



prof. dr hab. n. med. Ewa Kwiatkowska



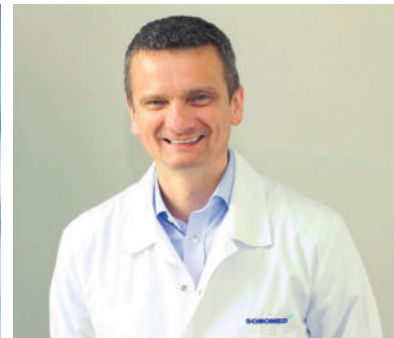
prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kotfis



dr n. med. Jowita Biernawska



prof. dr hab. n. med. Andrzej Ossowski



dr hab. n. med. Sławomir Zacha



prof. dr hab. n. med. Sebastian Kwiatkowski

Nauka, która leczy i łączy

Wydział Medycyny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Prof. dr hab. n. med. Ewa Kwiatkowska, dziekan Wydziału Medycyny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie w rozmowie dla czasopisma Nauka Innowacje Biznes

Mariusz Blimel (M.B.): Proszę powiedzieć w skrócie jaki to jest Wydział?

E.K.: Wydział Medycyny Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie to jeden z filarów polskiej nauki i kształcenia przyszłych kadr medycznych. Dynamiczny rozwój, najwyższe oceny w krajowych ewaluacjach oraz szeroka, interdyscyplinarna współpraca stawiają go w czołówce ośrodków akademickich w Polsce.

M.B.: Co charakteryzuje działalność i największy potencjał Wydziału Medycyny PUM?

E.K.: Podstawą naszej działalności jest nierozzerwalne połączenie wysokiej jakości dydaktyki z nowoczesną, intensywną pracą naukową. Potencjał Wydziału tworzą ludzie – pracownicy

naukowo-dydaktyczni, którzy jednocześnie kształcą studentów i prowadzą pionierskie badania. To właśnie ich zaangażowanie przekłada się na najwyższą „A” kategorię przyznawaną nam co 5 lat w państwowej ewaluacji. Ocena ta bierze pod uwagę nie tylko publikacje, ale również pozyskiwanie grantów, patenty oraz realny wpływ naszej działalności na społeczeństwo. Drugim filarem są studenci, których ponad 100 kół naukowych opublikowało w ubiegłym roku blisko 170 prac. Ta synergia edukacji i nauki od najwcześniejszych etapów kształcenia jest naszym największym atutem.

M.B.: Jakie są najważniejsze osiągnięcia naukowe i dydaktyczne Wydziału?

E.K.: Absolutnie utrzymanie poziomu A kategoryzacji naukowej w kolejnych ewaluacjach, które potwierdza systematyczną, wysoką jakość badań. W rankingu „Perspektyw” nasz Uniwersytet również zajmuje czołowe miejsce w kategorii naukowej. Organizacyjnie, ogromnym sukcesem jest stworzenie i rozwój struktur wspierających interdyscyplinarną

współpracę, takich jak „Okienko Badacza”, które umożliwia tworzenie zespołów badawczych w oparciu o komplementarne kompetencje.

W zakresie dydaktyki – to wdrożenie na szeroką skalę nowoczesnych technologii, jak wirtualne repozytoria preparatów, transmisje z sal operacyjnych czy zaawansowane Centrum Symulacji Medycznej.

M.B.: Flagowe projekty: które z realizowanych projektów badawczych lub inicjatyw wyróżniają Wydział?

E.K.: Po pierwsze, nasze podejście do pracy naukowej oparte na celowym budowaniu interdyscyplinarnych zespołów badawczych. Inicjatywa „Okienko Badacza” to praktyczna realizacja tej filozofii: klinicyści z pomysłem i grupą pacjentów łączą siły z genetykami, biochemikami, bioinformatykami czy statystykami, tworząc kompleksowe konsorcja aplikujące o prestiżowe granty. Po drugie, flagowym projektem dydaktycznym jest rozwój anglojęzycznego kierunku lekarskiego, będącego lustrzanym odbiciem polskiego programu oraz unikatowy program współpracy transgranicznej z Niemcami. Po trzecie, cykl „Spotkania z Nauką”, w którym zapraszamy wybitnych międzynarodowych profesorów współpracujących z naszymi naukowcami, by dzielili się wiedzą ze studentami i kadrami, inspirować do nawiązywania nowych kontaktów.

M.B.: Oferta współpracy: W jaki sposób Wydział nawiązuje i rozwija partnerstwo z biznesem, przemysłem oraz innymi podmiotami otoczenia społeczno-gospodarczego?

E.K.: Nasza współpraca zawsze koncentruje się na zdrowiu i dobrostanie człowieka, co naturalnie łączy nas z branżą farmaceutyczną, biotechnologiczną oraz medycyną spersonalizowaną. Kluczowym mechanizmem jest tu właśnie tworzenie interdyscyplinarnych zespołów, które są atrakcyjnym partnerem dla biznesu poszukującego innowacyjnych rozwiązań. Uczelnia zapewnia wsparcie administracyjne przy przygotowywaniu wniosków grantowych i budżetów, co ułatwia proces. Ponadto, nacisk na badania wdrożeniowe i patenty, które są oceniane w ewaluacji, motywuje pracowników do komercjalizacji wyników badań. Współpracujemy też z klinikami w Niemczech, oferując studentom zagraniczne praktyki.

M.B.: Na czym polega innowacyjny i interdyscyplinarny charakter badań oraz kształcenia na Wydziale?

E.K.: W nauce odchodzimy od modelu pojedynczego badacza na rzecz zespołów łączących klinicystów z uczonymi prowadzącymi badania podstawowe. Tylko takie połączenie – pomysłu klinicznego z zaawansowanymi metodami laboratoryjnymi i analitycznymi – pozwala na przełomowe odkrycia w erze medycyny molekularnej. W dydaktyce innowacyjność przejawia się poprzez włączenie technologii: od wirtualnych atlasów anatomicznych i histologicznych, przez transmisje 4K z sal operacyjnych, po zaawansowane symulacje medyczne. Symulatory uczą nie tylko procedur, ale także pracy w interdy-

scyplinarnym zespole (lekarz, pielęgniarka, ratownik) i umiejętności przywódczych. Wykorzystujemy również platformy edukacyjne oparte na sztucznej inteligencji, które pomagają weryfikować wiedzę.

M.B.: Jakie są najważniejsze, strategiczne cele rozwojowe Wydziału?

E.K.: Kluczowe jest utrzymanie najwyższej kategorii naukowej w nadchodzącej ewaluacji, co wymaga ciągłej, intensywnej pracy całego zespołu. Kolejnym celem jest dalsza intensyfikacja i instytucjonalizacja współpracy międzynarodowej, zarówno w zakresie badań, jak i wymiany studentów – tutaj nowe perspektywy otwiera współpraca z Japonią i Wietnamem. Strategicznie rozwijamy także kształcenie w języku angielskim, planując rozszerzenie oferty o kierunek pielęgniarski. Niezmiennie dążymy do wzmocnienia kultury pracy w interdyscyplinarnych zespołach, likwidując ewentualne bariery i zwiększając świadomość zasobów i możliwości wśród pracowników. Wykorzystujemy technologię, by kształcić pełnych empatii lekarzy.

M.B.: Mówiła Pani o dynamicznym rozwoju Wydziału. W jaki sposób nowoczesne technologie przekształcają sam proces nauczania klinicznego?

E.K.: Powiem na temat rewolucji, jaką w dydaktyce medycznej wywołały symulacje, transmisje cyfrowe i sztuczna inteligencja oraz na niezmiennie kluczowej roli kompetencji miękkich. Dlatego mamy dziś nowe standardy kształcenia: od sal operacyjnych do wirtualnej rzeczywistości. Rewolucja jest głęboka i wielowymiarowa. Zaczniemy od podstaw: obowiązujący standard kształcenia nakazuje, by od 5% do 15% wszystkich godzin zajęć klinicznych, odbywało się z wykorzystaniem metod symulacyjnych. Kluczowe jest podejście stopniowane: student najpierw ćwiczy procedurę na symulatorze – od prostego wkłucia, przez cewnikowanie, aż po zaawansowane zabiegi – a dopiero potem wykonuje ją u pacjenta. To redukuje stres i minimalizuje ryzyko. Symulatory wysokiej wierności potrafią odwzorować nawet złożone stany kliniczne, reagując na działania studentów w czasie rzeczywistym. To już nie jest sucha teoria, ale nauka poprzez działanie i natychmiastową informację zwrotną. Technologia przeniknęła też do sal operacyjnych. Praktycznie każda z nich wyposażona jest dziś w systemy do transmisji obrazu o najwyższej jakości. To rozwiązanie problemu, który znali wszyscy: stojąc za plecami operatora, student nie widział pola operacyjnego. Teraz cały zespół, a nawet studenci w sąsiedniej sali, mogą obserwować zabieg na ekranie w najdrobniejszych szczegółach, jednocześnie słuchając komentarza chirurga. Eliminujemy tłok przy stole, a jednocześnie multiplikujemy efekt edukacyjny. To jest przełom w nauczaniu chirurgii.

M.B.: A czy wirtualna rzeczywistość (VR) i sztuczna inteligencja (AI) to już stałe elementy arsenału dydaktycznego?

E.K.: Tak, choć traktujemy je jako potężne narzędzia, a nie zamienniki. Posiadamy i rozwijamy wirtualne repozytoria – na

przykład preparatów histologicznych czy anatomicznych, które student może oglądać, obracać, powiększać bez ograniczeń. Wdrażamy też zaawansowane systemy VR do symulacji zabiegów, na przykład w obrębie ośrodkowego układu nerwowego czy jamy brzusznej. To szkolenie nie tylko dla studentów, ale i dla lekarzy odbywających specjalizację. Jeśli chodzi o sztuczną inteligencję, to tutaj podchodzimy z wielką rozważą, ale i otwartością. Mamy platformy edukacyjne, które w odpowiedzi na pytania studenta wykorzystują wyłącznie zweryfikowane, oparte na dowodach źródła: podręczniki, czasopisma medyczne, rekomendacje towarzystw naukowych. To przeciwwaga dla publicznych modeli AI, które „przesiewają” cały internet, w tym źródła nierzetelne. Uczymy przyszłych lekarzy, że AI to doskonałe narzędzie do wsparcia, ale wymaga krytycznej weryfikacji przez eksperta. Mówię studentom: poza inteligencją jest jeszcze mądrość. I to mądrości klinicznej, opartej na dowodach i etyce, musimy nauczyć studentów.

M.B.: Te nowe metody muszą znaleźć odzwierciedlenie w systemie oceniania. Jak wygląda egzamin przyszłości?

E.K.: Właśnie wdrażamy go w życie. To tzw. obiektywny, ustrukturyzowany egzamin kliniczny (z ang. OSCE – Objective Structured Clinical Examination). Zgodnie z krajowymi standardami, za cztery lata będzie on obowiązkowy dla absolwentów szóstego roku, ale my już teraz przeprowadzamy jego mniejsze wersje – np. po trzecim roku, sprawdzając umiejętności procedur ratunkowych. Egzamin taki odbywa się w Centrum Symulacji Medycznej i jest niezwykle kompleksowy. Stacje egzaminacyjne mogą obejmować zadania na symulatorach, ale także rozmowę z tzw. pacjentem symulowanym – czyli przeszkolonym aktorem. To właśnie tutaj sprawdzamy to, czego żadna maszyna nie oceni: kompetencje miękkie. Aktor może wcielić się w pacjenta agresywnego, załęknionego, w rodzinę oczekującą złych wiadomości. Oceniamy, jak student nawiązuje kontakt, jak przekazuje informacje, jak radzi sobie z emocjami własnymi i pacjenta. Nowy standard kształcenia kładzie na te umiejętności ogromny nacisk i słusznie, bo to jest esencja zawodu lekarza.

Nawet najbardziej zaawansowana technologia nie zastąpi empatycznego dotyku, uważnego słuchania i umiejętności bycia przy człowieku w najtrudniejszej chwili.

M.B.: Wspomniała Pani o pracy w zespole. Czy symulacje uczą również tej kluczowej umiejętności?

E.K.: To jeden z ich największych atutów. Scenariusze w Centrum Symulacji Medycznej są często konstruowane tak, że wymagają działania interdyscyplinarnego zespołu: lekarza, pielęgniarki, ratownika, fizjoterapeuty. Uczymy nie tylko procedur, ale i jasnej komunikacji, podziału ról, przywództwa. Ktoś musi przejąć rolę lidera i koordynować działania. Ćwiczymy powtarzalne schematy postępowania w stanach nagłych, które w realnej sytuacji ratują życie. Dzięki temu, gdy nasi ab-

solwenci trafią na oddział, są nie tylko technicznie przygotowani, ale także gotowi do efektywnej współpracy. A takie przygotowanie staje się bezcenne w działaniu.

M.B.: Wyzwanie pokoleniowe: między cyfrową sprawnością a głębią kontaktu. Obserwuje Pani pokolenie studentów, dla którego smartfon jest naturalnym przedłużeniem ręki. Czy to „cyfrowe” wychowanie jest wyzwaniem w kształceniu lekarzy?

E.K.: To pytanie dotyka sedna współczesnej dydaktyki. Z jednej strony, ta biegłość technologiczna jest ogromną zaletą. Studenci błyskawicznie adoptują nowe narzędzia, platformy, aplikacje. Nie dźwigają ciężkich podręczników – mają je wszystkie w tablecie, z możliwością natychmiastowego wyszukania informacji. To efektywność. Z drugiej strony, widzimy też zagrożenia. Ciągłe przebodźcowanie, krótki czas koncentracji, trudność w głębokim, nieprzerwanym skupieniu. Naszym zadaniem jest nauczyć ich, aby potrafili „odłożyć telefon” – w sensie dosłownym i metaforycznym – gdy są przy pacjencie. Pokazujemy, że choć technologia dostarcza danych, to diagnoza rodzi się w kontakcie: w obserwacji, w dotyku, w wysłuchaniu historii. Szczególnie w erze starzejącego się społeczeństwa, gdzie na oddziały trafia wielu pacjentów w podeszłym wieku, samotnych, zdezorientowanych, ten ludzki, bezpośredni kontakt jest nie do zastąpienia. Dla nich lekarz, który patrzy w ekran, a nie w oczy, to lekarz niedostępny. Balans między wykorzystaniem technologii a autentyczną obecnością to jedna z najważniejszych lekcji, jakie staramy się przekazać.

M.B.: Czyli pomimo wszystkich innowacji, cel pozostaje niezmienny?

E.K.: Tak. Cała nasza nowoczesna dydaktyka – symulatory, AI, VR – ma jeden nadrzędny cel: stworzyć bezpieczne, kontrolowane środowisko, w którym student może popełniać błędy, uczyć się na nich i budować pewność siebie, zanim spotka prawdziwego pacjenta. Ale ostatecznie wszystkie te narzędzia służą temu, by wykształcić lekarza, który jest doskonałym diagnostą, sprawnym technicznie, ale przede wszystkim – człowiekiem zdolnym do współczucia, komunikacji i bycia oparciem w chorobie. Medycyna to nauka, ale praktyka lekarza to sztuka, w której technologia jest tylko jednym z narzędzi. Najważniejsze dzieło zawsze tworzy się w relacji z drugim człowiekiem.

M.B.: Jak działalność, nowoczesne kształcenie i konkretne projekty Wydziału przekładają się na realny wpływ społeczny i kliniczny, w których nauka spotyka się z pacjentem?

E.K.: To właśnie w konkretnych inicjatywach widać naszą filozofię. Możemy podzielić je na dwa wielkie nurty: pierwszy to rewolucja w dydaktyce, gdzie technologia nie zastępuje, ale wzmacnia kompetencje przyszłych lekarzy. Drugi to projekty badawczo-wdrożeniowe, gdzie nasi naukowcy, pracując

w zespołach, zmieniają standardy opieki medycznej w Polsce i nie tylko.

M.B.: Zaczynamy od kształcenia. Jak w praktyce wygląda wykorzystanie najnowszych technologii?

E.K.: Wymienię trzy kluczowe filary, które stanowią dziś standard na naszej uczelni. Transmisje z sal operacyjnych w jakości 4K/8K (tzw. „streaming”). Praktycznie każda sala operacyjna w naszych klinikach jest wyposażona w system umożliwiający transmisję obrazu z pola operacyjnego. To rozwiązanie historycznego problemu: student stojący za plecami chirurga nic nie widział. Dziś cała grupa, a nawet studenci w innej sali, obserwują zabieg na ekranie w najdrobniejszych szczegółach, słuchając jednocześnie komentarza operatora. To nie tylko lepsza edukacja, ale i zachowanie sterylności – eliminujemy tłok przy stole operacyjnym.

Centrum Symulacji Medycznej (CSM). To nasza duma. CSM oferuje ścieżkę nauki: Symulatory niskiej wierności: do ćwiczenia podstawowych procedur – wkluc, cewnikowania, opatrywania ran – bez stresu i ryzyka dla pacjenta. Symulatory wysokiej wierności: realistyczne manekiny, które reagują na podane leki, zmieniają parametry życiowe. Scenariusz może symulować zawał, wstrząs, trudny poród. Studenci uczą się tu nie tylko medycyny, ale i pracy w interdyscyplinarnym zespole (lekarz, pielęgniarka, ratownik) oraz przywództwa – ktoś musi koordynować akcję.

Egzaminy OSCE (Obiektywny Ustrukturyzowany Egzamin Kliniczny): W CSM przeprowadzamy nowoczesne egzaminy. Student przechodzi przez „stacje”, gdzie wykonuje procedurę na symulatorze lub rozmawia z pacjentem symulowanym (wyszkolonym aktorem). Oceniamy wtedy tzw. kompetencje miękkie: jak przekazać złą wiadomość, jak rozmawiać z agresywnym pacjentem, jak zebrać wywiad. To absolutnie kluczowe.

Platformy edukacyjne oparte na sprawdzonej wiedzy i wirtualna rzeczywistość. Wdrażamy specjalne platformy, które w odpowiedzi na pytania studenta korzystają wyłącznie ze zweryfikowanych źródeł: podręczników, recenzowanych czasopism, rekomendacji towarzystw naukowych. To bezpieczna alternatywa dla publicznych chatbotów. Testujemy też VR w dydaktyce – np. do symulacji zabiegów neurochirurgicznych.

M.B.: Brzmi, jakby technologia dominowała. Gdzie w tym wszystkim jest miejsce na relację z pacjentem?

E.K.: Wszystkie te narzędzia mają jeden cel: dać studentowi przestrzeń na błąd i naukę w bezpiecznym środowisku, aby gdy już trafi do prawdziwego pacjenta, był nie tylko technicznie sprawny, ale i gotowy na głęboki, empatyczny kontakt. Symulacje z aktorami uczą go, że po drugiej stronie jest człowiek z emocjami. W dobie starzejącego się społeczeństwa, gdzie na oddziałach jest wielu pacjentów z zaburzeniami poznawczymi, ta umiejętność nawiązania

kontakty jest bezcenna. Technologia ma być „trampoliną” do lepszej humanizacji medycyny.

M.B.: Przejdźmy do drugiego nurtu; projektów badawczych, które mają wpływ na leczenie pacjentów. Proszę o przykłady.

E.K.: Wybiorę kilka, które ilustrują różne obszary naszej działalności.

Projekt 1:

Zapobieganie majaczeniu pooperacyjnemu i opieka nad pacjentem w OIT.



Zespół: Prowadzony przez prof. Katarzynę Kotfis, anestezyjolog, konsultant krajową.

Problem: Ostre zaburzenia poznawcze (majaczenie) u pacjentów na oddziałach intensywnej terapii.

Działania i wpływ: Zespół prof. Katarzyny Kotfis od lat bada przyczyny i metody prewencji.

Była współautorką światowych rekomendacji, które podkreślają konieczność wczesnego wykrywania i niefarmakologicznych interwencji. Dzięki jej pracy nacisk kładzie się teraz na tworzenie przyjaznego otoczenia w OIT: dostęp do światła dziennego, zegary, możliwość wizyt rodziny. To bezpośredni transfer wiedzy naukowej do standardu opieki, poprawiający komfort i wyniki leczenia tysięcy pacjentów.

Projekt 2:

Innowacyjny program leczenia bólu i aplikacja dla małych pacjentów po operacjach klatki piersiowej.



Zespół: Interdyscyplinarny zespół ortopedy dziecięcego, doc. Sławomira Zachy i anestezyjolog, dr Jowity Biernawskiej.

Problem: Dotkliwy ból po rozległych operacjach ortopedycznych klatki piersiowej u dzieci.

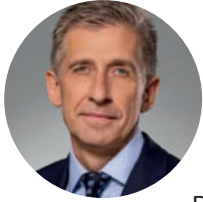
Działania i wpływ: Zespół wprowadził innowacyjną procedurę krioanalgezji – wymrażania nerwów międzyżebrowych przed operacją.

Efekt: dzieci odczuwają znacznie mniej bólu, krócej leżą, przyjmują mniej opioidów. Procedura stała się krajowym standardem. Ponadto

nasi prowadzący ten projekt lekarze z badaczką dr hab. Jowitą Biernawską stworzyli aplikację „Back On Feet” (dostępna także po angielsku), która poprzez gry i instrukcje przygotowuje dziecko i rodziców do operacji oraz prowadzi przez rehabilitację. To połączenie zaawansowanej medycyny, technologii i troski o doświadczenie pacjenta.

Projekt 3:

Wczesne wykrywanie niewydolności łożyska – prewencja na masową skalę



Zespół: Prowadzony przez prof. Sebastiana Kwiatkowskiego, ginekologa-położnika.

Problem: Niewydolność łożyska, prowadząca do stanu przedrzucawkowego, przedwczesnych porodów, zagrożenia dla matki i dziecka.

Działania i wpływ: Zespół prof. Kwiatkowskiego wykazał, że proste, nieobciążające badanie – pomiar przepływów w tętnicach macicznych w I trymestrze ciąży – pozwala zidentyfikować kobiety wysokiego ryzyka. Wdrożenie u nich profilaktycznie kwasu acetylosalicylowego zmniejsza ryzyko powikłań nawet o 80%. Działania zespołu doprowadziły do wpisania tego badania do polskich rekomendacji. Obecnie trwają prace, by stało się ono refundowanym standardem. Szacujemy, że może to dotyczyć nawet 30 000 kobiet rocznie, zapobiegając tragediom i ogromnym kosztom społecznym.

Projekt 4:

Genetyczna identyfikacja ofiar zbrodni – nauka w służbie historii i społeczeństwa.



Zespół: Prowadzony przez prof. Andrzeja Ossowskiego, genetyka sądowego, prorektora PUM.

Problem: Nierozpoznane ofiary zbrodni wojennych i totalitaryzmów.

Działania i wpływ: Zespół prof. Ossowskiego wykorzystuje najnowocześniejsze techniki sekwencjonowania DNA do identyfikacji ofiar m.in. z Westerplatte czy powojennych represji. To praca o ogromnym wymiarze społecznym i historycznym – przywraca tożsamość, pozwala rodzinom zamknąć żałobę, jest żywą lekcją historii. Pokazuje, że medycyna i biologia molekularna wykraczają daleko poza szpital.

M.B.: To imponujące projekty. A czy są projekty na styku medycyny i techniki, tworzone z partnerami zewnętrznymi?

E.K.: Tak. Działa u nas np. zespół, który stworzył gry ruchowe dla pacjentów dializowanych. Podczas 4-godzinnego zabiegu pacjent, używając specjalnych kontrolerów czy okularów VR, może „wiosłować” lub „pędzić rowerem” w wirtualnym wyścigu. To zwiększa ukrwienie, poprawia efektywność dializy, a przede wszystkim radykalnie poprawia

wia samopoczucie i redukuje stany depresyjne w tej grupie chorych. To doskonały przykład konsorcjum: klinicyści + programiści + psychologowie.

M.B.: Przepis na sukces: Jaki jest Pani zdaniem klucz do skutecznej współpracy świata nauki z biznesem i przemysłem?

E.K.: Przede wszystkim otwartość i wzajemne zrozumienie potrzeb. Ze strony uczelni konieczne jest stworzenie przyjaznych mechanizmów, które ułatwią naukowcom nawiązanie i prowadzenie takiej współpracy – od pomocy administracyjnej po systemy wspierające komercjalizację. Kluczowa jest również komunikacja i transparentność w zakresie celów, ram czasowych oraz podziału praw własności intelektualnej. Biznes szuka konkretnych rozwiązań i aplikacyjności, nauka – często dąży do poznania fundamentalnych mechanizmów. Punkt spotkania znajduje się w interdyscyplinarnych zespołach, które mogą zaferować.

M.B.: Czy może Pani przybliżyć swoje główne zainteresowania badawcze i najważniejsze osiągnięcia naukowe?

E.K.: Moje zainteresowania badawcze koncentrują się w obszarze **nefrologii, a szczególnie wokół zagadnień związanych z przewlekłą chorobą nerek i jej powikłaniami**. Prowadzę badania zarówno podstawowe, jak i kliniczne, często we współpracy z innymi dyscyplinami. Jednym z kluczowych osiągnięć było pozyskanie i realizacja dużego grantu badawczego, który powstał właśnie dzięki modelowi „Okienka Badacza”. To pozwoliło na stworzenie zespołu łączącego klinicystów z specjalistami od zaawansowanych analiz laboratoryjnych, co zaowocowało nowymi, istotnymi ustaleniami w monitorowaniu i zarządzaniu wybranymi schorzeniami nerek. Ta praktyczna realizacja idei interdyscyplinarności jest dla mnie szczególnie cenna.

Moją kliniczną pasją jest opieka nad pacjentem po przeszczepie nerki. Naukowo, wraz z mężem, który jest ginekologiem, rozwijamy tematykę opieki prekoncepcyjnej i prowadzenia ciąży u kobiet z przewlekłymi chorobami nerek. To wąska specjalizacja, gdzie internista współpracuje z położnikiem. Stworzyliśmy m.in. rekomendacje dotyczące aktywności fizycznej w ciąży – by przeciwdziałać mitowi o konieczności leżenia i promować zdrowy styl życia, który „programuje” zdrowie przyszłego dziecka. To kolejny przykład, jak nasza praca naukowa przekłada się na konkretne, prozdrowotne wytyczne dla lekarzy i pacjentek, kompleksowe, oparte na dowodach rozwiązanie, od koncepcji do potencjalnego wdrożenia.

M.B.: Dziękuję za rozmowę. Widać, że za hasłami „innowacyjność” i „wpływ społeczny” stoją na PUM konkretni ludzie, konkretne zespoły i projekty oraz rzeczywiste zmiany w medycynie.

foto. zasoby WM PUM