli nie tylko usługa się liczy

Osoby transpłciowe często dużo uwagi poświęcają znalezieniu odpowiedniego dla siebie gabinetu, przychodni czy kliniki. Zapoznają się z opiniami o specjalistach_stkach w internecie, zasięgają rady innych osób z transpłciowej społeczności, starają się jak najwięcej dowiedzieć o osobie, która ma je wspierać w procesie tranzycji czy prowadzić psychoterapię.

Z perspektywy tego, jak wyglądają doświadczenia osób transpłciowych w kontaktach ze specjalistami_stkami, jest

to niestety aż nazbyt uzasadnione podejście. Niezrozumienie, wyśmiewanie, podważanie tożsamości to sytuacje, z jakimi osoby trans konfrontują się, niestety, także w miejscach, które powinny być od nich wolne ze względu na to, że pełnią funkcję wspierania osoby transpłciowej w radzeniu sobie z takimi doświadczeniami.



Rejestracja na wizytę czy badanie nie jest tylko nieznaczącym dodatkiem do samej świadczonej usługi medycznej.

Jest to często pierwszy kontakt z placówką i dla osoby transpłciowej stanowi on wskazówkę co do tego, jak może przebiegać sama wizyta czy badanie. Potraktowanie w transfobiczny sposób, misgenderowanie* czy *deadnaming*** osoba trans może zasadnie odczytać jako zapowiedź podobnego przebiegu samej wizyty czy badania – i co za tym idzie do kontaktu ze specjalistą_stką podchodzić z ostrożnością i nieufnością. Recepcja i rejestracja są swoistą wizytówką całej placówki. →

* Zwracanie się do osoby transpłciowej z użyciem form językowych niepasujących do jej tożsamości płciowej i do tego, co osoba komunikuje o swoich zaimkach i imieniu.

** Zwracanie się do osoby transpłciowej imieniem zapisanym w dokumentach po urodzeniu, nieodpowiadającym jej tożsamości i innym od imienia przez osobę używanego.

Ważną kwestią jest to, pod jakimi danymi osoba trans figuruje w wewnętrznej dokumentacji placówki. Często osoby transpłciowe spotykają się z odmową zwracania się do nich danymi używanymi oraz z tłumaczeniem konieczności używania danych z dokumentów brakiem możliwości prawnych. Niekiedy w takiej sytuacji brakuje po prostu życzliwości i empatii. Rozwiązaniem tego problemu może być umieszczenie dodatkowej rubryki w formularzu rejestracyjnym. Pozwala to używać później (np. przy zapisach na kolejne wizyty) już tylko danych używanych. Powinny być one wskazane jasno jako te, którymi powinien zwracać się do osoby transpłciowej cały personel placówki. [...]

Podstawowa wiedza na temat zwracania się do osób transpłciowych powinna być częścią kompetencji zawodowych personelu placówki medycznej.

Informacje ważne dla wszystkich specjalistów_stek

Osoby transpłciowe korzystają z usług medycznych i pomocy psychologicznej w różnych sytuacjach – w ramach procesu korekty medycznej, ale także w związku z innymi, niezwiązanymi z tranzycją problemami zdrowotnymi. Niekiedy transpłciowość ma przy tym znaczenie, czasem zaś jest kompletnie niezwiązana z tym, z czym osoba trans przychodzi do gabinetu. W jednym i w drugim przypadku obowiązywać powinny pewne podstawowe zasady dotyczące kształtowania komunikacji z osobą trans jako pacjentem_tką, udzielania wsparcia, świadczenia usług i wykonywania badań. I choć osoby trans w roli pacjentów_tek mają swoje specyficzne potrzeby, to mówimy tutaj o zasadach, które należy respektować w kontakcie z każdym_ą pacjentem_tką – odpowiednio odniesionych do sytuacji osób trans. [...]

Osoby transpłciowe przychodzą do gabinetów z różnymi sprawami – m.in. tymi związanymi z tranzycją, ale także w związku z doświadczanym brakiem akceptacji,

dyskryminacją, zinternalizowaną transfobią, stresem mniejszościowym, depresją, sprawami dotyczącymi ich relacji romantycznych i seksualnych, relacji z rodziną i innymi bliskimi osobami.

Osoby transpłciowe są grupą z wysokimi statystykami myśli i prób samobójczych oraz samookaleceń. Wynika to z doświadczanego braku akceptacji (zwłaszcza transfobii w rodzinie, dotyczącej nastoletnie osoby transpłciowe), przekonania o braku perspektyw na poprawę swojej sytuacji życiowej (dyskryminacja ze względu na tożsamość płciową, utrudnienia dostępu do medycznej korekty płci), skali transfobicznej przemocy, trudności w budowaniu ważnych relacji, w których osoba mogłaby w pełni być sobą, a także doświadczanej dysforii płciowej, gdy osoba nie znajduje sposobów na poradzenie sobie z nią.

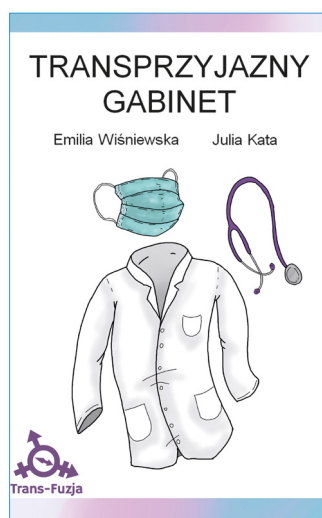
Praca z osobami bliskimi osób transpłciowych

Bliscy osób transpłciowych mogą mierzyć się z trudnościami i często trafiają do gabinetów, licząc na wsparcie, zrozumienie i uzyskanie odpowiedzi na trudne pytania. Osoby bliskie osób trans często próbują szukać cienia złudnej nadziei, że może jednak bliska im osoba okaże się nie być trans – należy w takiej sytuacji przedstawić im rzetelne informacje o transpłciowości, kładąc akcent na to, że tożsamość płciowa nie podlega zmianie

czy negocjowaniu, a praktyki takie jak tzw. „terapia konwersyjna/reparatywna” są nieskuteczne i co więcej – nieetyczne i głęboko krzywdzące. Podtrzymywanie iluzji oddala osobę bliską od zaakceptowania tożsamości osoby transpłciowej i jej potrzeb, ale też wpływa negatywnie na samą osobę bliską.

Dla rodziców czy opiekunów osoby transpłciowej moment otrzymania pozwu w sprawie o ustalenie płci może być trudny, nawet jeśli akceptują swoje dorosłe transpłciowe dzieci – występowanie w ten sposób przeciwko własnym rodzicom jest stabiizowane i mogą oni potrzebować wsparcia i bezpiecznej przestrzeni do przyjrzenia się swoim emocjom i obawom. Często zdarza się, że osoba bliska, która z początku jest akceptująca, widząc postępy w procesie tranzycji osoby transpłciowej, zmienia postrzeganie sytuacji i podejmuje próby sabotowania tranzycji – poprzez

perswazję, negatywne komentarze dotyczące wyglądu czy szans osoby trans na udane życie, a w przypadku rodziców i opiekunów prawnych – poprzez utrudnianie postępowania w sprawie o uzgodnienie płci. Taki zwrot akcji może być bolesnym zaskoczeniem dla osoby transpłciowej i zarówno ona, jak i jej osoby bliskie będą przy tym potrzebować wsparcia, towarzyszenia w przemyśleniu sytuacji i ułożeniu na nowo



Emilia Wiśniewska, Julia Kata, *Transprzyjazny gabinet*, Fundacja Trans-Fuzja, Warszawa 2021.



relacji pomiędzy nimi. Dla osób bliskich dobrze prowadzone poradnictwo psychologiczne czy psychoterapia z elementami psychoedukacji mogą być bardzo pomocne w budowaniu sojuszniczej postawy. Łatwiej też będzie zrozumieć im dzięki takiemu wsparciu, ile dla osoby transpłciowej znaczą przełomowe momenty w jej życiu – *coming outy*, odkrywanie, jaka ekspresja płciowa jej odpowiada, postępy w tranzycji.

Często rodzice i opiekunowie mają poczucie, że tylko oni na całym świecie są w takiej sytuacji. Ważny jest tutaj kontakt z coraz lepiej zorganizowaną społecznością rodziców i bliskich osób transpłciowych. Można w tym celu dołączyć do spotkań grup wsparcia prowadzonych w Fundacji Trans-Fuzja bądź przez kontakt z nami uzyskać informację o tym, gdzie można spotkać innych rodziców i bliskich, którzy będą w stanie najlepiej zrozumieć rodzinę w podobnej sytuacji.

Czasami dla osoby transpłciowej najlepszym rozwiązaniem jest całkowite zerwanie kontaktu z nieakceptującą i/lub przymocowaną rodziną. Taka decyzja jest zwykle trudna – wymusza na osobie trans przełamanie społecznej normy, towarzyszą jej często wyrzuty sumienia, wzmacniane przez samą rodzinę („nie masz dla mnie za grosz wdzięczności”, „nie tak cię wychowałam”, „chcesz zabić babcię?”), dodatkowo często idzie za nią konieczność szybkiego usamodzielnienia się. Specjaliści_stki powinni_y w tej sytuacji wspierać osobę transpłciową w podjęciu najlepszej dla niej decyzji, którą czasem jest właśnie zerwanie tych relacji i rezygnacja z prób ich naprawiania.

Błędy, których stanowczo należy unikać w pracy z osobami transpłciowymi:

- kwestionowanie tożsamości, zasiewanie wątpliwości: „jesteś pewna, że jesteś trans?”, „a może ci przejdzie?”, „ale nie wyglądasz zbyt męsko”;
- *gatekeeping* – uzależnianie wystawienia diagnozy potwierdzającej transpłciowość od spełnienia przez osobę trans nierealistycznych oczekiwań dotyczących ekspresji płciowej, mówienia o swoim doświadczeniu transpłciowości w określony sposób („nienawidzę swojego ciała”), wpasowania się w archaiczne wzorce i role płciowe;
- stosowanie tzw. „terapii konwersyjnych/reparatywnych”, niemających nic wspólnego z terapiami prowadzonymi w rzetelny, etyczny i zgodny z wiedzą naukową i specjalistyczną sposób, oparty o przyjmowane aktualnie w kręgach specjalistycznych metody. Postępowaniem niewłaściwym i nieetycznym jest także namawianie osoby transpłciowej do rozpoczęcia takiej „terapii” czy samo prezentowanie transpłciowej_mu pacjentce_ntowi „terapii konwersyjnej/reparatywnej” jako możliwej ścieżki postępowania
- negowanie istnienia niebinarności – wielu specjalistów wychodzi z założenia, że wszystkie osoby transpłciowe mocno identyfikują się z jedną z dwóch binarnie rozpoznanych płci, a osoby niebinarne traktują jako „niezdecydowane” bądź ich niebinarność postrzegają jako lęk przed podjęciem działań w kierunku tranzycji – i to w sytuacji,

gdy wiele osób niebinarnych także potrzebuje medycznej korekty płci (dostosowanej do ich potrzeb) czy prawnego uzgodnienia płci;

- wzbudzanie albo wzmacnianie wyrzutów sumienia z powodu chęci bycia sobą – „wiesz, co robisz swoim bliskim?”;
- straszenie nieodwracalnymi konsekwencjami tranzycji zamiast rzetelnego informowania zgodnie z modelem światowej zgody;
- bazowanie na nieaktualnym stanie wiedzy, nielicującym z dzisiejszymi standardami i wiedzą naukową o transpłciowości;
- „testowanie” determinacji osoby chcącej dokonać tranzycji – poprzez intencjonalne misgenderowanie;
- stosowanie archaicznej metody „testu realnego życia”. Nie jest to żadne narzędzie diagnostyczne, które by coś mówiło o tożsamości płciowej osoby zmuszonej do przejścia przez taki test, lecz tortura polegająca na wymuszeniu na osobie funkcjonowania społecznego w zgodzie z jej tożsamością;
- stosowanie teorii przywiązania, zwanej też teorią zerwanej więzi, tłumaczącej transpłciowość chęcią spełnienia oczekiwań rodzica odnośnie do płci dziecka;
- wiązanie transpłciowości z traumatycznymi wydarzeniami z życia, problemami zdrowia psychicznego czy zróżnicowanym rozwojem cech płciowych (interpłciowością);
- zwracanie się do osoby *deadname'em*, dopóki nie zmieni danych w dokumentach, przekonywanie rodziców, że nie powinni zwracać się do osoby jej imieniem używanym;
- mylenie tożsamości płciowej z orientacją seksualną i/lub romantyczną. Znany historie, w których specjalista stwierdził, że osoba nie jest transpłciową kobietą, tylko „bardzo kobiecym gejem”;
- nadmierne przedłużanie procesu tranzycji, żądanie przeprowadzenia niepotrzebnych badań i testów;
- dezawuowanie trudnych doświadczeń osoby transpłciowej, przerzucanie na nią winy za doświadczaną przemoc czy dyskryminację – co w oczywisty sposób zniechęca osobę do dzielenia się informacjami o sobie i podważa zaufanie do specjalisty_stki;
- występowanie z pozycji autorytetu – w sytuacji, gdy największą ujmą dla autorytetu specjalisty_stki jest jego_jej własny brak profesjonalizmu i empatii;
- nieinformowanie osoby transpłciowej o tym, jakie znaczenie mają wykonywane procedury, badania, testy w procesie diagnozy;
- zadawanie niepotrzebnych pytań dotyczących bardzo intymnych spraw niemających związku z transpłciowością albo sprawą, z którą osoba transpłciowa trafia do gabinetu (zwłaszcza pytania o życie seksualne). Sytuacje takie są częste i często służą jedynie zaspokojeniu ciekawości specjalisty_stki bądź wynikają z jego_jej braku wiedzy o tym, jakie kwestie powinien_nna uwzględnić w swojej pracy z osobą transpłciową. Dla osoby transpłciowej pytania wkraczające bez potrzeby w jej sprawy prywatne stanowią przekroczenie granic i poczucia bezpieczeństwa, a ponadto mogą stwarzać wrażenie, że od udzielenia odpowiedzi na nie zależy np. otrzymanie pożądanego przez osobę diagnozy.



Jak powinno wyglądać podejście do transpłciowego_wjej pacjenta_tki?

To po stronie specjalisty_stki leży stworzenie osobie transpłciowej warunków, w których może ona podzielić się sprawą, z którą przychodzi do gabinetu, swoimi obawami, niepewnościami oraz kwestiami, które mogą być dla niej trudne i niekomfortowe, ale dla specjalisty_stki mogą być ważne w procesie wsparcia, leczeniu czy diagnozie.

Zwracanie się do osoby transpłciowej imieniem używanym i z użyciem odpowiednich zaimków jest fundamentalne dla budowania zaufania i okazania elementarnego szacunku. [...]

W pracy z osobami transpłciowymi ważne jest uwzględnienie specyfiki sytuacji tej grupy – doświadczanej transfobii, dyskryminacji, mikroagresji i stresu mniejszościowego, które stanowią czynniki wpływające na sytuację i kondycję psychiczną osoby trans.

Umniejszanie powagi trudności, z jakimi spotyka się osoba transpłciowa, świadczy o braku zrozumienia, wykorzystywaniu pozycji władzy i ignorowaniu specyficznych uwarunkowań życiowych osoby.

Polemizowanie z doświadczeniami osoby trans i towarzyszącymi jej przy nich odczuciami i emocjami jest pośrednim deprecjonowaniem samej osoby – dla osób trans dzielenie się swoimi historiami, także tymi trudnymi, jest ważne dla budowania pozytywnego obrazu siebie jako osoby świadomej swojej wartości, praw i potrzeb. [...]

Osoby trans mogą z powodzeniem układać sprawy w swoim życiu, budować pozytywny obraz siebie i poczucie własnej sprawczości. Rolą specjalistów_stek jest tutaj zapewnianie pozytywnego wzmocnienia, towarzyszenie osobie transpłciowej nie tylko w trudnych momentach, ale i w dobrych chwilach – w celebrowaniu postępów w tranzycji, układania relacji z bliskimi, realizacji planów edukacyjnych i zawodowych.

Personel pielęgniarski

Nie tylko lekarze_rki, psychologdy_żki i terapeuci_tki mogą w swojej pracy spotkać osoby transpłciowe. Ważne jest włączenie również personelu pielęgniarskiego, który jest równie ważnym filarem opieki medycznej nad osobami transpłciowymi, w szkolenia czy wzmacnianie kompetencji. [...] Osoby transpłciowe często korzystają z pomocy tegoż personelu przy wykonywaniu iniekcji preparatów hormonalnych lub w trakcie pobytu na oddziale. Ich empatia i zrozumienie są kluczowe dla dobrostanu osób transpłciowych. Obawa przed transfobicznymi komentarzami i mikroagresjami podczas procedur medycznych oraz sama sytuacja pobytu, na przykład w szpitalu, mogą być poważnym stresorem dla osób transpłciowych. W przypadku pobytu w szpitalu osoba transpłciowa w roli pacjenta_tki ma więcej styczności z personelem pielęgniarskim niż z personelem lekarskim. Oznacza to, że pielęgniarki_rki mają duży wpływ na to, jakie warunki pobytu na oddziale będzie mieć osoba trans. [...]

Umieszczenie osoby transpłciowej w sali jednoosobowej lub zapewnienie w inny sposób możliwie najbardziej komfortowych warunków znacząco ogranicza możliwość doświadczania wyżej wymienionych sytuacji. Personel pielęgniarski często ma lepszy wgląd w codzienne życie placówki takiej jak szpital niż lekarze_rki – dlatego pielęgniarki_rki są w stanie lepiej zaobserwować trudności związane z pobytem w szpitalu, jakich doświadcza osoba transpłciowa, i mogą służyć wsparciem, zapobiegać transfobicznemu traktowaniu przez innych_e pacjentów_tki lub na nie reagować.

Pobyt w szpitalu to często czas głębszego i mocniejszego kontaktu ze swoim ciałem, w większym stopniu, niż tego chcemy. Dla osoby transpłciowej może to oznaczać nasilenie odczuwania dysforii, zwłaszcza w sytuacji, w której sam pobyt na oddziale, a tym bardziej różne procedury medyczne oznaczają wystawienie na spojrzenie innych osób, nawet jeśli są to specjaliści_stki opieki zdrowotnej. Dlatego też procedury medyczne, zwłaszcza te wymagające rozebrania się, powinny być przeprowadzane z dużym wyczuciem i zrozumieniem.

Tranzycja

Tranzycja (korekta płci) jest procesem, który osobę transpłciową prowadzi w stronę funkcjonowania społecznego i życia w zgodzie ze swoją tożsamością. Dla osób transpłciowych, które się na nią decydują, jest przełomowym okresem w życiu.

Postępy w tranzycji mają przełożenie na dobrostan psychiczny osoby transpłciowej, zadowolenie z życia, a także realizację planów życiowych związanych z edukacją czy pracą. Dzięki tranzycji osoba transpłciowa może łatwiej funkcjonować w sytuacjach życia codziennego – podczas załatwiania spraw urzędowych, spotykania się ze znajomymi czy przechodzenia kontroli dokumentów na lotnisku. Równocześnie tranzycja jest procesem, w którym osoby transpłciowe napotyka



trudności, np. na etapie medycznej korekty płci, gdy wygląd osoby znacznie odbiega od wizerunku z dokumentów. Gdy osoba transpłciowa zaczyna funkcjonować w zgodzie ze swoją tożsamością, często z jej życia znikają ważne osoby, które tego nie akceptują – ale równocześnie może spotkać na swojej drodze nowych ludzi, którzy stworzą dla niej nowe, akceptujące otoczenie społeczne. Wiele osób transpłciowych, które mają za sobą medyczną korektę i prawne uzgodnienie płci, zaczyna nowe życie w innym miejscu, by zostawić za sobą swoją transpłciową przeszłość. [...]

Tranżycję rozpatrywać możemy w trzech aspektach: społecznym, medycznym (medyczna korekta płci) i prawnym (prawne uzgodnienie płci). [...] Aspekty tranżycji są powiązane ze sobą. Dla większości osób transpłciowych tranżycja społeczna jest pierwszym krokiem w stronę życia po swojemu. U części osób sama tranżycja społeczna zupełnie zaspokaja ich potrzeby, inne osoby transpłciowe potrzebują także tranżycji w aspekcie medycznym i/lub prawnym. Efekty medycznej tranżycji i uzgodnienia płci prawnej stanowią duże ułatwienie dla osoby transpłciowej w jej funkcjonowaniu społecznym w zgodzie ze swoją tożsamością.

W tym miejscu chcemy jeszcze wspomnieć o teście realnego życia, który wymienialiśmy już wcześniej jako jeden z błędów popełnianych przez specjalistów_stki. Stosowanie tego narzędzia stanowi torturę, a zarazem nic nie mówi o tożsamości danej osoby i jej możliwości adaptacji do nowego funkcjonowania społecznego. Osoba transpłciowa powinna mieć kontrolę nad tym, jak wygląda jej tranżycja społeczna – przed kim się outuje, jak kształtuje swoją ekspresję płciową, jakim imieniem chce się przedstawiać. Sama osoba może najlepiej ocenić, co będzie dla niej najlepsze. Tymczasem test realnego życia stanowi wymuszenie na osobie transpłciowej funkcjonowania, które bez efektów choćby hormonalnej terapii zastępczej i/lub bez wymiany dokumentów może być dla niej niekomfortowe, trudne i potencjalnie niebezpieczne. Dodatkowo, wymusza to na osobie transpłciowej zmierzenie się ze swoją zinternalizowaną transfobią, która stanowi dużą przeszkodę w oswojeniu się ze swoją nową ekspresją zgodną z tożsamością i w kształtowaniu pozytywnego obrazu siebie. Trudności, jakie napotyka osoba w trakcie testu realnego życia, wynikają nie z nieodnalezienia się w nowym funkcjonowaniu społecznym, tylko z wystawienia osoby przez specjalistę_stkę na dyskryminację, przemoc i doświadczanie transfobii. Nie jest to sytuacja „naturalna” dla osoby transpłciowej, ale nieludzki eksperyment. Wymuszone funkcjonowanie społeczne w zgodzie ze swoją tożsamością nie jest dopasowane do potrzeb osoby i jej umiejętności oraz możliwości radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi w danym momencie – i stąd test realnego życia jako narzędzie diagnostyczne jest całkowicie bezwartościowy.

W warunkach polskich medyczna korekta płci jest powiązana z prawnym uzgodnieniem płci – w znakomitej większości przypadków, specjalistyczna diagnoza jest wymagana do rozpoczęcia postępowania o ustalenie płci w sądzie. Nie jest to

dobre rozwiązanie, bowiem relacja specjalista_stka–pacjent_tka, która powinna być zbudowana wokół przebiegu medycznej korekty płci, jest dodatkowo naznaczona jej wpływem na przebieg postępowania sądowego.

Wiele lepszym rozwiązaniem byłoby oparcie się na zasadzie samostanowienia, która przez kolejne kraje przyjmowana jest jako podstawa procedur medycznych i prawnych. W jej duchu to osoba transpłciowa ma najpełniejszą wiedzę o tym, kim jest. W przypadku prawnego uzgodnienia płci zastosowanie zasady samostanowienia polega na przyjęciu procedury nie sądowej, lecz administracyjnej, opartej na oświadczeniu woli osoby, bez potrzeby przedstawiania dokumentacji medycznej. W odniesieniu do medycznej korekty, zasada samostanowienia oznacza, że specjaliści_stki towarzyszą osobie transpłciowej w jej odkrywaniu siebie i podejmowaniu decyzji o procedurach medycznych, które osoba chce przejść – przy równoczesnym zastosowaniu modelu świadomej zgody, czyli pełnego informowania o możliwych pozytywnych i negatywnych następstwach procedur takich jak hormonalna terapia zastępcza czy zabiegi chirurgiczne.

Wielu specjalistom_kom brakuje wiedzy o tym, jak należy postępować w przypadku diagnoz krzyżowych u osoby transpłciowej. Osoby trans mogą doświadczać różnych problemów psychicznych – ale nie oznacza to, że w nich należy dopatrywać się źródła tożsamości tych osób. Diagnozy krzyżowe same w sobie nie są też przeszkodą w rozpoczęciu tranżycji – istotna natomiast jest tutaj ocena kondycji psychicznej osoby i tego, jak doświadczane przez nią problemy i trudności związane ze zdrowiem psychicznym wpływają na jej zdolność do radzenia sobie z trudnościami pojawiającymi się w procesie tranżycji. Warto pamiętać, że zła kondycja psychiczna może być pokłosiem dysforii i doświadczanej ze względu na transpłciowość dyskryminacji i przemocy – i to właśnie tranżycja może być skuteczną drogą do poprawy stanu i funkcjonowania osoby transpłciowej. Również neuro różnorodność nie jest podstawą do utrudnienia osobie transpłciowej tranżycji – neuro różnorodność i transpłciowość mogą współwystępować i dla osoby transpłciowej mogą być ważne w jej drodze do pełnego zrozumienia i akceptacji siebie.

Część specjalistów_stek występuje w roli biegłych sądowych powoływanych przez sąd w trakcie postępowania o ustalenie płci. Częstą praktyką przy sporządzaniu przez nich opinii jest wypytywanie osoby transpłciowej o najbardziej intymne szczegóły z jej życia, w tym także życia seksualnego. Tymczasem biegły_a powinien_nna się skupiać tylko na kwestiach związanych z transpłciowością. Należy też pamiętać, że opinie biegłych, zawierające często detaliczne informacje o zachowaniach i fantazjach seksualnych osoby transpłciowej, trafiają nie tylko do sądu, ale i do jej rodziców czy opiekunów prawnych, mających prawo wglądu do akt jako strona w sprawie. Oznacza to naruszenie prawa osoby transpłciowej do prywatności i powinno to być dla biegłych wskazaniem, że opinia dla sądu powinna koncentrować się na samej



transpłciowości osoby składającej pozew o ustalenie płci, a nie jej życiu intymnym i seksualnym.

Poza tranzycją

Osoby transpłciowe korzystają z opieki medycznej nie tylko w związku z medyczną korektą płci. Przeziębienie, choroby przewlekłe, złamana noga – również z takimi problemami osoby transpłciowe przychodzą do placówek służby zdrowia.

Wiele osób trans korzysta z psychoterapii oraz pomocy specjalistów_stek z zakresu seksuologii. Trudności, z jakimi przychodzą, to brak akceptacji w swoim otoczeniu, dyskryminacja, stres mniejszościowy, zinternalizowana transfobia, wpływ dysforii płciowej na życie seksualne. Ważne, aby terapeuta_tka miał_a świadomość tego, w jak dużym stopniu problemy te mogą wpływać na codzienne życie osób transpłciowych. Bycie osobą trans w społeczeństwie tak mocno naznaczonym transfobicznymi postawami, jak społeczeństwo polskie, oznacza permanentną ekspozycję na stresory – dlatego wielu osobom transpłciowym trudno w ogóle pomyśleć o satysfakcjonującym życiu, w którym nie będą im na co dzień towarzyszyły obawy o swoje fizyczne bezpieczeństwo czy stabilność finansową i zawodową. Idzie często za tym głębokie poczucie braku perspektyw na poprawę swojej sytuacji. Terapeuta_tka powinien_nna dużą wagę przykładac do pozytywnego wzmocnienia i budowania poczucia sprawczości w radzeniu sobie z doświadczanymi trudnościami.

Dla osób transpłciowych w trakcie medycznej korekty płci psychoterapia może być bardzo ważna i pomocna. Wszyscy_tkie specjaliści_stki zaangażowani_e w proces tranzycji mają wpływ na to, czy i w jaki sposób osoba transpłciowa będzie mogła zrealizować swoje plany związane z tranzycją i życiem po tranzycji. Oznacza to, że wiele w życiu osoby trans od nich zależy. Równoległe z medyczną korektą płci uczęszczanie na regularną psychoterapię pozwala osobie transpłciowej przyjrzeć się przebiegowi procesu tranzycji, porozmawiać o swoich obawach czy trudnych kwestiach w relacjach ze specjalistami_stkami bezpośrednio zaangażowanymi w proces tranzycji. W ramach psychoterapii osoba transpłciowa może porozmawiać o swoich problemach bez obawy, że będzie to miało wpływ na otrzymanie diagnozy czy recepty na preparaty hormonalne.

Doświadczana przez wiele osób transpłciowych dysforia płciowa może mocno wpływać na życie seksualne – zadowolenie z seksu, doświadczanie swojego ciała, otwartość na rozmowę z osobami partnerskimi o swoich potrzebach. Częstym doświadczeniem osób transpłciowych doświadczających dysforii jest poczucie, że nie mogą w seksie spełnić potrzeb i pragnień swoich oraz osoby partnerskiej – rzutują na to głęboko osadzone w naszym społeczeństwie przekonania na temat tego, jak powinien wyglądać seks. Specjaliści_stki mogą pomóc w odczarowaniu zinternalizowanych wyobrażeń o seksie niepasujących do potrzeb osoby trans, rozwijaniu komunikacji interpersonalnej w relacjach romantycznych i/lub

seksualnych oraz przyglądaniu się zależności między medyczną korektą płci a życiem seksualnym.

Praktyka pracy specjalistycznej z osobami transpłciowymi powinna być wolna od stereotypowego postrzegania osób trans w kontekście ekspresji płciowej, relacji romantycznych i seksualnych, orientacji seksualnej i romantycznej, relacji z rodzicami i bliskimi. W praktyce pracy specjalistów_stek nie powinno być miejsca na tłumaczenie czyjejs tożsamości płciowej wydumaną „modą na transpłciowość”. Owa praktyka pracy nie powinna też być naznaczona własnymi przekonaniami specjalistów_stek stawianymi ponad wiedzą naukową – np. zapatrywaniem politycznymi i społecznymi, przekonaniami religijnymi czy też raczej transfobią uzasadnianą religią. W momencie, gdy stereotypy czy własne nienaukowe przekonania wkładają się do gabinetu, nie może on być dobrym, bezpiecznym miejscem dla osoby transpłciowej – wysłuchując wypowiedzianych przez specjalistę_stkę stwierdzeń naznaczonych mylnymi wyobrażeniami, osoba trans przestaje liczyć na otrzymanie wsparcia, które byłoby dla niej rzeczywiście pomocne. Co więcej, taki przekaz od specjalistów_stek może stać się kolejnym problemem, z jakim osoba trans będzie musiała się konfrontować. A przecież do specjalistów_stek idziemy z myślą o poprawie swojej sytuacji czy zapewnieniu sobie lepszego funkcjonowania na co dzień, nie zaś po to, by narażać się na kolejną sytuację, w której będziemy zmuszone_eni do wysłuchiwania nieprofesjonalnych czy transfobicznych wypowiedzi. ■

EMILIA WIŚNIEWSKA
JULIA KATA

Artykuł jest skróconą wersją broszury: E. Wiśniewska, J. Kata, *Transprzyjazny gabinet*, Fundacja Trans-Fuzja, Warszawa 2021. Wydawcy dziękujemy za zgodę na przedruk.

Zachęcamy do zapoznania się z innymi publikacjami w tym temacie:



[Otwórzmy drzwi. Przewodnik o zdrowiu osób LGBTI dla pracowników ochrony zdrowia](#)



[Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej](#)



Osoby transpłciowe i niebinarne o oczekiwaniach względem systemu ochrony zdrowia

Według raportu nt. sytuacji społecznej osób LGBT+ za lata 2019–2020 wśród osób z tej społeczności, których orientacja seksualna lub tożsamość płciowa była znana pracownikom ochrony zdrowia, z gorszym traktowaniem spotykały się najczęściej osoby trans (48%). Badane osoby mówiły w tym kontekście m.in. o odmowie wykonania zabiegu, niestosownych żartach ze strony personelu medycznego czy traktowania ich partnera_ki jako osoby obcej.

Dyskryminacja w ochronie zdrowia to problem, z którym osoby LGBT+, szczególnie transpłciowe i niebinarne, spotykają się niestety bardzo często. Aby uświadomić ich potrzeby, zapytaliśmy osoby studenckie z GUMed i z innych uczelni, a także członków_inie ich rodzin o to, „czego oczekują od lekarza_rki podczas wizyty”. Pytanie zadaliśmy za pośrednictwem anonimowego formularza na zamkniętej grupie wsparcia na Facebooku. Oto odpowiedzi, jakie uzyskaliśmy:

”

Od lekarza_rki oczekuję przede wszystkim szacunku, okazywanego m.in. poprzez stosowanie mojego imienia oraz odpowiednich zaimków. Ważne jest też, aby lekarz cokolwiek wiedział o osobach transpłciowych i procesie tranzycji – często boję się powiedzieć lekarzowi, że przyjmuję testosteron, ponieważ nie wiem, jak zareaguje. Nie chcę tego ukrywać, ponieważ wiem, że może to być istotne w kwestiach medycznych, a jednak obawiam się, że lekarz albo zrzuci wszystkie problemy zdrowotne na testosteron, albo zacznie zadawać niepotrzebne i osobiste pytania. Coraz więcej ludzi decyduje się na medyczną tranzycję, więc myślę, że dość ważne jest, aby lekarz miał wiedzę na ten temat. Mile widziane są tęcze znaczniki lub naklejki – daje mi to znać, że mogę lekarzowi powiedzieć o mojej transpłciowości.

Jules, transpłciowa osoba niebinarna, student GUMed

”

Podstawowego szacunku, wysłuchania i niepodważania tego, że jestem transpłciowy. Przyznania się, że nie ogarnia, jeśli nie ogarnia, bo to jest OK – nie każdy wszystko wie. Oczekuję też, żeby był_a otwarta_y na nowe rzeczy. W idealnym świecie każdy zadawałby drugiej osobie pytanie, jak się do niego_jej zwracać i jakich zaimków używać, więc jeśli komuś nie grają dane z karty [pacjenta] z wizerunkiem, to fajnie o to zapytać. Bardzo mnie męczą komentarze na temat moich blizn na klatce po mastektomii i rekonstrukcji, tym bardziej że wizyty u lekarzy nigdy ich nie dotyczą (są po prostu różowe, widoczne, bo moje ciało potrzebuje więcej czasu

na proces gojenia). Od lekarza oczekuję pomocy w kwestii, z jaką się do niego zgłaszam, a nie monologu o tym, czego powinienem używać na blizny (bez pytania czy coś stosuję), żeby nie były takie „okropne”.

wiadomość anonimowa

”

Podstawowej empatii, jak większość pacjentów. O to niestety bywa trudniej, niż powinno. Chęci rozwoju w zakresie opieki nad osobami trans. Żeby nie robił_a teatryku z bycia trans. Żeby nie został położony w szpitalu na sali z kobietami, „bo wszyscy współpacjenci muszą wiedzieć, jakie masz genitalia”. Szczególnie, jak ktoś jest po sądowej zmianie danych. Nie, argument z wartościami referencyjnymi badań biochemicznych nie jest istotny, bo dane, jakie trzeba brać pod uwagę, znajdują się w wytycznych World Professional Association for Transgender Health. Podstawową nomenklaturę też by się przydało zmienić (kwiatek był, że lekarz nazwał trans chłopca „pacjentką, która była transpłciowym mężczyzną”). Żeby nie zwalali wszystkich przypadłości medycznych na to, że bierzemy hormony. Żeby mówili „transpłciowość”, a nie „transseksualizm”. W skrócie – rozumu i godności człowieka i lekarza.

student

”

Oczekuję, że lekarz przede wszystkim podejzie do mnie profesjonalnie, czyli bez uprzedzeń. Niedaleko mi do kobiety, ale do końca się nią nie czuję. Wolę raczej postrzegać się



jako osobę, która jest w „damskiej” formie. Nie przeszkadza mi, gdy lekarz zwraca się do mnie per pani, bo mimo swojej niebinarności funkcjonuję w społeczeństwie jako kobieta. Jednak zdarzyły się mi sytuacje, w których lekarz przekroczył pewne granice przyzwoitości jeśli chodzi o kwestie językowe i nie zachował się neutralnie i wyrozumiałe w stosunku do mnie. Chciałabym, aby lekarz zapytał o moje imię, a nie tylko wyczytał je z karty, oraz zweryfikował, jak chcę, by się do mnie się zwracano. Miałam sytuacje u terapeuty, który stwierdził, że moje imię brzmi dziwnie i nie pasuje mu tak do mnie mówić, a nie może mówić na ty. Jako pacjentka chciałabym się czuć komfortowo, a nie siedzieć jak na szpilkach, zastanawiając się, czy mogę powiedzieć „wolę Mattie, mam dziewczynę”.

Mattie, Śląski Uniwersytet Medyczny

”

Używania preferowanego imienia i zaimków, profesjonalnego podejścia, czyli niezrzucania wszystkiego na moją transpłciowość, dostępności cen i terminów.

Aki, niebinarna osoba trans męska

”

Jestem rodzicem 8-letniej trans dziewczynki i oczekuję zwykłego szacunku dla mojego dziecka, ogarnięcia, że do dziecka, które przychodzi w sukience, nie zwracamy się męskim imieniem. Na korytarzu w przychodni naprawdę nie trzeba mówić „pani SYN”, wystarczy „pani dziecko”.

**Ania,
mama transpłciowej Ewy**

”

Po pierwsze przestrzegania zasad kultury i etyki! Dodatkowo respektowania używanych zaimków i nazw części ciała. Pochylenia się nad osobą pacjentką i jej problemami. Okazywania należytego szacunku. Otwartego i empatycznego podejścia i chęci jej zrozumienia. Co bardzo ważne – aktualizowania swojej wiedzy specjalistycznej! ■

**R, osoba niebinarna,
student Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego**

oprac. **SYMON GRZESIK**
Student II roku kierunku lekarskiego
YELIZAVETA NIKITSINA
Studentka III roku kierunku lekarskiego



Porozmawiajmy o transpłciowości

Z seksuolożką **Martą Magott** rozmawiają **Szymon Grzesik** i **Yelizaveta Nikitsina**

Na czym polega Twoja praca?

Przede wszystkim pracuję w gabinecie prywatnym oraz w poradni prawno-psychologicznej stowarzyszenia Tolerado. Konsultuję i przyjmuję osoby z szerokim spektrum tożsamości LGBTQIAP+, jednak największą grupę moich pacjentów stanowią osoby transpłciowe i niebinarne.

Głównym celem terapii jest wzmocnienie tych osób oraz pomoc w odkrywaniu ich tożsamości, czasami także orientacji. Dodatkowo zajmuję się sporządzaniem opinii psychologiczno-seksuologicznych. Są one wykorzystywane w procesie sądowym, a także przekazywane lekarzom kom pierwszego kontaktu, psychiatrom kom i endokrynologom_żkom przez



MARTA MAGOTT

Psychoterapeutka, seksuolożka, aktywistka na rzecz praw człowieka, asystentka edukacyjna dzieci pochodzenia romskiego, członkini zarządu Stowarzyszenia Tolerado oraz wieloletnia koordynatorka trójmiejskich Dni Równości i Marszy Równości.

fot. archiwum prywatne

osoby chcące rozpocząć proces tranzykcji. W niektórych przypadkach taka opinia jest konieczna.

Jakie obawy mają najczęściej osoby, które do Ciebie przychodzą?

Trudno opowiedzieć o tym choć w skrócie. Najczęściej jest to wykluczenie ze strony rodziny, niezrozumienie, hejt. Czasami osoby te podchodzą lękowo do swojej tożsamości, często również do swojej orientacji. Jeśli są jeszcze dziećmi czy nastolatkami, boją się niezrozumienia ze strony dorosłych, np. lekarzy_rek. Oczywiście mają też obawy związane z rozpoczęciem terapii hormonalnej. Ich największym zmartwieniem jest jednak to, czy zostaną zrozumiane i zaakceptowane przez świat.

Coraz częściej słyszy się, że widoczność osób transpłciowych negatywnie wpływa na dzieci i ich tożsamość. Oczywiście nie zgadzamy się z tym stwierdzeniem, jednak chcielibyśmy zapytać, co o tym sądzisz?

Również słyszałam wiele takich opinii. Niektórzy twierdzą, że transpłciowość czy niebinarność to wymysł, co absolutnie nie jest prawdą. Po prostu żyjemy w czasach, w których coraz więcej osób ma odwagę przyznać się do swojej tożsamości i do tego, kim naprawdę są. To nie ma negatywnego wpływu, wręcz przeciwnie – daje nam zdolność do otwartego mówienia o sobie i o tym, jak się czujemy. Ale tak, można uznać, że ten „problem” jest teraz o wiele bardziej medialny niż kiedyś. Coraz więcej osób ma też odwagę powiedzieć: „Czuję się tak i tak, jestem tą osobą i chcę zrobić wszystko, aby żyć jako ja”. Tworzymy przyjazne środowisko, w którym można o tym pomyśleć. Poruszamy temat transpłciowości czy niebinarności w filmach i serialach, dajemy przykłady w mediach, mówią o tym politycy_czki i celebryci_tki. Osoby w szkołach zaczynają rozmawiać na ten temat, często można znaleźć nauczyciela_kę, który_a tworzy wspierające otoczenie. Im więcej o tym mówimy, tym więcej osób nabiera odwagi.

W 2018 r. transpłciowość usunięto z Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Mimo tego w Polsce proces uzgadniania płci jest bardzo skomplikowany. Jak Twoim zdaniem powinien wyglądać?

Tak, jest bardzo skomplikowany. Po pierwsze osoba musi być pełnoletnia, żeby formalnie i prawnie zacząć proces tranzykcji. Musi pozwać swoich rodziców o to, że źle nadali jej płeć przy urodzeniu. To oczywiście absurdalne, bo taka osoba musi wystąpić na sali sądowej przeciwko swojej rodzinie. Dobrze, gdy rodzice są akceptujący, lecz nie zawsze są i wtedy potrafią zrobić wszystko, by przeszkodzić własnemu dziecku w osiągnięciu celu. Osoba dokonująca tranzykcji musi się także poddać szeregowi badań psychologicznych, seksuologicznych i innych, a jeśli one nie wystarczą, sąd powołuje dodatkowych biegłych. Bardzo często sędziowie okazują się nieprzychylni i zwracają się do osób transpłciowych, używając *deadname'u*,



Osoba dokonująca tranzykcji musi się poddać szeregowi badań psychologicznych, seksuologicznych i innych.

grafika – Izabela Szeibelis-Deskiewicz

bo ich płeć nie jest jeszcze uzgodniona w dokumentach. Proces sądowy może trwać kilka miesięcy, ale może też ciągnąć się przez kilka lat. To straszne i absurdalne. Uzgodnienie płci w dokumentach powinno odbywać się tak jak zmiana imienia. Jeśli osoba wie, kim jest, przeszła wiele konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych, jest w toku zastępczej terapii hormonalnej, to po prostu powinna móc pójść do urzędu stanu cywilnego i zmienić swoje dane.

A co w przypadku detranzykcji?

Przypadków detranzykcji nie jest dużo (ok. 3%), ale nie możemy wykluczyć, że ktoś, kto dokonał uzgodnienia płci, będzie później chciał przejść odwrotny proces. Ja nie mam stuprocentowej gwarancji, że jak wydam opinię, to będzie ona wiążąca również za 30 lat. Być może po tym czasie trzeba będzie ten proces odwrócić.

Jak przebiega wydawanie opinii osobom transpłciowym?

To zależy od tego, o jaką opinię chodzi. Ja najpierw wydaję kilkunastosekundową opinię skróconą, w której zapisuję czas trwania terapii, wskazuję, jak identyfikuje się osoba, której dotyczy dokument, czy identyfikuje się ze swoją tożsamością psychiczną na zewnątrz, jak funkcjonuje w środowisku, jakie ma pragnienia i marzenia itd. To jest *stricte* psychologiczna opinia, która trafia zazwyczaj tylko do osób lekarskich po to, aby osoby niepełnoletnie mogły np. rozpocząć jakikolwiek proces hormonalny. Natomiast opinia sądowa to zupełnie inny dokument. W Polsce nie ma jednoznacznych wytycznych, jak powinna ona wyglądać, nie ma też jednego zestawu badań, które powinny przejść osoby transpłciowe. Ja wysyłam je na badanie endokrynologiczne, po którym lekarz_rka stwierdza, jakie kroki należy podjąć w kolejnym etapie. Do opinii sądowej dołączam czasem inwentarz płci psychologicznej (IPP) i test osobowości. W takim przypadku opinia sądowa liczy kilkanaście stron i zawiera się w niej także to, co w wersji skróconej.

Ostatnio na oddziale spotkaliśmy osobę w dysforii płciowej. Czym dokładnie jest ten stan?



O dysforii mówimy wtedy, gdy osoba odczuwa bardzo dużą niezgodność między swoim ciałem a tożsamością. Osoba, która przy urodzeniu została określona jako mężczyzna, ale jest kobietą – czy: trans kobietą – może odczuwać ogromny ból, cierpienie i potrzebę zmiany wyglądu. Czasem dochodzą do tego też zachowania autodestrukcyjne.

Czy dysforia zawsze występuje u ludzi młodych?

Nie. Ponadto dysforia nie zawsze musi wystąpić. Nie mówimy, że osoba jest transpłciowa tylko i wyłącznie wtedy, kiedy ma dysforię. To jest absolutnie indywidualny proces. Może być tak, że osoba jest w ogromnej dysforii płciowej przez jakiś czas, potem dysforia się zmniejsza, a następnie znów nasila. To trochę jak ze stanami depresyjnymi, które mogą być bardziej lub mniej nasilone i trwać latami.

Jak na dysforię reagują rodziny doświadczających jej osób?

Musimy pamiętać, że to rodzice decydują o tym, czy ich niepełnoletnie dziecko może pójść na wizytę do seksuologa, psychologa czy innego_ej specjalisty_tki. I czy w ogóle będzie mogło rozpocząć terapię. Jeśli rodzice się na to nie godzą, dysforia się pogłębia. Bardzo często dochodzi wtedy do prób samobójczych. Jeśli osoba trans jest pełnoletnia, to nawet jeśli nie ma wsparcia rodziny, może stanowić sama o sobie. Brak wsparcia ze strony rodziny dla nastoletniej osoby transpłciowej to jedno z najgorszych doświadczeń, jakie miałam okazję obserwować.

Dlaczego, wiedząc o próbach samobójczych i samookaleczeniach pacjenta_tki, których źródłem jest dysforia, tak niewiele osób lekarskich chce o tym rozmawiać?

To jedynie moja opinia, ale myślę, że boją się rozmawiać, boją się dotykać tego tematu. Często po prostu nie mają wiedzy, żeby rozpocząć takie rozmowy. I to już nawet nie dotyczy tego, czy chcą rozmawiać o transpłciowości, czy nie, ale rozmowy o samookaleczeniach w ogóle. Samookaleczenie jest tematem tabu. Osoby, które stosują autoagresję, leczy się tylko objawowo – nie wchodzimy głęboko, nie szukamy źródeł problemu. Do tego dochodzi jeszcze fakt, że lekarze_rki mają bardzo małą wiedzę o osobach LGBTQIA+, a tym bardziej o osobach transpłciowych. Nie dotykają tematu, bo nie wiedzą, jak to zrobić. Boją się wzięcia odpowiedzialności i ewentualnego poczucia winy. Bardzo wielu_e lekarzy_ek boi się też, że mogą zrobić coś, co okaże się niezgodne z prawem, dlatego tak niewielu_e z nich chce pracować z niepełnoletnimi osobami transpłciowymi.

Co według Ciebie jako studenci_tki medycyny możemy zrobić, żeby sytuacja się zmieniła?

Mówić o tym, edukować – swoją postawą pokazywać, że można inaczej. Wychodzić do studentów_ek, prezentować im te tematy. Bo niekoniecznie uda Wam się dotrzeć do 70-letniego profesora – choć warto próbować. Wyjść trzeba jednak przede wszystkim do studentów_ek, organizować spotkania, robić akcje takie jak *Tramwaj zwanym pożądaniem*, pokazywać szeroko pojętą równość i różnorodność. To jest to, co możecie zrobić. Skupcie się na sobie, czyli na młodych ludziach, którzy się teraz kształcą. Żeby zmieniać postawy społeczne, osoby, które będą liderować tym zmianom, muszą być obecne wszędzie: na uczelniach, w szkołach, w urzędach. Ważne jest, żeby w tych instytucjach słyszalny był jakiś głos zmiany społecznej, bo bez tego nie ruszymy się z miejsca. ■



Magdalena Gajda o *weightismie* – podsumowanie webinaru

Magdalena Gajda – społeczna Rzeczniczka Praw Osób Chorych na Otyłość – poprowadziła 19 kwietnia wykład na platformie Zoom o sposobach przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość w opiece zdrowotnej. Webinar prowadzony był we współpracy z SKN Komunikacji Medycznej w ramach Kampanii *Różni i Równi*. Magdalena Gajda jest również fundatorką i prezeską Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA, a prywatnie choruje na otyłość od dzieciństwa; przeszła też dwie operacje bariatryczne.

Pojęcie *weightism*, oznaczające dyskryminację ze względu na wagę, nie istnieje w polskim systemie prawnym. Ze świadectw osób chorych na otyłość wynika jednak, że nierównego traktowania na tym tle doświadcza wiele osób i to we wszystkich obszarach życia społecznego. Otyłość nadal jest w Polsce postrzegana nie jako choroba, ale efekt zaniedbań żywieniowych, złego stylu życia czy zajądania własnych kompleksów. Stereotypy te sprawiają, że osobom chorującym na otyłość przypisywane są takie cechy jak lenistwo, brak ambicji czy brak silnej woli. Uważa się je ponadto za zaniedbane higienicznie czy



nawet nieatrakcyjne seksualnie. Społeczeństwo nie zdaje sobie sprawy, jak duża jest skala stygmatyzacji.

Osoby chorujące na otyłość doświadczają także w opiece zdrowotnej. Pacjenci skarżą się na personel placówek medycznych. Na jego niewybredne komentarze, inwektywy, ironiczne uśmiešky, obrzucanie pogardliwymi spojrzeniami albo wręcz odmowę wykonania badania (zwłaszcza palpacyjnego) czy zabiegu lub ostentacyjne ignorowanie. Nie mniej ważnym problemem jest to, że polscy lekarze nie są przygotowani merytorycznie do profesjonalnego leczenia nadwagi i otyłości. Relacje pacjentów potwierdzają badania wykonane przez Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej GUMed opublikowane w 2019 r.

Ponadnormatywną masę ciała w Polsce ma ponad 20 mln osób, a ok. 8 mln z nich choruje na otyłość. Dopiero w 2000 r. powstała w Polsce pierwsza organizacja pacjencka zrzeszająca osoby chore na otyłość przed i po operacjach bariatrycznych, a w 2019 r. w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta odbyło się pierwsze posiedzenie Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych na otyłość.

W latach 2014-2016 sformułowane zostały trzy obszary i formy wykluczenia pacjentów chorujących na otyłość:

- Brak rzetelnej i merytorycznej wiedzy na temat otyłości jako choroby i form jej leczenia wśród personelu medycznego. W Polsce nie istnieje specjalista zajmujący się leczeniem nadwagi i otyłości – **obesitolog**. Przez to osoby chore na otyłość często trafiają do lekarzy innych specjalności, którzy zajmują się leczeniem ich schorzeń współwystępujących.
- Brak odpowiedniego sprzętu do diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentami w placówkach medycznych. Mowa tu o sprzęcie takim jak: waga, która umożliwi zważenie pacjentów o masie ciała powyżej 120 kg, ciśnieniomierz z odpowiednim mankietem, łóżka szpitalne, fotele ginekologiczne czy karetki bariatryczne (obecnie w Polsce jest ich 33).
- Odmowa zbadania pacjenta, wykonania zabiegów operacyjnych, „dopóki pacjent nie schudnie”, a także odmowa wykonania podstawowych badań diagnostycznych i specjalistycznych.

9 na 10 pacjentów chorujących na otyłość zamiast rzetelnych zaleceń medycznych usłyszało od lekarza radę: „proszę mniej jeść i więcej się ruszać”. Wiele osób posiada również nieprzyjemne doświadczenia niewerbalne, np. patrzenie na pacjenta z niesmakiem. Osoby chorujące na otyłość w momencie, gdy trafiają do gabinetu lekarskiego, podobnie jak inni chorzy, cierpią z jakiegoś powodu. Odczuwają emocje takie



MAGDALENA GAJDA

Społeczna Rzeczniczka Praw Osób Chorych na Otyłość, członkini założycielka European Coalition for People Living with Obesity, członkini Zespołu ds. przeciwdziałania dyskryminacji osób chorych

na otyłość przy Rzeczniku Praw Pacjenta, jedyna Polka ze światową nagrodą *LIVE ON. GIVE ON Bakken Invitation Award*, którą otrzymała za działania społeczne, a także dziennikarka medyczna i społeczna, specjalistka PR, CSR, komunikacji społecznej i storytellingu, podcasterka; fundatorka i prezeska Fundacji Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA. Prywatnie choruje na otyłość od dzieciństwa, jest po dwóch operacjach bariatrycznych, obecnie w fazie remisji choroby.

fot. archiwum prywatne

jak ból czy strach i oczekują od personelu czysto merytorycznego zrozumienia ich problemu. Oczekują, że lekarz powie im wprost o chorobie i przedstawi metodę leczenia. Na pytanie, jak rozmawiać z osobą chorą na otyłość, odpowiedź jest jedna: jak z każdym innym pacjentem.

Magdalena Gajda podzieliła się w swoim wykładzie także historiami osób chorujących na otyłość. Zwróciła uwagę na dyskryminację, z jaką spotykają się te osoby w różnych obszarach życia. Swoją wypowiedź zakończyła apelem do obecnych i przyszłych pracowników placówek medycznych, aby zawsze pamiętali o tym, że za każdym człowiekiem chorującym na otyłość stoi jakaś historia, której nie jesteśmy świadomi.

Zachęcamy wszystkich zainteresowanych do posłuchania cyklu podcastów *JEST GRUBO – Rozmowy o życiu osób z większą masą ciała*, których Magdalena Gajda jest współautorką oraz współprowadzącą. ■

OLIWIJA LENKIEWICZ

Studentka IV roku kierunku lekarskiego

YouTube [youtube.com/jestgrubo3457](https://www.youtube.com/jestgrubo3457)

[tinyurl.com/jest-grubo-podcast-fb](https://www.facebook.com/jest-grubo-podcast-fb)

[https://tinyurl.com/jest-grubo-podcast-spotify](https://open.spotify.com/playlist/3457)

Profesor Stefan Angielski – twórca gdańskiej szkoły biochemii klinicznej. Cz. 3



PROF. ANDRZEJ SZUTOWICZ
Zakład Medycyny Laboratoryjnej

Dwie pierwsze części artykułu ukazały się w [kwietniowym](#) i [majowym](#) numerze „Gazety GUMed”. W numerze lipcowym opublikujemy ostatni fragment.

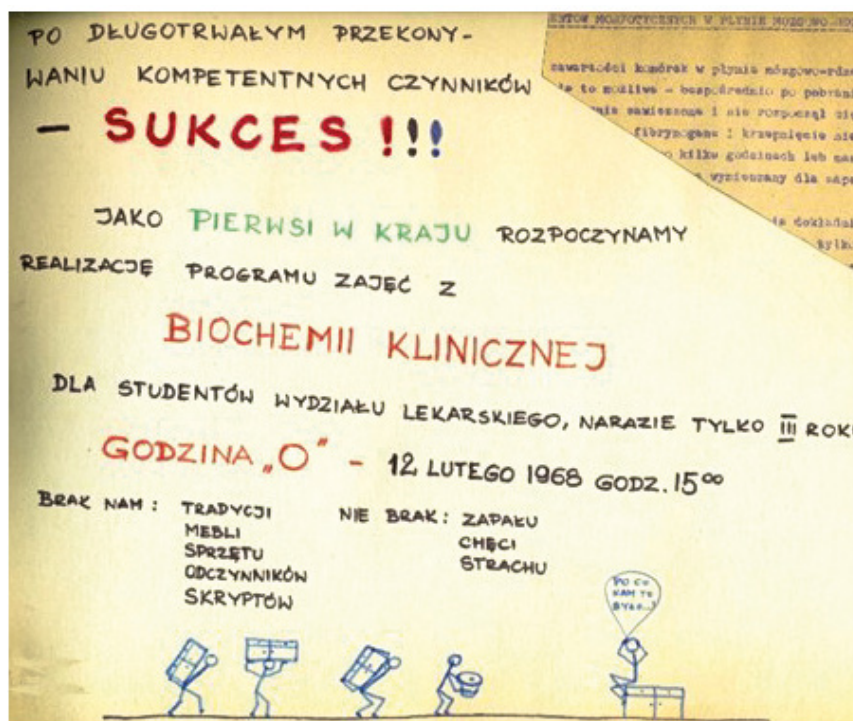
Analityka kliniczna czy diagnostyka laboratoryjna?

Jako biochemik, wychowanek prof. Włodzimierza Mozołowskiego, Stefan Angielski przyczynił się do powiązania nauki stosowanej – diagnostyki laboratoryjnej – z naukami podstawowymi takimi jak chemia analityczna, biochemia i fizjologia. Stworzył pionierski model nowoczesnej analityki klinicznej opartej na naukowych podstawach biochemii klinicznej. Zgodnie z tą koncepcją już w 1967 r. opracował pierwszy w Polsce program nauczania biochemii klinicznej i diagnostyki laboratoryjnej dla studentów III roku Wydziału Lekarskiego AMG. Pierwsze zajęcia rozpoczęły się w lutym 1968 r. Był to czas, kiedy ani w kraju, ani za granicą nie było jeszcze żadnych programów nauczania tego przedmiotu. Program opracowany przez prof. Angielskiego odbiegał znacznie od programów nauczania biochemii klinicznej i diagnostyki laboratoryjnej wdrożonych dopiero ponad 5 lat później w innych akademiach medycznych. Nasz program kładł szczególny nacisk na interpretację wyników badań laboratoryjnych powiązaną z patomechanizmami chorób, co było, jest i będzie bardzo ważnym aspektem w pracy lekarza. Program był i jest do dzisiaj

uaktualniany co 2-3 lata. Mniejszą uwagę zwracaliśmy na technologię badań laboratoryjnych, pozostawiając jedynie kluczowe elementy konieczne do uniknięcia błędów przed- i wewnątrzlaboratoryjnych oraz do ich prawidłowej interpretacji. Byliśmy świadomi, że uczestniczymy w tworzeniu nowej wartości w kształceniu przyszłych lekarzy. Poczuliśmy się nauczycielami akademickimi; rozpoczynaliśmy ten etap pracy z entuzjazmem.

Równolegle, we wrześniu 1967 i marcu 1968 r., prof. Angielski zorganizował pierwsze kursy podyplomowe w ramach Studium Doskonalenia Lekarzy w Warszawie, które dotyczyły zaburzeń gospodarki lipidowej i węglowodanowej, oraz pierwszy w Polsce kurs z diagnostyki zaburzeń gospodarki kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej. Odbyło się kilkadziesiąt edycji tych kursów, które cieszyły się dużym zainteresowaniem lekarzy i diagnostów laboratoryjnych.

Kilka lat później, w 1972 r., rozpoczęło się również nauczanie analityki klinicznej w ramach kierunku diagnostyczno-laboratoryjnego na IV i V roku Wydziału Farmaceutycznego.



Strona z Kroniki Zakładu – początek nauczania nowego przedmiotu w AMG i w Polsce



Rozbudowa pawilonu nr 29. Profesorów Mirosławę Narkiewicz i Juliana Stolarczyka oprowadza prof. Stefan Angielski w towarzystwie młodych doktorów Anzelma Hoppe i Andrzeja Szutowicza; lato/jesień 1978 r.

W tym celu utworzona została na Wydziale Farmaceutycznym Pracownia Analityki Klinicznej, której kierownikiem został prof. Jerzy Rogulski, a następnie dr hab. Tadeusz Badzio. Pracowało w niej 4 asystentów, a wiodącym tematem badań były mechanizmy regulacji i zaburzenia gospodarki lipidowej oraz różne aspekty organizacji laboratoriów medycznych. Obie jednostki tworzyły funkcjonalną całość – współpracowały ze sobą ściśle zarówno w badaniach naukowych, jak i przy tworzeniu programów nauczania biochemii klinicznej i diagnostyki laboratoryjnej. Dzięki temu dwa lata później mury naszej Uczelni zaczęły opuszczać pierwsi w kraju magistry farmacji ze specjalnością analityka kliniczna, uprawnieni do pracy w aptekach, a także laboratoriach medycznych. AMG była wówczas jedyną uczelnią medyczną w Polsce, która kształciła kadry wykwalifikowane kierunkowo do pracy w laboratoriach medycznych. Zamknięcie szkół zawodowych techników medycznych w III RP spowodowało niedobory kadrowe w naszym i innych laboratoriach. Problem ten został po części rozwiązany przez otwarcie dwuletniego studium techników laboratoryjnych, które ukończyło kilkadziesiąt osób. Dzięki temu udało się uzupełnić przedzrezone szeregi techników w naszym województwie.

Hybrydowy tok nauczania analityków medycznych funkcjonował do roku 1999, a więc do momentu przejścia prof. Angielskiego na emeryturę, dając rozszerzone dwukierunkowe wykształcenie 10-15 osobom rocznie. Dopiero kilka lat później, w 1977 r., w Białostockiej Akademii Medycznej, a następnie na wydziałach farmacji innych uczelni medycznych zaczęły powstawać oddziały analityki, kształcące po kilkudziesięciu analityków medycznych rocznie na pełnowymiarowych pięcioletnich studiach magisterskich. W naszej Uczelni dopiero w 2000 r. utworzony został Oddział Analityki Medycznej Wydziału Farmacji z Katedrą Analityki Medycznej, w skład której wchodziły dwa Zakłady jako jednostki wiodące. Kształciły one kilkudziesięciu analityków medycznych/diagnostów laboratoryjnych rocznie w ramach dwustopniowych studiów magisterskich. Pierwszym kierownikiem Katedry został prof.

Jerzy Rogulski, po nim prof. Mirosława Szczepańska-Konkel, a następnie prof. Leszek Kalinowski. Do czasu ostatniej reformy szkolnictwa wyższego kierownik Katedry pełnił funkcję prodziekana Wydziału Farmaceutycznego. W Katedrze Analityki Medycznej kierownicze stanowiska piastują dzisiaj najmłodszy wychowankowie Stefana Angielskiego, profesorowie Maciej Jankowski i Leszek Kalinowski, a habilitacje uzyskują jego „wnuki naukowe”. Z kolei pracami Katedry Biochemii Klinicznej na Wydziale Lekarskim kierują prof. Tadeusz Pawełczyk (Zakład Medycyny Molekularnej) i dr hab. Agnieszka Jankowska-Kulawy (Zakład Medycyny Laboratoryjnej), uczennica prof. Andrzeja Szutowicza, a więc „wnuczka naukowa” prof. Angielskiego. Starsi uczniowie, profesorowie: Jerzy Rogulski – ostatni z żyjących założycieli Zakładu Biochemii Klinicznej, Anastasis Pacanis, Apolonia Rybczyńska, Mirosława Szczepańska-Konkel, Andrzej Szutowicz i Czesław Wójcikowski, którzy habilitacje uzyskali jeszcze w XX w., są już na emeryturze. Trzecie i czwarte pokolenie biochemików klinicznych i diagnostów laboratoryjnych kontynuuje promowany przez Stefana Angielskiego model pracy akademickiej, łączący pracę eksperymentalną i dydaktyczną w dziedzinie biochemii klinicznej z różnymi kierunkami medycyny laboratoryjnej. Zakład Medycyny Laboratoryjnej poza dydaktyką studencką kontynuuje prowadzenie kształcenia podyplomowego – prowadzi akredytowany ośrodek kształcący, koordynujący specjalizacje z różnych dziedzin medycyny laboratoryjnej i kształcenie ustawiczne diagnostów w ramach programu UE.

Podręczniki

Rozwój dydaktyki był skutecznie wspierany dzięki podręcznikom takim jak wydany w 1976 r. *Zarys biochemii klinicznej i analityki* pod redakcją Angielskiego i Rogulskiego i ze współudziałem autorów z kilku polskich ośrodków akademickich, który doczekał się kilku wydań. W tym samym roku ukazał się też podręcznik *Biochemia kliniczna dla studentów medycyny*, którego poszczególne rozdziały zostały napisane przez



pracowników AMG. Cztery lata później powstał podręcznik *Biochemia kliniczna i analityka* przeznaczony dla Wydziału Analityki Medycznej Medycznego Studium Zawodowego, w którym nauczycielami (oraz autorami podręcznika) byli pracownicy naszej Katedry. W latach 90. w ramach programu Tempus ukazały się dwa wydania podręcznika *Biochemia kliniczna* pod redakcją Stefana Angielskiego, Zenona Jakubowskiego i Marka H. Dominiczaka. Autorami rozdziałów byli naukowcy z Katedry Biochemii Klinicznej AMG, Zakładu Biochemii Klinicznej Uniwersytetu w Glasgow (Wlk. Brytania) i Laboratorium Biochemii Klinicznej Trinity College w Dublinie (Irlandia). Pierwsze wydanie miało różową okładkę, dlatego studenci nazywali je „świnką”. Od 1968 r. co kilka lat ukazuje się nowa wersja skryptu *Diagnostyka laboratoryjna dla studentów medycyny*, który dużo uwagi poświęca interpretacji wyników badań laboratoryjnych na podstawie patomechanizmów najczęściej występujących patologii. Ostatnie wydania ukazują się już wyłącznie w wersji elektronicznej. Redaktorem naczelnym każdego kolejnego wydania jest osoba aktualnie organizująca nauczanie studentów. Pracownicy Katedry są również współautorami kilku wydań anglojęzycznego podręcznika *Medical Biochemistry* dla studentów medycyny pod redakcją Johna W. Baynesa i Marka H. Dominiczaka. W ten sposób kontynuowana jest druga pasja Stefana, czyli wypracowywanie metodyk nauczania młodych adeptów zawodów medycznych w zakresie biochemii klinicznej i analityki jako kluczowych elementów *evidence based medicine*. Warto też wspomnieć, że śp. Małgorzata Wróblewska była współredaktorką licznych wydań międzynarodowych podręczników multimedialnych do nauki biologii dla szkół podstawowych i gimnazjalnych eduROM.

Dach na głowę

Pod koniec 1967 r. Klinika Chorób Zakaźnych przeniosła się z baraków nr 28 i 29 stojących na miejscu obecnego Centrum Medycyny Nieinwazyjnej do nowego Wojewódzkiego Szpitala Chorób Zakaźnych przy ul. Smoluchowskiego 18, dzisiaj w stanie likwidacji. Opuszczone i popadające w ruinę baraki zostały przez władze rektorskie przekazane na potrzeby Zakładu wraz z niewielkim funduszem remontowym.



Koniec 40-letniej prowizorki i boiska do gry w siatkówkę. Rozbiórka pawilonów nr 28 i 29 i „łącznika”; grudzień 2009 r.

Był to przysłowiowy ostatni dzwonek, bo rozwijający się Zakład Biochemii Klinicznej i Laboratorium Kliniczne zajmowały 6 pomieszczeń w budynku nr 7 i 4 małe pomieszczenia na trzecim piętrze w przychodni, co dawało łącznie ok. 200 m². Do tego dochodziły pomieszczenia do nauczania biochemii klinicznej, o którym pisałem wyżej. Nowy nabytek sprawił, że wszyscy w Zakładzie mieli dobre samopoczucie. Brakowało jednak różnego rodzaju elementów wykończeniowych i wykonawców. Problemy te rozwiązywał Szef dzięki życzliwej pomocy różnych gdańskich zakładów, w tym Stoczni Remontowej. W adaptacji baraków do celów laboratoryjnych nieocenioną rolę odegrali dwaj Andrzej – dr Mądrala i mgr Chorościński, których inicjatywy, zaangażowanie, twarde negocjacje z wykonawcami i pracowitość pozwoliły na szybkie zakończenie prac i przeprowadzkę do „luksusowych” przestrzeni, chociaż nieco prymitywnych strukturalnie pomieszczeń. Dzięki nim możliwe było dokończenie prac adaptacyjnych i przygotowanie chłodni preparacyjnej. W ten sposób dorobiliśmy się również trzech sporych pomieszczeń dydaktycznych. Jedno z nich, największe, otrzymało piękną zieloną boazerię i podsufitkę, a na ścianach miedziane kinkiety, ciężkie wzorzyste zielonkawe zasłony, zielone stoły i czerwono wyściełane krzesła. Salę na cześć głównych budowniczych nazwano Salą Andrzejówą. Druga nosiła nazwę sali werandowej, bo w istocie była werandą. Pojedyncze szyby w oknach sprawiały, że w zimie bywały kłopoty z utrzymaniem w niej odpowiedniej temperatury. Atmosferę podgrzewały jednak gorące dyskusje licznie zgromadzonych naukowców.

Baraki miały stanowić tymczasowe rozwiązanie i funkcjonować do czasu spodziewanej budowy nowego zaplecza naukowo-dydaktycznego i usługowego Zakładu. W międzyczasie Stefan znalazł sponsora na zabudowę tarasów w pawilonie nr 29 i latem 1978 r. wzbogaciliśmy się o kolejne 150 m² powierzchni. Ulokowano tam bibliotekę, pokoje do pracy twórczej i chłodnię preparacyjną z prawdziwego zdarzenia, a na zapleczu boisko do gry w siatkówkę. Po tym remoncie pawilon nr 29 stał się centrum administracyjnym i naukowym Katedry Biochemii Klinicznej i Laboratorium Centralnego. Była to jednak prowizorka. Nic dziwnego, że Stefan dyskutował z nami coraz to nowe projekty, dostarczane co kilka lat do merytorycznej oceny przez dział techniczny, zwykle po każdym przewrocie gabinetowym i wystąpieniach ulicznych. Potem następowała cisza. Projekty podzieliły prawdopodobnie los planów wielkich i sławnych bitew kadeta Bieglera z *Przygód dzielnego wojaka Szwejka* Hańska.



Jednak nie było aż tak źle. W 1974 r. apłeka wyprowadziła się z pawilonu nr 27 do nowego budynku nr 32. Pawilon miał zostać rozebrany, a zapłatą dla wykonawcy miały być dobre poniemieckie cegły na budowę prywatnego domu. Wiadomość dotarła do Stefana w ostatniej chwili. Jego jednodobowa interwencja administracyjno-perswazyjna u władz Uczelni i Szpitala zapobiegła zniknięciu obiektu i spowodowała jego przekazanie na rzecz Zakładu Biochemii Klinicznej. Satysfakcja była wielka – dotknęła zarówno niedźwiedzia, jak i jego zajęce. Zyskaliśmy miejsce na pobieralnię dla pacjentów, hematologię, toksykologię i pracownię badania moczu oraz dodatkową salę ćwiczeń w obrębie rutynowego laboratorium. Pękający w szwach Zakład zyskał trochę przestrzeni. Co ważne, wszystkie pracownie znalazły się w jednej lokalizacji. Z chwilą rozpoczęcia budowy elektrowni atomowej w Żarnowcu AMG miała być gotowa na przyjęcie ofiar mało prawdopodobnej, jak się wydawało, katastrofy nuklearnej. Dlatego wiosną 1987 r. rozpoczęto budowę zaplecza laboratoryjnego w postaci trzykondygnacyjnego łącznika między pawilonami nr 28 i 29.

Sporą zasługę w tym szczytowym osiągnięciu budowlanym miał dyrektor administracyjny AMG śp. Sławomir Bautembach, który zdążył wykorzystać przyznane fundusze jeszcze przed przerwaniem budowy elektrowni w Żarnowcu po katastrofie w Czarnobylu. I tak przeleciało lat 40. Wiadomo, prowizorki trwają zwykle najdłużej. Dopiero w 2007 r. ze śp. rektorem Romanem Kaliszaniem miałem zaszczyt wbudować kamień węgielny pod budowę Centrum Naukowo-Badawczego Medycyny Laboratoryjnej (nowy budynek nr 27), finansowanej z funduszy UE, którą zakończono w 2009 r. Głównym autorem projektu był prof. Leszek Kalinowski. Resztki boazerii zdemontowanej z Sali Andrzejewej w czasie rozbioru baraków w 2009 r. zachowały się w postaci tablic ogłoszeniowych w nowej siedzibie Katedry Biochemii Klinicznej na pierwszym piętrze. Również zielone stoły i czerwono wyściełane krzesła służą do dzisiaj w jednej z sal dydaktycznych (nr 238), nazywanej Zieloną – Andrzejewą. Do niej została też przeniesiona tablica pamiątkowa poświęcona śp. Ankowi Hoppe. Do dziś odbywają się w niej okolicznościowe uroczystości.

Można powiedzieć, że budowa CNBML zapoczątkowała rozbudowę nowego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego GUMed i stanowi obecnie jego zaplecze naukowe. Stefan w latach 2009–2019 pracował w nowym Centrum jako kierownik Pracowni Nefrologii Komórkowej i Molekularnej PAN. Przypuszczam, że był szczęśliwy, iż jego starania



Po wygranym meczu siatkówki na łonie natury. Od lewej: kandydat na studenta Krzysio Gałuszko, Stefan Angielski, Andrzej Szutowicz, Czesław Wójcikowski, Jan Stępiński, siedzi drugi kandydat na studenta, stadion Lechii Gdańsk; 1966 r.

o dach nad głową dla Biochemii Klinicznej zrealizowali jego uczniowie.

Czas i zdarzenia

W kilkudziesięcioletniej historii Katedry poza głównymi nurtami zdarzeń dochodziło do z pozoru mniej znaczących sytuacji, które pozostawały w pamięci naszej społeczności, przez dłuższy czas będąc przedmiotem żartów i komentarzy i skłaniając do wyciągania wniosków. Ograniczę się tutaj do opisu sytuacji, których byłem świadkiem lub uczestnikiem.

Była wiosna roku 1966, dzień lekko pochmurny. Badania na perfundowanej nerce *in vivo* szły pełną parą. Istotnym parametrem biochemicznym w nefrologicznych badaniach naukowych i klinicznych rutynowych był i jest oczywiście poziom kreatyniny, który oznacza się przy użyciu odczynnika sporządzanego na bazie bezwodnego pikrynianu sodu (materiał wybuchowy). Nowa partia pikrynianu nie dawała jednak zadowalających wyników prawdopodobnie z powodu zawilgocenia. Jeden z kolegów postanowił ją wysuszyć, jednak zamiast zrobić to powoli w próżni w eksykatorze, użył do tej czynności suszarki laboratoryjnej nastawionej na 30 °C z ciągłym przepływem ciepłego i suchego powietrza. W pewnym momencie zostaliśmy wezwani na naradę roboczą do Stefana. Ledwo usiedliśmy, a na nogi poderwał nas odgłos silnego wybuchu. W zwierzętarni wyleciały okna z futrynami, rozbijając szklane drzwi wejściowe do pobliskiego audytorium Anatomii Patologicznej i demolując wnętrze pokoju, w którym stała nietknięta, chociaż ogłuszona laborantka Alicja. Szczęśliwie nikt w tym czasie nie wychodził z budynku Anatomii Patologicznej. Psy doświadczałe wybiegły na zewnątrz, ale na szczęście nie uciekły i zostały „opanowane” przez Henia,



opiekuna zwierzątarni. Przyjechała grupa specjalna SB, było szczegółowe śledztwo, podejrzenie o sabotaż i zamach (na kogo?). Dowodzi to, że praca w dawnym laboratorium medycznym mogła być niebezpieczna z różnych względów. Na szczęście sprawa rozeszła się po kościach. Wszystkie pieski przeżyły doświadczenia perfuzyjne i zostały zabrane do przyjaznych domów, gdzie pędziły spokojny żywot zwierząt zasłużonych dla nauki. Z perspektywy niemal 60 lat zdarzenie to można potraktować jako wielki wybuch – narodziny Katedry Biochemii Klinicznej.

Istotny element życia towarzyskiego zarówno w okresie wiosenno-letnim, jak i w zimie stanowiła siatkówka integracyjno-koedukacyjna. Późnym popołudniem rozgrywaliśmy mecze na trawniku za pawilonem nr 29, koło transformatora. Siatka była rozpięta między sosnami. Wzmacniali nas przyjaciele z klinik internistycznych, medycyny sądowej, a nawet psychiatrii. Najbardziej przeżywali zmienne koleje gry Stefan i Jasio, zwykle kapitanowie przeciwnych drużyn. Czasami do gry włączały się panie. Było to dużo bardziej ekscytujące niż ostatni mecz o mistrzostwo świata Polska – Włochy. Pucharem było czeskie lub niemieckie reglamentowane piwo i słone paluszki, którymi zwycięzcy solidarnie dzielili się z pokonanymi. Wszystkich zwoływała niezawodna pani sekretarka Anna Kowalczyk, która kibicowała naszym zmaganiom z siatką i pod siatką. Zimą spotykaliśmy się w auli sportowej Zakładu Wychowania Fizycznego przy ul. Karola Marksa (obecnie Hallera).

Potrzeba matką wynalazków

Rozwój medycyny, w tym medycyny laboratoryjnej, był w PRL nieco spóźniony w stosunku do świata dewizowego. Powodów tego można by wymienić wiele. Chciałbym opisać kilka zdarzeń mających miejsce w Laboratorium, które były związane z przecieraniem „nowych dróg”.

Diagnostyka w czasie rzeczywistym

Jednym z istotnych elementów współczesnej diagnostyki laboratoryjnej było i jest ciągle monitorowanie zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej (WE) i równowagi kwasowo-zasadowej (RKZ) u pacjentów w stanach krytycznych. Jego prekursorem w Polsce stał się Anek Hoppe. W maju 1970 r. przysłała na świat jego pierwsza córka Monika, która w pierwszych tygodniach życia doznała ciężkiego lekoopornego zakażenia, niereagującego na kolejne antybiotykoterapie. Biegunka i zapalenie płuc powodowały ciężką kwasicę metaboliczno-oddechową z utratą sodu i potasu. Anek opracował i sam wdrożył system ciągłego laboratoryjnego monitorowania zaburzeń RKZ i WE oraz algorytm korekcyjny, co w zasadniczym stopniu zwiększyło efektywność leczenia córeczki. Przez miesiąc mieszkał w laboratorium i natychmiast dostarczał pediatrom niezbędne informacje, pełniąc również funkcję konsultanta. Dziecko przeżyło. Oczywiście prowadzenie takiej diagnostyki na pełną skalę nie było wówczas możliwe, gdyż wymagało

zintegrowanej szpitalnej i laboratoryjnej sieci komputerowej, opartej o pozytywną identyfikację próbek i dwustronną łączność internetową, a także pneumatyczny system dostarczania próbek. Taki system funkcjonuje obecnie w UCK.

Pięcioraczki

W maju 1971 r. urodziły się gdańskie pięcioraczki. Opiekę nad nimi sprawowała prof. Maria Kamińska. W pewnym momencie zdiagnozowała u nich kliniczne objawy odpowiadające niedoborom magnezu. W Polsce nie oznaczano poziomu tego kationu w płynach biologicznych. Prof. Kamińska zwróciła się do nas z pilnym zapotrzebowaniem na to badanie. Na szczęście w naszym piwnicznym magazynie odnalazłem słoiczek żółcieni tytanowej i przy pomocy protokołu podanego w *Clinical Lab. Manual* w ciągu jednej nocy opracowaliśmy i zwalidowaliśmy tą metodę w wersji mikro. Nad ranem mieliśmy gotowe wyniki. W istocie, wszystkie pięcioraczki miały niedobór tego kationu. Do dzisiaj podziwiam intuicję diagnostyczną Pani Profesor. Poziom magnezu wyrównano i dzieci przeprowadzono przez krytyczny okres. Jedno z nich pracuje w naszym laboratorium jako technik analityki. Po tym zdarzeniu metoda na ćwierć wieku została odstawiona na półkę z powodu braku zleceniodawców. W tym czasie funkcjonowała ona jednak w tysiącach laboratoriów w USA na platformie analizatora DuPont ACA. W ogólnokrajowym pierwszym sprawdzianie poprawności analitycznej oznaczania magnezu wzięło tam udział 1 300 laboratoriów. U nas metoda oznaczania magnezu upowszechniła się wraz z pojawieniem się autoanalizatorów biochemicznych.

Receptory nikotynowe

Przyczyną nużliwości mięśniowej pseudo-porażnej (*myastenia gravis*), choroby autoimmunologicznej, jest powstawanie przeciwciał przeciw receptorom nikotynowym postsynaptycznej płytki mięśniowej w cholinergicznym synapsach ruchowych (AChRab). Na początku lat 90. zgłosiła się do nas młoda lekarka neurolog Małgorzata Bilińska z prośbą o uruchomienie metody oznaczania miana tych przeciwciał u sporej grupy pacjentów Kliniki Neurologii, co miało pomóc w monitorowaniu leczenia i zapobieganiu nawrotom miastenicznym. W tym czasie nie było w Polsce żadnego laboratorium, które wykonywałoby to badanie. Dr Maria Tomaszewicz opracowała metodę radiometrycznego pomiaru poziomu tych przeciwciał. Przez 10 lat raz w miesiącu wykonywała ona badanie przeciwciał anti-AChRab dla pacjentów z całej Polski. Potem badanie stało się powszechnie dostępne dzięki gotowym zestawom testowym, wykorzystywanym w rozwijających się laboratoriach immunologicznych. Okres oczekiwania na wyniki tego badania nadal wynosi ok. 3-4 tygodnie, co wynika z rzadkiego występowania tej choroby. ■

PROF. ANDRZEJ SZUTOWICZ

fot. archiwum Zakładu Biochemii Klinicznej

Znaczenie obserwacji pacjenta w procesie diagnostycznym



PAMELA KOZIOŁ
Fundacja Niezdiagnozowani,
doktorantka w Instytucie
Psychologii PAN

Badania opinii pacjentów pokazują że, prawie jedna czwarta obywateli UE (23%) twierdzi, że została dotknięta błędem medycznym lub ma w rodzinie kogoś, kto został nim dotknięty. 18% z tych osób uważa, że błędy te popełniane były w szpitalu, a kolejne 11% wskazuje, że przepisano im niewłaściwy lek. Kraje, w których pacjenci szpitali najczęściej informują o błędnych diagnozach, to Łotwa, gdzie doświadczyło ich 32% ankietowanych, Dania (29%) i Polska (28%). Błędne zalecenia farmakologiczne najczęściej zgłaszane są w Łotwie (23%), Danii (21%), Estonii oraz na Malcie (po 18%). Szacuje się także, że prawie 12 mln Amerykanów potrzebujących opieki ambulatoryjnej otrzymuje błędną diagnozę. 10-20% z nich cierpi na poważne schorzenia [1].

Błąd rzecz ludzka – dlaczego w zawodzie lekarza niesie szczególne ryzyko?

Jako pacjenci nie powinniśmy oczekiwać od lekarzy nieomyślności. W przypadku zawodu lekarza błąd ma jednak poważniejsze skutki niż w wielu innych profesjach. Co roku wiele osób umiera w wyniku błędnych diagnoz medycznych. Część firm technologicznych upatruje rozwiązania tego problemu w sztucznej inteligencji i inwestuje w algorytmy wspierające diagnostykę i wysuwanie hipotez diagnostycznych. Stopień trafności takich diagnoz wciąż pozostaje jednak pod znakiem zapytania. Fundacja Niezdiagnozowani, wspierająca pacjentów bez postawionej diagnozy, stoi na stanowisku, że technologia nie zastąpi kontaktu ze specjalistą jako drugim człowiekiem. Może ona pełnić jedynie uzupełniającą rolę. Pacjent potrzebuje wsparcia i obecności drugiej osoby, ponieważ nie ma pewności, jaka choroba rozwija się w jego organizmie. Obraz kliniczny jest ponadto zmienny w czasie, co wymaga aktualizowania własnego spojrzenia na przypadek i weryfikacji dotychczasowych wniosków o możliwych kierunkach diagnostyki. Jednorazowa analiza danych przez specjalistę, np. w trakcie hospitalizacji, lub przez algorytmy może być mniej skuteczna niż cierpliwa i wnikliwa obserwacja, której towarzyszy komfortowa komunikacja z pacjentem. Komfort to w tym przypadku nic innego jak zaufanie, że żaden ze wskazanych objawów nie zostanie zignorowany przez lekarza.

Chory ma również prawo komunikować o wpływie choroby na swoje życie i codzienność, zwłaszcza że niekiedy możliwość opowiedzenia o sobie wpływa korzystnie na jego stan.

Adam Grant, profesor psychologii specjalizujący się w analizie pułapek schematycznego myślenia, podkreśla zalety powątpiewania we własne przypuszczenia. Potwierdza to niedawne badanie przeprowadzone przez B.A. Tefwik, badaczkę z MIT Sloan School of Management w Cambridge. Miało ono na celu weryfikację, czy częściowe powątpiewanie we własne hipotezy może nieść ze sobą korzystne skutki. Tydzień przed przeprowadzeniem badania studenci medycyny wypełnili ankietę syndromu oszusta. Odpowiadali w niej na pytania, jak często zdarza im się myśleć: „nie jestem tak dobrze wykształcony, jak mi się wydaje” lub „ludzie przypisują mi kompetencje, których nie mam”. W trakcie badania studenci przez pół godziny rozmawiali z aktorami, którzy odegrali role pacjentów zgłaszających różne objawy chorobowe. Badaczka obserwowała postępowanie studentów i zestawiała własne obserwacje z trafnością postawionych przez studentów diagnoz. Przyszli medycy z syndromem oszusta poradzili sobie nie gorzej od swoich kolegów, jeśli chodzi o trafność diagnoz, a u rozmówców uzyskiwali znacznie wyższe oceny kultury, empatii i stopnia poszanowania pacjenta. Osoby w roli pacjenta dzieliły się z nimi większą liczbą informacji, a oni zadawali trafniejsze pytania niż ich koledzy, którzy nie mieli wątpliwości co do



fot. [pexels](#)

posiadanej wiedzy [2]. Pokora nie oznacza braku wiary w siebie ani podważania swoich kwalifikacji, lecz motywuje do głębszego przemyślenia podejmowanych decyzji. Wniosek ten jest spójny z wynikami badań na temat trybów wnioskowania w rozumowaniu klinicznym oraz potwierdza wysokie wyniki trafności zastosowanego modelu.

Podjęcie decyzji i analiza problemu jako kluczowe składowe rozumowania w diagnostyce

Postawienie wstępnego rozpoznania oraz zaproponowanie pacjentowi leczenia jest decyzją, a każda decyzja jest skutkiem pewnego schematu myślenia przy dokonywaniu wyboru. Zrozumienie procesów poznawczych stanowiących podstawę wnioskowania przy dokonywaniu wyboru przez lekarzy to przedmiot badań psychologii poznawczej. W literaturze wyróżnia się dwa modele kognitywnych trybów przetwarzania informacji istotne w procesie rozumowania medyków i podejmowania przez nich decyzji. Pierwszy tryb jest racjonalny, świadomy, celowy, powolny, oparty na regułach i analityczny. Drugi tryb wnioskowania określa się jako empiryczny, nieświadomy, automatyczny, szybki, zorientowany na rozpoznanie i intuicyjny. Często drugi z trybów wzmacnia się wraz z nabieraniem doświadczenia klinicznego. Lekarze o krótkim stażu koncentrują się w większym stopniu na wiedzy biomedycznej, patofizjologii i wykorzystywaniu modeli przyczynowych przy podejmowaniu decyzji. Proces ten przebiega wolniej i jest bardziej analityczny (tj. racjonalny) [3].

Pokrywa się to z wnioskami z eksperymentu B.A. Tefwik dowodzącymi skłonności do szerszej i jednocześnie wydłużonej analizy problemu przez osoby mniej pewne posiadanej przez siebie wiedzy [2]. Bogate doświadczenie kliniczne może w większym stopniu aktywować tryb automatyczny, jednak jeśli nie uzupełni się go podejściem analitycznym, może on nieść ze sobą pułapki zbyt pochopnych twierdzeń diagnostycznych. Dobrym porównaniem jest tutaj zmniejszona czujność na drodze zbyt pewnych siebie kierowców, którzy częściej niż kierowcy początkujący powodują wypadki. Syndrom oszusta, a więc korzystny stopień powątpiewania w swoją wiedzę, może chronić przed pułapkami automatycznego myślenia bazującego na powtarzalnych schematach, gdyż stymuluje korzystną interakcję pomiędzy empirycznym a racjonalnym trybem myślenia w analizie obrazu klinicznego pacjenta.

Na koniec warto przytoczyć jedno z ciekawszych badań weryfikujące, w jaki sposób studenci medycyny rozumują przy analizie przypadków, kiedy mają na uwadze to, (1) czy kompleksowa analiza przypadku medycznego obejmuje osiem działań poznawczych: określenie problemu, analizę, eksploatację, planowanie, realizację, ocenę, reprezentację i integrację; (2) czy można wydobyc określony wzorzec w rozwiązywaniu problemów w oparciu o przypadki, stosując proponowane działania poznawcze do siebie; (3) czy ten wzorzec jest skorelowany z trafnością diagnostyczną. Kompletny wzór modelu okazał się istotnie powiązany z wyższą częstością



fot. pexels

trafnych diagnoz. Ocena, reprezentacja i integracja były kluczowe dla pomyślnego rozwiązania problemu najprawdopodobniej dlatego, że te trzy działania przewyższają pozostałe pięć pod względem złożoności poznawczej potrzebnej do ich wykonania. Wymagają one zdolności do abstrakcyjnego myślenia. W przypadku rozwiązywania złożonych przypadków medycznych przez studentów medycyny jakość procesu była silnie związana z wynikiem analizy. Charakterystyczna dla złożonego rozwiązywania problemów jest analiza, która nie odbywa się w porządku sekwencyjnym, lecz jest dynamiczna i złożona. Wymaga kilkukrotnych przejść między fazami rozumowania z uwagi na analizę elementów, **które zmieniają się w czasie i często wymagają ponownego rozpatrzenia**. Dlatego umiejętność zbudowania wewnętrznej reprezentacji na podstawie aktualizowanych na osi czasu informacji o sprawie i jej ocena pomogły badanym studentom postawić właściwą diagnozę przypadku. Co zaskakujące, badanie wykazało, że zakres wcześniejszej ogólnej wiedzy medycznej nie wpłynął ani na pełny wzorzec modelu, ani prawidłowe zdiagnozowanie przypadku [4].

Interesujące z punktu widzenia dedukcji w medycynie jest też zagadnienie tzw. skryptów poznawczych. Skrypt poznawczy to umysłowa, uogólniona reprezentacja zdarzeń, działań lub ich ciągów, zawierająca informacje odnoszące się do ich typowego przebiegu. W przypadku dedukcji lekarzy chodzi oczywiście o przebieg chorób. Im więcej zróżnicowanych przypadków klinicznych należy przeanalizować, tym szerszy jest wachlarz wykształconych skryptów. Szerszy zakres zapamiętanych obrazów klinicznych powoduje częstsze aktywacje skryptu na podstawie obserwacji, a co za tym idzie – częstsze pomysły na możliwą diagnozę [5].



Zgodnie z badaniami opublikowanymi w 2022 r. narzędzia rozumowania poznawczego doprowadziły do niewielkiej, ale istotnej klinicznie poprawy dokładności diagnostycznej u studentów medycyny i specjalistów, mimo że w oparciu o dotychczasowe badania nie można było wyróżnić czynników, które miałyby taki skutek [6]. W przyszłości potrzebne będą dalsze, zakrojone na dużą skalę badania dotyczące wnioskowania poznawczego w diagnostyce. Dzięki temu, a także poddaniu wypracowanych narzędzi praktycznej ocenie możliwe będzie określenie, w jaki sposób skutecznie je wdrożyć.

Działania Fundacji Niezdiagnozowani

Jako Fundacja aktywnie edukujemy na temat schematów myślenia w diagnostyce, a w przyszłości planujemy działania badawcze zorientowane na skuteczność wnioskowania w diagnostyce oraz wsparcie wymiany wiedzy między specjalistami. Pamiętajmy, że pacjent z objawami, który nie ma widocznych odchyień w badaniach, może być chory. Choroba może być widoczna w badaniach obrazowych lub w morfologii dopiero po kilku latach, a pacjent może odczuwać symptomy jej rozwoju przed pojawianiem się odchyień w wynikach. Długotrwała obserwacja pacjenta z przewlekłymi objawami bez rozpoznania jest oznaką odpowiedzialności i pokory w procesie wnioskowania. Świadczy o praktycznej i korzystnej interakcji racjonalnego i automatycznego trybu wnioskowania. ■



fot. [pexels](#)

Bibliografia:

1. Global Misdiagnosis insides – medical error statistics by countries [Internet]. Cloud Hospital. Dostępne [1 marzec 2023] na: <https://icloudhospital.com/articles/global-misdiagnosis-insides-medical-error-statistics-by-countries>
2. Tewfik BA. The Impostor Phenomenon Revisited: Examining the Relationship between Workplace Impostor Thoughts and Interpersonal Effectiveness at Work. *Acad Manag J.* 2022;65(3):988-1018. DOI: [10.5465/amj.2020.1627](https://doi.org/10.5465/amj.2020.1627)
3. Sladek RM, Bond MJ, Huynh LT, Chew DPB, Phillips PA. Thinking styles and doctors' knowledge and behaviours relating to acute coronary syndromes guidelines. *Implement Sci.* 2008;3(1):23. DOI: [10.1186/1748-5908-3-23](https://doi.org/10.1186/1748-5908-3-23)
4. Kiesewetter J, Ebersbach R, Görlitz A, Holzer M, Fischer MR, Schmidmaier R. Cognitive Problem Solving Patterns of Medical Students Correlate with Success in Diagnostic Case Solutions. *Antonietti A, redaktor. PLoS One* 2013;8(8):e71486. DOI: [10.1371/journal.pone.0071486](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071486)
5. Lubarsky S, Dory V, Audétat M-C, Custers E, Charlin B. Using script theory to cultivate illness script formation and clinical reasoning in health professions education. *Can Med Educ J* [Internet]. 2015;6(2):e61-70. PMID: [27004079](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27004079/)
6. Staal J, Hooftman J, Gunput STG, Mamede S, Frens MA, Van den Broek WW, i in. Effect on diagnostic accuracy of cognitive reasoning tools for the workplace setting: systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2022;31(12):899-910. DOI: [10.1136/bmjqs-2022-014865](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2022-014865)

FUNDACJA NIEZDIAGNOZOWANI została założona w 2021 r. i wspiera pacjentów poszukujących diagnozy zarówno od strony psychologicznej, jak i medycznej. Podopieczni Fundacji to osoby diagnozowane nie tylko w kierunku chorób rzadkich, ale też powszechnych chorób cywilizacyjnych z nietypowym przebiegiem oraz trudnym do ustalenia źródłem objawów (np. alergii). Decyzja o przyjęciu pod stałą opiekę Fundacji następuje na podstawie analizy przypadku przez zespół i specjalistów, w tym psychologa. Z uwagi na dużą liczbę zgłoszeń od osób z całej Polski Fundacja poszukuje do współpracy zarówno lekarzy, jak i studentów medycyny zainteresowanych rozwojem naukowym oraz obserwacją pacjentów o złożonym obrazie klinicznym choroby. Więcej o Fundacji można przeczytać na stronie niezdiagnozowani.com.

PAMELA KOZIOŁ

Gdański Oddział IFMSA na forum ogólnopolskim



IFMSA-Poland

Oddział Gdańsk

W dniach 14-16 kwietnia w Bydgoszczy odbyło się jubileuszowe 50. Zgromadzenie Delegatów (ZD) IFMSA-Poland. W jego trakcie oprócz uroczystej gali odbyły się również wybory do władz ogólnopolskich Stowarzyszenia, w wyniku których 5 studentów_ek Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego zostało wybranych na przedstawicieli_ki IFMSA-Poland w kadencji 2023/2024.

Zgromadzenie Delegatów to odpowiednik General Assembly, o którym mogliście przeczytać w [kwietniowym](#) numerze „Gazety” (s. 79). Jest to zjazd przedstawicieli_ek wszystkich 19 Oddziałów IFMSA-Poland, podczas którego podejmowane są najważniejsze decyzje dotyczące Stowarzyszenia, takie jak zmiany regulaminu i kryteriów rozliczania. Ogólnie – dużo papierkowej roboty i dyskusji o bieżących sprawach. Zazwyczaj w trakcie spotkania odbywają się również sesje programów stałych naszego Stowarzyszenia i Zarządu Głównego, dzięki czemu możemy zwiększać swoje kompetencje oraz poznawać ludzi z innych miast.

Delegaci zbierają się dwa razy w roku – jesienią oraz wiosną. W trakcie wiosennego ZD przeprowadzane są wybory do Team of Officials (Zarządu Głównego, grupy koordynatorów narodowych oraz Komisji Rewizyjnej) IFMSA-Poland. Jest to kulminacyjny punkt wydarzenia.

W trakcie 50. ZD odbyła się uroczysta gala, na którą zaproszeni byli alumni naszego Stowarzyszenia. Alumni to osoby, które były członkami IFMSA-Poland, a po ukończeniu studiów wciąż wspierają działalność organizacji w różnych

aspektach. W trakcie gali przeprowadzono panel dyskusyjny, podczas którego dawni_e członkowie_kinie opowiedzieli, jak wyglądała działalność IFMSA-Poland 5-10 lat temu.

Przechodząc do samych wyborów – w tym roku Oddział Gdańsk wydelegował aż pięcioro kandydatów_ek do Team of Officials. Była to najliczniejsza grupa, a co więcej, każda z tych osób została wybrana na funkcję, o którą się ubiegała! Poznajcie te osoby i dowiedzcie się, czym będą się zajmować.

Reprezentanci_tki GUMed



Anna Bocheńska

Anna Bocheńska została wybrana na prezydentkę IFMSA-Poland. Wśród jej zadań znajdzie się reprezentacja zewnętrzna Stowarzyszenia, a więc m.in. utrzymywanie kontaktów z Ministerstwem Zdrowia, jak również z organizacjami pozarządowymi działającymi w obszarze zdrowia oraz społecznego zaangażowania młodzieży. Na poziomie międzynarodowym będzie reprezentowała Polskę na spotkaniach IFMSA oraz będzie odpowiedzialna za współpracę z organizacjami członkowskimi IFMSA w innych krajach.



Uczestnicy i uczestniczki 50. Zgromadzenia Delegatów IFMSA-Poland | fot. Jan Okliński



Michał Gomulec

Michał Gomulec obejmie funkcję sekretarza generalnego IFMSA-Poland – wśród jego zadań znajdzie się prowadzenie dokumentacji Stowarzyszenia, pomoc sekretarzom poszczególnych oddziałów w bieżących sprawach, kontakt z urzędami i Krajowym Rejestrem Sądowym, nadzorowanie przygotowań do sesji plenarnych Zgromadzeń Delegatów i wprowadzania uchwalonych zmian do oficjalnych dokumentów. Nowy sekretarz generalny będzie ponadto odpowiedzialny za nadzór nad oficjalnymi stanowiskami IFMSA-Poland, odnoszącymi się do bieżących tematów z zakresu szeroko pojętej ochrony zdrowia.



Ewa Szplit

Ewa Szplit została wybrana na koordynatorkę narodową ds. zdrowia i praw reprodukcyjnych, w tym HIV i AIDS. Celem tego programu jest praca na rzecz zdrowia reprodukcyjnego oraz zapobiegania chorobom przenoszonym drogą płciową. Skupi się ona na nadzorowaniu pracy zespołu ogólnopolskiego wspomnianego programu, pomocy koordynatorom lokalnym, jak również na współpracy ze skarbniczką i sekretarzem Stowarzyszenia oraz dyrektorem międzynarodowego programu IFMSA SCORA.



Andrzej Bilyk

Andrzej Bilyk obejmie funkcję koordynatora narodowego ds. praktyk klinicznych studentów wyjeżdżających – w zakres jego obowiązków będzie wchodzić opieka oraz nadzór nad pracą koordynatorów lokalnych, przeprowadzenie kwalifikacji na praktyki kliniczne oraz bezpośrednia współpraca z sekretarzem oraz skarbniczką Stowarzyszenia na poziomie ogólnopolskim, jak również z dyrektorem IFMSA SCOPE i koordynatorami narodowymi z innych krajów.



Wiktoria Michnowska

Wiktoria Michnowska została wybrana na koordynatorkę narodową ds. wymiany naukowej studentów wyjeżdżających. Skupi się ona na współpracy z koordynatorami lokalnymi, pomocy w sprawach bieżących zespołowi ogólnopolskiemu, zajmującemu się wymianą naukową, oraz



fot. archiwum prywatne

współpracy z sekretarzem i skarbniczką Stowarzyszenia na poziomie ogólnopolskim, a także z dyrektorem IFMSA SCORE na poziomie międzynarodowym.

Pragnę również dodać, że aktualnie w Zarządzie Głównym IFMSA-Poland Gdańsk ma swoją silną reprezentację w postaci aż trzech osób! **Karolina Biernacka** pełni funkcję wiceprezydentki ds. wewnętrznych, **Michał Błaszczyk** jest wiceprezydentem ds. marketingu, a **Krzysztof Klimiuk** skarbnikiem Stowarzyszenia.

Czy działanie na skalę ogólnopolską jest trudne?

Odpowiedź na to pytanie brzmi: nie! Każdy kiedyś zaczynał jako wolontariusz na akcjach lokalnych albo edukator w szkołach. Działalność ogólnopolska jest podobna. Zaczynamy od małych rzeczy, w które możemy się zaangażować, a jest ich sporo! Tworzymy w tym celu małe grupy robocze, powołujemy zespoły i koordynatorów_ki projektów ogólnopolskich, wyznaczamy funkcje asystenckie... Wszystkie informacje o możliwościach zaangażowania się są przesyłane na mailing ogólnopolski – część przez cały rok akademicki (jak te dotyczące małych grup roboczych), a część na jego początku (np. te, które dotyczą naboru do zespołów ogólnopolskich i funkcji asystenckich przy Team of Officials).



groups.google.com/u/4/g/ifmsa-pl

Jeśli chcecie otrzymywać te informacje, wystarczy dodać się do grupy mailingowej IFMSA-Poland, korzystając z udostępnionego tutaj kodu QR. Może to będzie początek Waszej ogólnopolskiej przygody?! ■

ANNA BOCHEŃSKA
Studentka IV roku kierunku lekarskiego

zdjęcia portretowe – fot. Sonia Rokicka, archiwum prywatne

Breaking the Stereotype

International Edition



ICELAND

My name is **Sara Daðadóttir**, and I'm a 3rd year medical student from Reykjavik, Iceland.

Iceland is an island country in the North Atlantic Ocean and is a part of the Nordic countries. The island has an area of 103000 km², which is about 1/3 of the size of Poland. Interestingly though, with a population of only 370000 people, Iceland is the most sparsely populated country in Europe. In comparison, the City of Gdańsk has about 470000 inhabitants and Poland has a population around 38 million. Another interesting fact is that of the 370.000 inhabitants of Iceland, about 20000 (6%) are from Poland. **Reykjavik** is the capital of Iceland and because it is located not far from the Arctic Circle, it is the northernmost capital city in the world. Although Reykjavik is my hometown, the entire island feels like home to me. That is why I decided to expand my article beyond describing just that one city.

The island has an abundance of clean and renewable energy thanks to its natural hydro- and geothermal resources and is at the forefront of sustainable energy production in the world. Almost all electricity (99%) consumed in Iceland is provided by hydro- and geothermal power plants and more than 90 % of the households are heated with geothermal water transported through pipelines directly from the boreholes to our houses.

Ice-cold weather?

Contrary to its name, Iceland is not a land covered with ice. Although the largest glacier in Europe (**Vatnajökull**) indeed is located in my home country, the truth is that only 11% of Iceland's land area is covered by glaciers. Next, let me clarify: the climate in Iceland is much milder than its name or the northern location suggests. This is mainly thanks to the Gulf Stream (together with its northern extension of the North Atlantic Current), bringing warmer sea water from the Gulf of Mexico all the way to our island.



Nazywam się **Sara Daðadóttir**, jestem studentką III roku medycyny i pochodzę z Reykjavíku na Islandii.

Islandia jest wyspiarskim krajem na północnym Atlantyku, zaliczonym do krajów nordyckich. Wyspa ma powierzchnię 103 tys. km², czyli około 1/3 powierzchni Polski. Co ciekawe, z populacją liczącą zaledwie 370 tys. osób Islandia jest najsłabiej zaludnionym krajem w Europie. Dla porównania Gdańsk liczy ok. 470 tys. mieszkańców, a cała Polska ok. 38 mln. Innym ciekawym faktem jest to, że ok. 20 tys. (6%) mieszkańców Islandii pochodzi z Polski. **Reykjavik** jest stolicą Islandii, a ponieważ znajduje się niedaleko koła podbiegunowego, jest najbardziej wysuniętą na północ stolicą na świecie. Chociaż Reykjavik jest moim rodzinnym miastem, domem jest dla mnie cała wyspa. Zdecydowałam się więc nie ograniczać do opisu tylko jednego miejsca.

Wyspa jest bogata w czyste i odnawialne źródła energii. Naturalne zasoby wodne i geotermalne sprawiają, że Islandia znajduje się w światowej czołówce produkcji zrównoważonej energii. Prawie cała energia elektryczna (99%) zużywana na Islandii pochodzi z elektrowni wodnych



Fragment lodowca Vatnajökull / Part of the Vatnajökull glacier
fot. Skúli Magnús Þorvaldsson

However, Iceland is located close to the Arctic Circle, therefore the cold Arctic air mixes with the warm Gulf Stream. The result is frequent and sometimes sudden changes in the weather. If I was to use one word to describe the weather out here, it would be “variable” because it can change quickly from a beautiful sunny day to a blizzard snowstorm in only 15 minutes. We Icelandic people are used to this, so we dress appropriately for the conditions and pay attention to the weather reports from the Icelandic Meteorological Office. The Icelandic language offers of course many sayings about the weather, and one of them are *glugga veður* (window weather). Window weather is when the weather outside looks perfect through your window, but when you leave the house it's actually very cold. So don't get fooled by window weather in Iceland and always remember your cloth layers. Tourists are also encouraged to pay attention to the weather forecast reports, particularly before planning trips into the highlands or glaciers.

Fire

Iceland is located in the middle of the North Atlantic Ocean and is the highest point of the **Mid-Atlantic Ridge**, which crosses almost the whole floor of the Atlantic Ocean. You may already know that the Mid-Atlantic Ridge separates the North American Plate from the Eurasian Tectonic Plate, however, did you know that these enormous plates are drifting apart by an average of 2,5 cm per year? This is the reason why our small island has so much volcanic activity. If you drew a line from the South-West Coast to the North-East Coast of Iceland, you would *de facto* mark a volcanic hot spot with more than 30 active volcanoes. Many travelers still remember the 2010 eruption of the volcano **Eyjafjallajökull**, which spread volcanic ash into the sky above Europe, interfering with air traffic for several months. What is a bit less obvious is that many volcanoes in Iceland are covered by glaciers. Therefore, a sudden volcanic eruption causes the glacial ice to melt and send large volumes of fresh water rushing towards roads, bridges and homes on its way out to the sea. Now you know why Iceland is, rightfully, called the “Island of Ice and Fire.”

Besides volcanic activity, the fact that the two tectonic plates are drifting apart 2.5 cm per year means that we have frequent seismic activity in Iceland. What does that mean exactly? On average, there are about 26000 earthquakes in Iceland every year, with around 70-100 earthquakes per day. The big majority of them are weak (magnitude < 2 on the Richter scale) and detectable only by scientific equipment, not the people living their daily lives on the island. The strongest earthquake recorded in Iceland struck the South-West coast close to Reykjavik in June 2000, had a magnitude of 6.5 on the Richter scale and was caused by the tectonic plate drifting, not associated with any volcanic activity. On the contrary, the 2021 volcanic eruption in the Reykjanes Peninsula (**Meradalir**, only 30 km from Reykjavik), caused about 20000 earthquakes with a magnitude of 2-6 on the Richter scale in just one month, with 3100 earthquakes recorded in the 2 days before the eruption. Earthquakes of course pose a serious risk of injury and significant damage to buildings and all man-made structures.



Stuðlaberg (Studlaberg) – bazaltowe kolumny na plaży Reynisfjara / Stuðlaberg (Studlaberg) basalt columns at the Reynisfjara beach | fot. Sara Daðadóttir

i geotermalnych, a ponad 90% gospodarstw domowych jest ogrzewanych wodą geotermalną transportowaną rurociągami bezpośrednio z odwiertów.

Lodowata pogoda?

Islandia (ang. *Iceland*; *ice* – lód) wbrew swojej nazwie nie jest krainą pokrytą lodem. Chociaż największy lodowiec w Europie (**Vatnajökull**) rzeczywiście znajduje się w moim rodzinnym kraju, prawda jest taka, że tylko 11% powierzchni lądowej Islandii pokrywają lodowce. Muszę wyjaśnić, że klimat na Islandii jest znacznie łagodniejszy, niż sugeruje jej nazwa i fakt, że wyspa jest położona na północy. Dzieje się tak głównie dzięki Prądowi Zatokowemu (wraz z jego północnym przedłużeniem, Prądem Północnoatlantyckim), który przynosi cieplejszą wodę morską z Zatoki Meksykańskiej aż na naszą wyspę. Islandia leży jednak blisko koła podbiegunowego, dlatego z ciepłym Prądem Zatokowym miesza się zimne arktyczne powietrze. Rezultatem są częste, a czasem nagle zmiany warunków atmosferycznych. Gdybym miała użyć jednego słowa do opisanie tutejszej pogody, powiedziałabym, że jest zmienna, ponieważ w zaledwie 15 minut piękny słoneczny dzień może ustąpić zamieci śnieżnej. My, Islandczycy, jesteśmy do tego przyzwyczajeni, dlatego ubieramy się odpowiednio do warunków i uważnie śledzimy prognozy pogody opracowywane przez Islandzkie Biuro Meteorologiczne. Język islandzki oferuje oczywiście wiele określeń dotyczących pogody, a jednym z nich jest *glugga veður* (pogoda za oknem), czyli sytuacja, gdy pogoda za oknem wygląda idealnie, ale kiedy wychodzisz z domu, okazuje się, że tak naprawdę jest bardzo zimno. Nie daj się więc zwieść pogodzie na Islandii i zawsze pamiętaj o noszeniu kilku warstw odzieży.



How do the people of Iceland live their lives with such risks due to earthquakes and volcanoes? First and foremost, we are very aware of these dangers. For example, when decorating or buying furniture we are mindful of the fact that one of the dangers during an earthquake are all the items on shelves, decorations on the walls or heavy furniture that can fall or tip over. To make sure that our homes and workplaces are safe, the Icelandic building regulations require that all buildings and their foundations must be able to withstand an earthquake with a minimum magnitude of 7 on the Richter Scale, regardless if these structures are made of concrete, steel or timber. Also, we have pre-existing evacuation protocols in time of danger and The Scientific Council for Civil Protection have highly educated and experienced professionals in this area and are in cooperation with the Icelandic Meteorological Office, the rescue services, police and the Icelandic government. They are on constant alert and monitor the areas around the volcanoes and the tectonic plates.

Folklore

The Icelandic people are known for believing in myths, folklore and superstitious things. These beliefs were influenced and affected by the people's proximity to the Icelandic harsh nature and myths and folklore were passed down from generation to generation throughout the centuries. Even today, about 50% of the Icelandic people believe in Elves living in enchanted rocks. While that might sound funny to you, these beliefs are taken seriously and influence the Icelandic society today. For example, when designing a new building or road, architects and engineers must be aware if there are any enchanted rocks in the proposed construction site. Why? Because according to folklore, if you destroy an enchanted rock, you will be cursed and are more likely to get into an accident.

Iceland is also known for its 13 Yule Lads, who come down one by one from their homes in the mountains every year and visit every home the 13 days leading up to Christmas Eve. Depending on the children's behavior on the day before, the Lads put either treats or potatoes into children's shoes that were placed on the windowsill. I can't finish without mentioning their mother, *Gryla*, who is a giantess that hunts disobedient children and carries them home to her cave in her giant sack, as they are her favorite snack. Her house pet, the ferocious *Jólaötturinn* (Yule Cat), is a gigantic cat that eats children who haven't received new clothes to wear before Christmas Eve. Like most folklore, there is a purpose for the *Gryla* and *Jólaötturinn* stories. They represent the need for children to behave and their parents buying them new clothes before the Christmas holidays.

Nature

Iceland is now world-famous for its astonishing nature. If you watched "Game of Thrones" or the 2013 version of "The Secret Life of Walter Mitty," you had a chance to see some of it already.



Erupcja w masywie górskim Fargradalsfjall na półwyspie Reykjanes; 2021 r. / The Fargradalsfjall eruption in Reykjanes Peninsula 2021 | fot. Skúli Magnús Þorvaldsson

Turystów zachęcam również do zwracania uwagi na prognozy pogody, zwłaszcza przed planowanymi wyjazdami w góry lub na lodowce.

Ogień

Islandia położona jest na środku północnego Atlantyku i jest najwyższym punktem **Grzbietu Śródatlantyckiego**, który przecina prawie całe dno oceanu. Być może już wiesz, że Grzbiet Śródatlantycki oddziela płytę północnoamerykańską od eurazjatyckiej płyty tektonicznej, ale czy wiedziałeś, że te ogromne płyty oddalają się od siebie średnio o 2,5 cm rocznie? To jest powód, dla którego nasza mała wyspa ma tak dużą aktywność wulkaniczną. Rysując linię łączącą południowo-zachodnie i północno-wschodnie wybrzeża Islandii, można wyznaczyć obszar z ponad 30 aktywnymi wulkanami. Wielu podróżników wciąż pamięta erupcję wulkanu **Eyjafjallajökull** z 2010 r., która rozrzuciła pył wulkaniczny nad Europą, zakłócając ruch lotniczy na kilka miesięcy. Nieco mniej oczywiste jest to, że wiele wulkanów na Islandii jest pokrytych lodowcami. Dlatego nagła erupcja wulkanu powoduje topnienie lodu lodowcowego i przemieszczenie dużych ilości świeżej wody w stronę dróg, mostów i domów. Teraz już wiesz, dlaczego Islandia słusznie nazywana jest Wyspą Lodu i Ognia.

Oprócz aktywności wulkanicznej fakt, że dwie płyty tektoniczne oddalają się od siebie o 2,5 cm rocznie sprawia, że na Islandii występuje duża aktywność sejsmiczna. Co to dokładnie oznacza? Każdego roku na Islandii ma średnio miejsce ok. 26 tys. trzęsień ziemi, czyli ok. 70-100 dziennie. Zdecydowana większość z nich jest słaba (o sile < 2 w skali Richtera) i wykrywalna tylko przez sprzęt naukowy, a nie przez mieszkańców wyspy. Najsilniejsze trzęsienie ziemi odnotowane na Islandii nawiedziło południowo-zachodnie wybrzeże w pobliżu Reykjavíku w czerwcu 2000 r., miało siłę 6,5 stopnia w skali Richtera i było spowodowane dryfowaniem płyt tektonicznych, niezwiązanym z żadną aktywnością wulkaniczną. Dla porównania, erupcja wulkanu Meradalir w 2021 r. na półwyspie Reykjanes (zaledwie 30 km od Reykjavíku) spowodowała



Contrary to its name, Iceland is rather a green island. Icelandic nature is a mix of mountains, rivers, waterfalls, glaciers, sandy deserts and of course volcanoes. The most popular tourist route in Iceland is the **Golden Circle**, stretching from Reykjavík into the southern upland's regions of the island and back. It includes the **Pingvellir** National Park, **Gullfoss** waterfall and the active geothermal area of **Haukadalur** with the water geysers named **Geysir** and **Strokkur**. By the way, did you know that word 'geyser' in English comes from the Icelandic word *geysir* that means 'to gush'?

Pingvellir National Park is in the South-West Region of Iceland and has an enormous historical/cultural/political and geological significance. Pingvellir was the site of the **Alþingi** (Alþingi), which is the oldest surviving parliament in the world, founded in the year 930 AD. Alþingi met at Pingvellir from 930-1798, but was suspended in 1799 by the Kingdom of Denmark. Alþingi was then reconvened in Reykjavík in 1845 where it has been held ever since. It is noteworthy that while people in the rest of Europe were ruled by emperors, kings or princes, the people of Iceland met in Pingvellir and made decisions in a democratic way. Matter of fact, Iceland never had its own monarchy, but was a part of the Kingdom of Denmark from 1814-1918 and became fully independent in the year 1944. Remember the two tectonic plates I mentioned earlier? Well, Pingvellir is located in a rift valley created by the drifting of these tectonic plates. After hearing and reading about them, here in Pingvellir you can actually see and touch those geological structures. In addition, in this national park you can find **Silfra**, the only place in the world where you can dive between the North American and Eurasian tectonic plates. It is a fissure filled with ice cold and crystal-clear fresh spring water and a delicate ecosystem. As you can expect, Silfra is one of the most interesting snorkeling and scuba diving sites in the world and is popular with visitors.



Wodospad Gullfoss / Gullfoss waterfall | fot. Sara Daðadóttir

około 20 tys. trzęsień ziemi o sile 2-6 w skali Richtera w ciągu zaledwie jednego miesiąca. Ponadto w ciągu dwóch dni przed erupcją zarejestrowano 3 100 trzęsień ziemi. Oczywiście zjawiska te stwarzają poważne ryzyko obrażeń u ludzi, a także znacznych szkód budowlanych.

Jak mieszkańcy Islandii żyją ze świadomością ryzyka związanego z trzęsieniami ziemi i aktywnością wulkanów? Przede wszystkim jesteśmy bardzo świadomi tych zagrożeń. Na przykład dekorując mieszkanie lub kupując meble, zdajemy sobie sprawę z tego, że jednym z niebezpieczeństw podczas trzęsienia ziemi mogą okazać się wszystkie przedmioty na półkach lub dekoracje na ścianach, które mogą spaść, a także ciężkie meble, które mogą się przewrócić. Abyśmy mieli pewność, że nasze domy i miejsca pracy są bezpieczne, islandzkie przepisy budowlane wymagają, by wszystkie budynki i ich fundamenty były w stanie wytrzymać trzęsienie ziemi o sile co najmniej 7 stopni w skali Richtera, niezależnie od tego, czy konstrukcje te są wykonane z betonu, stali czy drewna. Ponadto dysponujemy gotowymi protokołami ewakuacyjnymi, a w Radzie Naukowej ds. Ochrony Ludności pracują świetnie wykształceni i doświadczeni specjaliści w tej dziedzinie, którzy współpracują z Islandzkim Biurem Meteorologicznym, służbami ratowniczymi, policją i rządem. Są w ciągłej gotowości i monitorują obszary wokół wulkanów i płyty tektoniczne.

Folklor

Islandzcy są znani z wiary w mity, zamiłowania do folkloru i przesądów, które były przekazywane przez wieki z pokolenia na pokolenie. Na te wierzenia wpłynęła bliskość ludzi z surową islandzką przyrodą. Nawet dzisiaj około 50% Islandczyków wierzy, że elfy żyją w zaczarowanych skałach. Choć może to zabrzmieć zabawnie, te wierzenia są traktowane poważnie i mają wpływ na dzisiejsze islandzkie społeczeństwo. Na przykład projektując nowy budynek lub drogę, architekci i inżynierowie muszą być świadomi, czy na proponowanym placu budowy znajdują się zaczarowane skały. Dlaczego? Ponieważ zgodnie z islandzkimi wierzeniami, jeśli zniszczysz zaklętą skałę, zostaniesz przeklęty i bardziej prawdopodobne stanie się, że ulegniesz wypadkowi.

Islandia jest również znana z 13 *Jólasveinar* (Gwiazdkowych Chłopców), którzy każdego roku schodzą jeden po drugim ze swoich domów w górach i odwiedzają każdy dom przez 13 dni poprzedzających Wigilię. W zależności od zachowania dzieci w dniu poprzednim Chłopcy wkładają smakołyki lub ziemniaki do ich stojących na parapecie butów. Nie mogą nie wspomnieć o ich matce, czyli olbrzymce *Gryla*, która poluje na nieposłuszne dzieci, będące jej ulubioną przekąską, i przynosi je do swojej jaskini w gigantycznym worku. Jej domowym zwierzęciem jest okrutny i ogromny *Jólaökötturinn* (Gwiazdkowy Kot), zjadający dzieci, które nie otrzymały nowych ubrań do noszenia przed Wigilią. Podobnie jak większość podań folklorystycznych, opowieści o *Gryla* i *Jólaökötturinn* mają swój cel – reprezentują potrzebę dobrego zachowania



Another popular travel route in Iceland is along the South Coast of the island. There you will pass the amazing waterfalls of **Skógafoss** and **Seljalandsfoss**, discover the glaciers of **Eyjafjallajökull**, **Mýrdalsjökull** and **Vatnajökull National Park** with its amazing glacier tongues and glacier lagoons, visit the beautiful **Skaftafell Nature Reserve** and experience the famous black volcanic sandy **Reynisfjara Beach** with its 3 rocky sea stacks out of the shoreline called **Reynisdrangar**. According to our folklore, three Trolls were pulling ships to the shore at night and when exposed to the sun rays during sunrise, they turned to stone. If you decide to visit Reynisfjara Beach you must be aware that it is not safe to swim there, even on calm weather days. People are advised to never turn their back to these waves, even when just standing on the beach, as they can appear suddenly and pull tourists out into the Atlantic Ocean with its strong outgoing currents. These roaring waves have sadly claimed a few lives.

If you are interested in experiencing the nature and landscapes of Iceland, to see the beautiful rivers and waterfalls, the black sandy beaches and deserts, the small towns and countryside and the Icelandic national parks and natural hot springs, I recommend you to rent a car and drive along the **Route 1**, national road that circles the entire island. If you on the other hand are more interested in visiting lava caves, snowmobiling on the glaciers, hiking the Icelandic highlands, or enjoying river rafting, I recommend you to book a guided trip through one of the local traveling companies.

Kuldinn herðir

Iceland is a hard-working nation. The Icelandic people are raised with the notion that *kuldinn herðir* (the cold makes



Wodospad Skógarfoss / Skógarfoss waterfall

fot. Sara Daðadóttir

oraz kupowania przez rodziców nowych ubrań przed świętami Bożego Narodzenia.

Natura

Islandia jest znana na całym świecie ze swojej zadziwiającej przyrody. Jeśli oglądałeś *Grę o tron* lub wersję *Sekretnego życia Waltera Mitty* z 2013 r., wiesz, o czym mówię. Wbrew swojej nazwie Islandia jest raczej zieloną wyspą. Islandzka przyroda to mieszanka gór, rzek, wodospadów, lodowców, piaszczystych pustyń i oczywiście wulkanów. Najpopularniejszą trasą turystyczną na Islandii jest **Złoty Krąg**, ciągnący się od Reykjavíku do południowych regionów wyżynnych wyspy. Obejmuje **Park Narodowy Þingvellir**, wodospad **Gullfoss** i aktywny obszar geotermalny **Haukadalur** z wodnymi gejzerami **Geysir** i **Strokkur**. Nawiasem mówiąc, czy wiesz, że słowo „gejzer” pochodzi od islandzkiego słowa *geysir*, które oznacza „tryskać”?

Park Narodowy Þingvellir znajduje się w regionie południowo-zachodniej Islandii i ma ogromne znaczenie historyczne, kulturowe, polityczne i geologiczne. Þingvellir było siedzibą **Alþingi** (Althingu), najstarszego zachowanego parlamentu na świecie, założonego w 930 r. Alþingi zbierał się w Þingvellir w latach 930-1798, ale w 1799 r. został zawieszony przez władze Królestwa Danii. Parlament zebrał się ponownie w Reykjavíku w 1845 r., gdzie gromadzi się do dziś. Warto zauważyć, że podczas gdy w pozostałej części Europy rządili cesarzowie, królowie lub książęta, mieszkańcy Islandii spotykali się w Þingvellir i podejmowali decyzje w demokratyczny sposób. Islandia nigdy nie miała własnej monarchii, ale w latach 1814-1918 była częścią Królestwa Danii, a pełną niepodległość uzyskała w 1944 r.

Pamiętasz dwie płyty tektoniczne, o których wspomniałam wcześniej? Þingvellir znajduje się w dolinie ryftowej utworzonej przez ich dryf – możesz tu na własne oczy zobaczyć te struktury geologiczne, a nawet ich dotknąć. Ponadto w Þingvellir znajduje się **Silfra**, jedyne miejsce na świecie, w którym można nurkować między płytą północnoamerykańską i eurasyjatycką. Jest to szczelina wypełniona lodowatą i krystalicznie czystą wodą źródlaną, w której funkcjonuje delikatny ekosystem. Silfra jest jednym z najciekawszych miejsc do snorkelingu i nurkowania na świecie i cieszy się dużą popularnością wśród odwiedzających.

Inną popularną trasą turystyczną na Islandii jest południowe wybrzeże wyspy. Tam znajdziesz niesamowite wodospady **Skógafoss** i **Seljalandsfoss**, odkryjesz lodowce **Eyjafjallajökull**, **Mýrdalsjökull** i **Park Narodowy Vatnajökull** z jego niesamowitymi jeziorami i lagunami lodowcowymi, odwiedzisz piękny rezerwat przyrody **Skaftafell** i poznasz słynną czarną wulkaniczną piaszczystą plażę **Reynisfjara** z trzema skalistymi filarami poza linią brzegową, zwanymi **Reynisdrangar**. Według naszego folkloru to trzy trolle, które wyciągały nocą statki na brzeg i zmieniły się w kamień podczas wschodu słońca. Jeśli zdecydujesz się odwiedzić plażę





Obszar geotermalny w Námaskarð (Namaskard) / The geothermal area of Námaskarð (Namaskard) | fot. Sara Daðadóttir

you stronger), which reflects for example in that schools and outdoor football practices are almost never cancelled during bad snowy weathers and babies are used to take their daily naps in their strollers parked outside, even during winter days. We believe that it is not worth it to complain about the weather or other superficial things and instead it is better to focus on our jobs or education. We also believe that each individual is an important part of the society and should contribute, just as people have always done during the centuries.

Our culture is enriched with music and art, which often is influenced by nature. You can find this in the work by the Icelandic artist **Björk** and the bands such as **Sigur Rós** and **KALEO**. These artists have a big respect for Mother Nature and their music and lyrics often mimic this relation and are about respecting our planet's natural resources and wilderness. The sound of their music seems to have an undescribed connection with the Icelandic landscape. This is a bit difficult for me to explain, so you might have to listen to "Unravel," "Jóga" and "Bachelorette" by Björk or "Svefn-g-englar," "Glósóli" and "Valtari" by Sigur Rós, while gazing at an Icelandic landscape and check if you feel that connection.

A cornerstone in Icelandic daily culture is enjoying a warm outdoor bath in hot springs or big swimming pool facilities which are in every populated area on the island. The natural hot springs are caused by geothermal activity and are a popular tourist attraction. We are a fishing nation, so swimming is a very important skill and it is taught in school from a young age. People gather in pools to meet others, exercise, relax, chat or debate. The most popular hot springs in Iceland are **The Blue Lagoon**, **Sky Lagoon**, **Fontana Geothermal Baths**, **Myvatn Nature Baths**, **Forest Lagoon** and the **Geothermal Sea Baths**. It is good to keep in mind that the natural hot springs in Iceland are full of minerals such as calcium, magnesium and silicon that can make hair dry and sticky. If you



Reynisfjara, musisz mieć świadomość, że pływanie tam nie jest bezpieczne, nawet gdy panuje dobra pogoda. Zaleca się, aby nigdy, nawet stojąc na plaży, nie odwracać się plecami do oceanu, ponieważ fale mogą pojawić się nagle i wciągnąć turystów do wody silnymi prądami wychodzącymi. Te ryczące fale niestety pochłonęły już kilka istnień ludzkich.

Jeśli chcesz poznać przyrodę i krajobrazy Islandii, zobaczyć piękne rzeki i wodospady, czarne piaszczyste plaże i pustynie, małe miasteczka i wiejskie krajobrazy oraz islandzkie parki narodowe i naturalne gorące źródła, polecam wynajem samochodu i jazdę wzdłuż drogi krajowej **Route 1**, która okrąży całą wyspę. Z drugiej strony, jeśli bardziej interesuje Cię zwiedzanie jaskiń lawowych, jazda skuterem śnieżnym po lodowcach, wędrowki po islandzkich wyżynach lub rafting rzeczny, polecam zarezerwować wycieczkę z przewodnikiem za pośrednictwem jednej z lokalnych firm turystycznych.

Kuldinn herðir

Islandzcy to pracowity naród. Jesteśmy wychowani w przekonaniu, że *kuldinn herðir* (zimno hartuje), co znajduje odzwierciedlenie np. w fakcie, że zajęcia szkolne i treningi piłki nożnej na świeżym powietrzu prawie nigdy nie są odwoływane z powodu złej, śnieżnej pogody, a małe dzieci są przyzwyczajone do codziennej drzemki w wózkach zaparkowanych na zewnątrz nawet w zimowe dni. Uważamy, że nie warto narzekać na pogodę czy inne powierzchowne rzeczy, a zamiast tego lepiej skupić się na swojej pracy lub nauce. Wierzymy również, że każda osoba jest ważną częścią społeczeństwa i powinna wносить w nie swój wkład, tak jak robili to ludzie na przestrzeni wieków.

Nasza kultura jest bogata w muzykę i sztukę, na które często wpływa natura. Można ją odnaleźć w piosenkach **Björk** i zespołów takich jak **Sigur Rós** i **KALEO**. Ci artyści mają wielki szacunek dla Matki Natury, a ich muzyka i teksty



have long hair, I strongly recommend that you put your hair up before you take a bath, especially in the Blue Lagoon, unless you don't mind your hair turning into barbed wire. Don't be surprised that the hot tap water in Iceland has a noticeable smell. This is because it is naturally heated by the geothermal energy obtained from below the ground and therefore contains sulfur, that has reacted with hydrogen and formed the smelly chemical compound hydrogen sulphide. On the other hand, the cold tap water runs straight from our natural springs, does not have the sulfuric smell and is considered amongst the cleanest fresh water on the planet.

Now let's turn to more stereotypes, pre- and misconceptions about Iceland.

Does everybody in Iceland know each other?

No. However we are a small society, so we know at least someone that knows those we do not know.

Are there Penguins and Polar Bears in Iceland?

No. Penguins live on the South Pole and not near the North Pole. Polar Bears on the other hand live in the North Pole region, but not in Iceland. However, occasionally they pay a visit when they manage to float on icebergs and swim from Greenland.

Do the Icelandic people live in Igloos?

No, we live in ordinary houses constructed from concrete, steel and timber. However, wouldn't it be cool to live in a five-story Igloo with an elevator and a sauna?

Why the names "Greenland" and "Iceland" and not the other way around?

There are few tales about this in the Viking Sagas. One of the Sagas tells us about the Norse explorer named Naddodur who sailed to Iceland and came ashore at a snowy beach and named the island *Snaeland*, which literally means "Snow Land" in the Icelandic language. Another Saga tells us about the explorer Flóki Vilgerdardson who sailed from the mainland to the island and named it Iceland, as he was standing on a mountaintop and looking over an fjord full of icebergs, notably marked by grief by the loss of his daughter as she fell overboard and drowned before arrival to the island. Greenland on the other hand was according to the Viking Sagas discovered by the Viking Eiríkur Rauði (Erik the Red), the father of Leifur Eiríksson (Leif Eriksson). He was banned from Iceland and sailed to a new land he just had discovered, which he called Greenland, in hope it would attract people to come there.

Are winters in Iceland very long and with almost no sunlight?



często odwołują się do związku z nią i dotyczą poszanowania zasobów naturalnych i dzikiej przyrody na naszej planecie. Brzmienie tej muzyki wydaje się mieć nieopisany związek z islandzkim krajobrazem. Trochę trudno mi to wytłumaczyć, więc być może będziecie musieli posłuchać utworów *Unravel*, *Jóga* i *Bachelorette* Björk lub *Svefn-g-englar*, *Glósóli* i *Valtari* Sigur Rós, wpatrując się w islandzki krajobraz. Sprawdźcie sami, czy czujecie ten związek.

Filarem islandzkiej kultury codziennej jest korzystanie z ciepłej kąpieli na świeżym powietrzu w gorących źródłach lub dużych basenach, które znajdują się na każdym zaludnionym obszarze wyspy. Naturalne gorące źródła geotermalne są popularną atrakcją turystyczną. Ponieważ jesteśmy narodem rybackim, pływanie jest bardzo ważną umiejętnością, nauczaną w szkole od najmłodszych lat. Ludzie przychodzą na basen, aby spotykać się z innymi, ćwiczyć, relaksować się i rozmawiać. Najpopularniejsze gorące źródła na Islandii to **Blue Lagoon**, **Sky Lagoon**, **Fontana Geothermal Baths**, **Myvatn Nature Baths**, **Forest Lagoon** i **GeoSea Sea Baths**. Warto pamiętać, że islandzkie gorące źródła są pełne minerałów, takich jak wapń, magnez i krzem, które mogą powodować suchość i lepkość włosów. Jeśli masz długie włosy, polecam spać je przed kąpielą, zwłaszcza w Blue Lagoon, chyba że nie przeszkadza Ci, gdy Twoje włosy zamieniają się w drut kolczasty. Nie zdziw się też, że gorąca woda z kranu ma na Islandii wyczuwalny zapach. Dzieje się tak, ponieważ jest naturalnie ogrzewana przez energię geotermalną pozyskiwaną z ziemi i dlatego zawiera siarkę, która podczas reakcji z wodorem tworzy nieprzyjemnie pachnący siarkowodór. Natomiast zimna woda płynie prosto z naszych naturalnych źródeł, jest bezwonna i uważa się ją za jedną z najczystszych słodkich wód na świecie.

Przejdźmy teraz do kolejnych stereotypów, uprzedzeń i nieporozumień dotyczących Islandii.

Czy wszyscy na Islandii się znają?

Nie. Jesteśmy jednak małym społeczeństwem, więc znamy przynajmniej kogoś, kto zna tych, których my nie znamy.

Czy na Islandii są pingwiny i niedźwiedzie polarne?

Nie. Pingwiny żyją na biegunie południowym, a nie w pobliżu bieguna północnego. Niedźwiedzie polarne z kolei żyją wprawdzie w regionie bieguna północnego, ale nie na Islandii. Od czasu do czasu zdarza się jednak, że składają nam wizytę, gdy udaje im się przypląć na krach lodowych z Grenlandii.

Czy Islandczycy mieszkają w igloo?

Nie. Mieszkamy w zwykłych domach zbudowanych z betonu, stali i drewna. Jednak czy nie byłoby fajnie mieszkać w pięciopiętrowym igloo z windą i sauną?



Yes. The darkest time in Iceland is during the winter months (early October to early April). During these months, the average daylight hours are significantly reduced and in December the daylight lasts only 4 hours with sunrise around 11:30 and sunset at 15:30. On the other hand, the summer months are extremely generous with sunlight and in June the sun rises at 3:00 am and doesn't set until 21 hours later, a few minutes after midnight, hence the Icelandic "midnight sun." The average summer temperature in Iceland is 10-13 °C, with warm summer days with temperatures of 20-25 °C. The average winter temperature is around 0 °C in the south and -10 °C in the north part of the island. The highest measured temperature in Iceland is 30.5 °C and the record coldest temperature is -39.7 °C.

Is inbreeding a normal occurrence in Iceland?

Yes and No. It depends on how you define inbreeding. It is common in Iceland to be related back to the 8th or 9th generation. So, it is almost 600 years. That doesn't count, now does it? The Icelandic gene pool has also received extra gene contributions during the centuries from English and French sailors.

Is it true that Icelandic people use a dating app to check the risk of a familiar relationship?

Yes, of course. We are a small nation, so the potential to meet and date next of kin is very real. We don't want that, so we need all the help we can get.

Is it true that the Icelandic people can check their family trees in a book? →



Spacer pomiędzy dwiema płytami tektonicznymi w Þingvellir (Thingvellir) / Walking between the tectonic plates in Þingvellir (Thingvellir) | fot. Sara Daðadóttir

Dlaczego nazwy „Grenlandia” i „Islandia” nie są przyporządkowane odwrotnie?

W sagach wikingów jest niewiele opowieści na ten temat. Jedna z sag opowiada o nordyckim odkrywcy o imieniu Naddoddur, który popłynął na Islandię, wylądował na zaśnieżonej plaży i nazwał wyspę *Snaeland*, co w języku islandzkim oznacza dosłownie „Kraina Śniegu”. Inna saga opowiada o odkrywcy Flókim Vilgerdarsonie, który przepłynął z lądu na wyspę i nazwał ją Islandią. Flóki stał wtedy na szczycie góry i patrzył na fiord pełen gór lodowych, targany żalem po stracie córki, która wypadła za burtę i utonęła przed przybyciem na wyspę. Grenlandia według sag została natomiast odkryta przez wikinga Eiríkura Rauðiego (Eryk Rudy), ojca Leifura Eiríkssona (Leif Eriksson). Eiríkur został wydalony z Islandii i popłynął do nowego lądu, który nazwał Grenlandią w nadziei, że przyciągnie tam ludzi.

Czy zimy na Islandii są bardzo długie i prawie nie świeci w ich czasie słońce?

Tak. Najciemniejszy okres na Islandii przypada na miesiące zimowe (od początku października do początku kwietnia). W tym czasie średnia liczba godzin dziennych jest niewielka. W grudniu słońce świeci jedynie przez 4 godziny, od ok. 11:30 do 15:30. Z drugiej strony, miesiące letnie są wyjątkowo obfite w światło słoneczne. W czerwcu słońce wschodzi o 3:00 i zachodzi dopiero 21 godzin później, kilka minut po północy, stąd mówi się o islandzkim „północnym słońcu”. Średnia temperatura latem na Islandii wynosi 10-13 °C, choć w ciepłe dni osiąga nawet 20-25 °C. Zimą średnia temperatura wynosi ok. 0 °C na południu i -10 °C w północnej części wyspy. Najwyższa zmierzona temperatura na Islandii to 30,5 °C, a najniższa -39,7 °C.

Czy na Islandii powszechne jest tworzenie związków przez spokrewnione osoby?

Tak i nie. W Islandii powszechne jest pokrewieństwo w ósmym lub dziewiątym pokoleniu, czyli sięgające prawie 600 lat wstecz. To się nie liczy, prawda? Na przestrzeni wieków islandzka pula genowa została wzbogacona o dodatkowe geny od angielskich i francuskich żeglarzy.

Czy to prawda, że Islandczycy używają aplikacji randkowej, aby sprawdzić ryzyko związku z krewnym?

Oczywiście, że tak. Jesteśmy małym narodem, więc możliwość nieświadomego spotkania i umówienia się na randkę z bliskim krewnym jest bardzo realna. Nie chcemy tego, dlatego korzystamy z wszelkiej możliwej pomocy.

Czy to prawda, że Islandczycy mogą sprawdzać swoje drzewa genealogiczne w książce? →

Yes, it is true. The book is called *Islendingabok* (“the Icelandic book”) and nowadays we can access the book online. The *Islendingabok* has documentation of all the Icelandic family trees from present day and all the way back to the Viking Era. I was, for example, reading my family tree and noticed that I have a distant relative from around the year 900 AD that was called Captain Red Beard, isn't that cool? ■

Tak, to prawda. Książka ta nazywa się *Islendingabok* (książka islandzka) i obecnie mamy do niej dostęp *online*. *Islendingabok* zawiera dokumentację wszystkich islandzkich drzew genealogicznych od dnia dzisiejszego aż do czasów wikingów. Czytałam na przykład moje drzewo genealogiczne i zauważyłam, że mój daleki krewny, żyjący ok. 900 r., nazywał się Kapitan Rudobrody. Czy to nie fajne? ■

Kjötsúpa

traditional Icelandic Lamb Soup

Ingredients for 6–8 servings:

- ✓ 2 tablespoons olive oil
- ✓ 1 teaspoon finely chopped garlic
- ✓ 1.5 kg bone-in lamb shoulder or thick chops
- ✓ 1 large onion, sliced
- ✓ 1 dl rice (half of glass)
- ✓ 1.5 L water
- ✓ 1 teaspoon dried thyme
- ✓ 1 teaspoon dried oregano
- ✓ 1/2 head cabbage, coarsely chopped
- ✓ 3 medium carrots, 2 cm dice
- ✓ 3-4 dl rutabaga, 2 cm dice (1.5-2 glasses)
- ✓ 4-6 medium potatoes, 2 cm dice
- ✓ Salt and pepper, to taste

- Brown all sides of the lamb in olive oil in a large pot. Add the garlic for the last two minutes.
- Add the onion and sauté for about 1 minute. Then pour in the rice and water. Raise the heat to high, bringing the soup to a low boil and allow to boil for 5 minutes, skimming away the froth as it rises.
- Reduce the heat to medium, stir in the dried thyme and oregano, cover the pot, and cook for 40 minutes.
- Add the cabbage, carrots, rutabaga, and diced potatoes. Cook, covered, for an additional 20 minutes, or until the vegetables are fork tender.
- Remove the meat and bones from the pot, chop the meat coarsely, and return to the soup. Warm for an additional 5 minutes.
- Season with salt and pepper and serve. ■

tradycyjna islandzka zupa jagnięca

Składniki na 6–8 porcji:

- ✓ 2 łyżki oliwy z oliwek
- ✓ 1 łyżeczka drobno posiekanego czosnku
- ✓ 1,5 kg łopatki jagnięcej z kością lub grubych kotletów
- ✓ 1 duża cebula pokrojona w plasterki
- ✓ 100 ml ryżu (pół szklanki)
- ✓ 1,5 litra wody
- ✓ 1 łyżeczka suszonego tymianku
- ✓ 1 łyżeczka suszonego oregano
- ✓ 1/2 główki grubo posiekanej kapusty
- ✓ 3 średnie marchewki pokrojone w grubą kostkę (2 cm)
- ✓ 1,5-2 szklanki pokrojonej brukwi
- ✓ 4-6 średnich pokrojonych ziemniaków
- ✓ sól i pieprz do smaku

- W dużym garnku obsmaż jagnięcinę ze wszystkich stron na oliwie z oliwek. Dodaj czosnek na ostatnie 2 minuty smażenia.
- Dodaj cebulę i smaż przez około 1 minutę. Następnie wsyp ryż i wlej wodę. Zwiększ ogień, doprowadzając zupę do niskiego wrzenia i gotuj przez 5 minut, usuwając pianę z powierzchni.
- Zmniejsz ogień do średniego, dodaj tymianek i oregano, przykryj garnek i gotuj przez 40 minut.
- Dodaj kapustę, marchew, brukiew i ziemniaki pokrojone w kostkę. Gotuj pod przykryciem przez kolejne 20 minut lub do momentu, aż warzywa będą miękkie.
- Wyjmij mięso i kości z garnka, posiekaj je grubo i ponownie włóż do zupy. Podgrzewaj jeszcze przez 5 minut.
- Dopraw solą i pieprzem i podawaj. ■

SARA DAÐADÓTTIR
tłum. JANUSZ SPRINGER



INVITATION

to join the debate

Equality in Diversity

Let's talk about:

- the experiences, benefits and challenges of diversity (mainly cultural / ethnic / linguistic / religious),
- the need for equality / equal treatment / respect / inclusion / acceptance / dialogue / cooperation,
- hopes for the future and ideas to follow.

June 6th, 2023

4:00 pm

at Ateneum Gedanense Novum

SAVE THE DATE!

- Participants:
- MUG students and alumni: Princess Anieke, Faisal Al Maghlooth M.D., Shraddha Singh, Marlon Souza Luis M.D., Fanny Sunesson, Alejandra Vivas,
 - Andrzej Ziółkowski – author of the albums *The Inward Moment* and *Universal Wisdom*,
 - moderator: Jacek Kaczmarek M.D., Ph.D.

CULTURE OF RESPECT



DIVERSE AND EQUAL

The debate is organized as part of the second phase of the *Culture of Respect* educational-informational campaign, dedicated to various aspects of equality and entitled *Diverse and Equal*. The entire *Culture of Respect* campaign is implemented with support from the Marshal's Office of the Pomeranian Voivodeship, and the phase *Diverse and Equal* also in cooperation with the City of Gdańsk, University of Gdańsk and the Fahrenheit Universities.