

GAZETA GDAŃSK

AMG

1 czerwca 1992

Rok 2 nr 6(18)

W dniu 9 maja 1992 r. w sali Rydygiera, w czasie obrad Oddziału Gdańskiego Towarzystwa Chirurgów Polskich i Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii odbyła się podniosła uroczystość przekazania Jego Magnificencji Rektorowi prof. Stefanowi Angielskiemu 11 obrazów - portretów twórców chirurgii gdańskiej - pędzla Maji Dyakowskiej i Hanny Karczewskiej-Kloc oraz portretu prof. Ludwika Rydygiera, twórcy chirurgii polskiej, pędzla Piotra Józefowicza. Uroczystość odbyła się z inicjatywy II Katedry i Kliniki Chirurgii. Słowo objaśniające wygłosił prof. Eugeniusz Sienkowski.

TWÓRCY CHIRURGII GDAŃSKIEJ

W dniu 29 września 1992 r. minie 7 rocznica odsłonięcia tablicy pamiątkowej poświęconej twórcom chirurgii gdańskiej, naszym wychowawcom i nauczycielom. Uroczystość miała miejsce w czasie trwania LII Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich. A że czas nie stoi w miejscu, w ciągu tych 7 lat lista poszerzyła się o dalsze 4 nazwiska, jakby już następnego pokolenia tych, którzy kontynuowali dzieło swoich mistrzów, a których już nie ma wśród nas.

Dziś zebraliśmy się znowu, aby odsłonić ich portrety, a tym samym przybliżyć ich postacie, szczególnie tym najmłodszym, którzy ich nie pamiętają i tym, którzy przyjdą po nas.

Zebraliśmy się w sali, której patronuje największy chirurg polski, Ludwik Rydygier, twórca światowej chirurgii żołądka, inicjator zjazdów chirurgów polskich, kierownik kliniki chirurgicznej w Chełmnie (prywatnej) oraz w Krakowie i Lwowie. Kult Rydygiera w środowisku chirurgów gdańskich był zawsze wielki. Zapoczątkowało go nadanie w 1951 roku świeżo wybudowanej, tejże właśnie sali, imienia prof. Ludwika Rydygiera. Nie będę tu przytaczał szczegółowych zasług Rydygiera, syna ziemi pomorskiej (ur. w 1850 r. w Dusocinie koło Grudziądza), gdyż wszyscy je znamy. Najdobitniej określają je słowa wyryte na tablicy: "Od początku czynił wszystko, aby polska chirurgia oparła się na własnych siłach i przestała się wzorować na chirurgii obcej". Tej dewizie Rydygier poświęcił całe życie (zm. w 1920 r.). Co znaczyły te słowa w dobie zaborów, wyrażone przez człowieka, który nosił niemieckie nazwisko (Rydygier von Reudygier), uczył się medycyny i chirurgii w niemieckich uczelniach, nie potrzebuje mówić.

Teraz poświęcę po kilka słów chirurgom, których nazwiska figurują na tablicy z prawej strony, a którzy losy swe związali z Gdańskiem w okresie powojennym.

Prof. **Kornel Michejda**, uczeń Bronisława Kadera i Maksymiliana Rutkowskiego, w okresie międzywojennym był kierownikiem Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie. Do Gdańska przyjechał w lipcu 1945 r. i od razu włączył się w nurt organizacyjny nie tylko przyszłej kliniki, której został kierownikiem, ale także całej Akademii jako pierwszy dziekan Wydz. Lekarskiego. W lipcu 1946 roku prof. Michejda był gospodarzem pierwszego po wojnie Zjazdu Towarzystwa Chirurgów Polskich, który miał się odbyć we wrześniu 1939 r. w Wilnie, ale z racji wybuchu wojny nie doszedł do skutku.

To z inicjatywy prof. Michejdy przystąpiono w 1947 r. do budowy sali wykładowej dla klinik chirurgicznych (tej właśnie, w której jesteśmy), gdyż już wówczas było wiadomo, że powstaną dalsze kliniki.

W 1948 r. prof. Michejda odszedł do Krakowa, gdzie objął II Katedrę i Klinikę Chirurgiczną U.J. Piastował także godność prorektora i rektora Akademii Medycznej w Krakowie. Był członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich i długoletnim redaktorem naczelnym "Polskiego Przeglądu Chirurgicznego" (1946-1960). Zmarł 5 lipca 1960 r. w Krakowie.

W październiku 1948 r. kierownictwo kliniki objął prof. **Stanisław Nowicki**. Pochodził także z krakowskiej szkoły chirurgicznej i był uczniem Maksymiliana Rutkowskiego. Był doskonałym organizatorem i dydaktykiem. Zainteresowania kliniki w tym okresie skupiały się głównie na chorobach naczyń, zapaleniu kości i zapaleniu trzustki oraz niektórych zagadnieniach neurochirurgicznych, co było zgodne z zainteresowaniami prof. Nowickiego.

Z końcem roku 1950 prof. Nowicki przeniósł się do Poznania, gdzie objął kierownictwo Kliniki Chirurgicznej. W latach 1953-55 pełnił funkcję prorektora. Był (z prof. Marianem Stefanowskim z Łodzi) współredaktorem podręcznika "Zarys chirurgii" oraz redaktorem "Polskiego Przeglądu Chirurgicznego". Był członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich. Zmarł w 1972 r. w Rabce.

Po odejściu prof. Nowickiego, od października 1951 r. kierownictwo I Kliniki Chirurgicznej objął doc. dr **Henryk Kania**, przybyły także z Krakowa. Przez ostatnie 2 lata pracował w klinice prof. Michejdy. Z jego przyjściem zmieniły się zainteresowania kliniki, skupiono się głównie na sprawach urazowych, szczególnie czaszki i ręki, chorobach jelita grubego oraz niektórych działach chirurgii wytwórczej. Doc. Kania był autorem monografii "Zarys chirurgii wytwórczej" oraz przez szereg lat przewodniczącym Sekcji Chirurgii Plastycznej Towarzystwa Chirurgów Polskich. Kierownictwo I Kliniki Chirurgicznej sprawował do śmierci w dniu 9 lipca 1965 r.

II Klinikę Chirurgiczną utworzono w lipcu 1948 r., na jej kierownika Rada Wydziału Lekarskiego AMG powołała dr **Kazimierza Dębickiego**, ucznia prof. Radlińskiego z Uniwersytetu Warszawskiego (sprzed wojny). Okres wojny spędził dr Dębicki w Anglii jako chirurg wojskowy. Po powrocie do kraju, przez rok kierował oddziałem torakochirurgicznym w sanatorium w Bukowcu (na Śląsku). To jemu właśnie przypadł nadzór nad budową tej sali i na jego wniosek Senat AMG nadał jej miano "Sali Rydygiera".

Od powstania II Kliniki zamierzenia jej kierownika poszły w kierunku poświęcenia się, obok chirurgii ogólnej, także torakochirurgii. Było to możliwe dzięki wprowadzeniu nowoczesnej narkozy śródciężniczej, którą profesor sam zapoczątkował i co stało się załącznikiem powstania zespołu anestezjologicznego.

Od 1953 r. zainteresowania kliniki rozszerzyły się także na zagadnienia chirurgii sercowej i naczyniowej. Prof. Dębicki jako jeden z pierwszych w Polsce rozpoczął wykonywanie komisurotomii przy zwężeniu lewego ujścia żylnego. Również jako jeden z pierwszych, wspólnie z Zakładem Radiologii, wykonywał też badania angiograficzne, co pozwoliło na rozwinięcie chirurgii naczyniowej. Mimo przebycia ciężkiej choroby, dotrwał na stanowisku kierownika kliniki do czasu przejścia na emeryturę w 1970 r. Zmarł w 1977 roku.

Od początku istnienia II Kliniki Chirurgicznej pracował w niej doktor, od 1955 r. docent, a w końcu profesor **Stanisław Sokół**. Był absolwentem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od 1963 r. zajął się kardiochirurgią dziecięcą, którą w Gdańsku zapoczątkował i rozwinął. Stworzył Oddział i Zespół Kardiochirurgiczny. Wykonywał różnorodne zabiegi kardiochirurgiczne, w tym również na otwartym sercu, bez aparatury do krążenia pozaustrojowego, tylko w hipotermii.

Poza chirurgią zajmował się także historią medycyny. Pozostawił szereg dzieł dotyczących historii medycyny gdańskiej i historii chirurgii polskiej. Był laureatem nagrody Towarzystwa Chirurgów Polskich za biografię Ludwika Rydygiera. Także tablica pamiątkowa ku czci Rydygiera, która ozdabia tę salę, powstała z inicjatywy i dzięki staraniom prof. Sokola. Zmarł przedwcześnie w 1969 r. w Zakopanem.

III Klinika Chirurgiczna została utworzona w grudniu 1948 r., a jej kierownictwo powierzono uczniowi prof. Michejdy, adiunktowi w jego klinice, a następnie docentowi, **Zdzisławowi Kieturakisowi**, chirurgowi szczególnie dobrze obznajmionemu z chirurgią jamy brzusznej. Prof. Kieturakis był absolwentem Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie.

Klinika początkowo została zlokalizowana w ówczesnym Szpitalu Miejskim, a następnie przeniesiona do odremontowanego, dawnego szpitala S.S. Boromeuszek przy ul. Słuzą, obecnie na cześć profesora nazwanej ulicą Prof. Kieturakisa.

Zainteresowania naukowe kliniki skupiały się wokół chirurgicznego leczenia chorób jamy brzusznej, chorób endokrynologicznych, a od 1965 r. także wokół niektórych zagadnień z kardiochirurgii. Tu po raz pierwszy w Polsce wszczepiono elektryczny rozrusznik serca w zespole Morgagni-Adamsa-Stockesa. Prof. Z. Kieturakis kierował kliniką do śmierci w 1971 r. W latach 1955-56 sprawował godność prorektora AMG. Był członkiem honorowym Towarzystwa Chirurgów Polskich.

Teraz przejdę do wspomnień o tych wszystkich kolegach, których nazwałem drugim pokoleniem gdańskich, zasłużonych chirurgów, chociaż nie zawsze pokrywa się to z ich wiekiem. Tak się składa, że trzech z nich, to najbliżsi współpracownicy prof. Kieturakisa. Spośród nich najstarszy wiekiem i tym, który odszedł najwcześniej był doc. **Stanisław Swica**. Urodził się w Stanach Zjednoczonych w 1923 r. Dyplom lekarza otrzymał na Wydz. Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. W okresie wojny działał jako lekarz w ruchu oporu, w Armii Krajowej i Batalionach Chłopskich. W Gdańsku zjawił się w 1947 r. i pracował w klinice prof. Michejdy, prof. Nowickiego, a następnie już jako adiunkt i docent, aż do śmierci, w klinice prof. Kieturakisa. Położył duże zasługi w organizacji służby krwi województw gdańskiego i koszalińskiego. Przez dwie kadencje pełnił obowiązki przewodniczącego Oddziału Gdańskiego T.Ch.P. Zmarł w styczniu 1982 r.

Doc. **Grzegorz Zwykielski** urodził się w 1914 r. w Warszawie. Studia lekarskie rozpoczął w 1934 r. w Uniwersytecie Warszawskim, a ukończył w Uniwersytecie Jana Kazimierza we Lwowie w 1940 r. Do Gdańska został delegowany przez ministerstwo zdrowia i już 17 kwietnia 1945 r. rozpoczął pracę w ówczesnym Szpitalu Miejskim, ale od początku związany był z Akademią, w której po roku został pracownikiem etatowym w klinice prof. Michejdy, a następnie prof. Dębickiego, tu uzyskał doktorat. Po utworzeniu III Kliniki Chirurgicznej przeszedł do niej już na stałe, na stanowisko adiunkta, a od 1967 r. (po habilitacji) - docenta. Był sumiennym lekarzem, zaangażowanym w proces dydaktyczny i wychowawczy młodzieży, a także w szkolenie podyplomowe. Był znawcą chirurgii tarczycy. Zmarł w 1984 r.

Prof. **Kazimierz Bolesław Lewicki** był o 15 lat młodszy od doc. Zwykielskiego (ur. 1929 r.). Pochodził z woj. gdańskiego i studiował medycynę w latach 1950-1955 na Wydziale Lekarskim naszej Akademii. Od początku związał się z III Kliniką Chirurgiczną prof. Kieturakisa. W 1967 r. uzyskał stopień naukowy doktora, w

1972 - doktora habilitowanego, a w 1980 r. otrzymał tytuł profesora. Od 1 sierpnia 1979 r. został kierownikiem Oddziału Chirurgii Endokrynologicznej w klinice prof. Wajdy. Uczestniczył w pracach Uczelni w latach 1973-75 jako prodziekan, a od 1972 przez dwie kadencje pełnił obowiązki dziekana Wydziału Lekarskiego. Uczestniczył także w pracach Towarzystwa Chirurgów Polskich i Internistów Polskich. Zmarł przedwcześnie 8 czerwca 1984 r.

Prof. dr Jerzy Giedroyc urodził się w 1916 r. w Petersburgu. Studia lekarskie odbył w Uniwersytecie Stefana Batorego w Wilnie w latach 1933-39. Od 1935 r. pracował jako student-wolontariusz w Zakładzie Anatomii Prawidłowej U.S.B. u prof. Reichera. Do zakładu tego wrócił w 1947 r. już w Gdańsku. Jako chirurg pracował najpierw w Szpitalu Miejskim, a w 1952 r. przeszedł do II Kliniki Chirurgicznej prof. Debickiego.

Stopień naukowy doktora medycyny uzyskał w 1958 r., doktora habilitowanego w 1968 r., a tytuł profesora otrzymał w 1977 r.

W roku 1970, po reorganizacji Uczelni, został kierownikiem Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Instytucie Chirurgii, który od roku 1981 stał się Kliniką Chirurgii Onkologicznej. Położył duże zasługi w rozwoju chirurgii onkologicznej przewodu pokarmowego, szczególnie raka przełyku oraz w chirurgicznym leczeniu raka sutka.

W roku 1980 otrzymał godność członka honorowego Towarzystwa Chirurgów Polskich, a w 1989 - Sekcji Chirurgii Onkologicznej. W 1986 r. przeszedł na emeryturę. Zmarł 2 czerwca 1991 r.

Dzisiejsza uroczystość jest dowodem naszej czci i pamięci dla ludzi, którzy etykę zawodu lekarza i etos pracy chirurga wprowadzali w czyn treścią całego swego pracowitego życia.

Prof. dr hab. Eugeniusz Sienkowski

* * * * *

W dniach 9-10 maja odbyła się w Sopocie i Gdyni Jubileuszowa Konferencja z okazji 25-lecia powstania i działalności Polskich Telefonów Zaufania. Organizatorem tego spotkania było Polskie Towarzystwo Pomocy Telefonicznej i Gdański Telefon Zaufania "Anonimowy Przyjaciel". Konferencja zgromadziła około 200 uczestników z całej Polski. Wzięli w niej udział także goście zagraniczni z Anglii, Rosji i Ukrainy.

Konferencję poprzedziła uroczysta Msza Św., którą sprawował ks. abp. dr Tadeusz Gocłowski, metropolita gdański, w kościele N.M.P. "Gwiazdy Morza" w Sopocie. Spiewał kościelny chór męski pod batutą pana Bonieckiego. Uroczysta sesja z udziałem władz administracyjnych i kościelnych Trójmiasta odbyła się w auli Urzędu Miejskiego w Sopocie. Zainaugurował ją występ zespołu muzycznego "Cappella Gedanensis". Artykuł zamieszczony poniżej jest jednym z referatów wygłoszonych podczas konferencji.

Ruch solidarności z człowiekiem w ostrym kryzysie psychicznym

We współczesnym społeczeństwie, w dobie oszałamiającego wręcz postępu wiedzy i techniki, sam człowiek, twórca tych wartości, staje się coraz bardziej osamotniony i zagubiony.

"Dzisiejszy świat - jak powiedział papież Jan Paweł II - bezgranicznie potrzebuje przyjaźni, zrozumienia i miłości".

Różnorodne ruchy społeczne i organizacje podejmują takie zadania.

Jednym z nich jest międzynarodowy ruch pomocy telefonicznej. Jest to ruch solidarności z człowiekiem uwikłanym we własne problemy, człowiekiem wyczerpanym szalonym tempem życia, czy wręcz załamany psychicznie, zrozpaczony. Jakże często człowiek taki pyta o sens własnego istnienia. To właśnie samobójstwo kilkunastoletniej dziewczyny wstrząsnęło anglikańskim duchownym, Chad Varah'em. By zapobiec takim ludzkim tragediom zorganizował w Londynie w 1953 r. bezinteresowną pomoc telefoniczną czynną całą dobę dla ludzi w ostrym kryzysie psychicznym. W ten sposób powstał pierwszy na świecie telefon zaufania, który zapoczątkował ruch o nazwie "Samarytanie".

Angielscy "Samarytanie" wcześniej odkryli, że skuteczność ich pomocy zależy nie tyle od kompetencji zawodowej psychologa, socjologa, czy nawet psychiatry, ale jeszcze bardziej od umiejętności nawiązywania kontaktu psychicznego z człowiekiem w kryzysie psychicznym, od czegoś co nazywali "befrending". Słowo to oznacza zaprzyjaźnienie się z człowiekiem szukającym pomocy, odnalezienie go jako brata w atmosferze szacunku, partnerstwa, życzliwości i zaufania, w atmosferze miłości. Uświadamiano sobie, że człowiek, który wątpi w sens istnienia, szuka przede wszystkim kogoś, kto zechciałby przekazać swoją afirmację i radość życia, kto pomógłby mu przezwyciężyć lęk, natchnąć nadzieją.

Idea Chad Varah'a uzyskała powszechną akceptację i podobnie jak kiedyś idea Czerwonego Krzyża rozpowszechniła się na wszystkie kontynenty, pokonała bariery różnych systemów politycznych i różnych religii. Stworzenie pomocy telefonicznej dla ludzi w ostrym kryzysie psychicznym było wydarzeniem o wielkim znaczeniu społecznym. Wskazało na nowe metody zapobiegania i zwalczania patologii społecznej. Wyznaczało nowe kierunki działania i formy pomocy ludziom. Metody kontaktu z człowiekiem w ostrym kryzysie psychicznym przyjęte w telefonie zaufania zostały zaakceptowane w psychiatrii i psychologii, a także w protestanckiej teologii pastoralnej. Profesjonaliści reprezentujący te dziedziny wiedzy wzbogacili je o nowy sposób kontaktu z pacjentem, z człowiekiem szukającym u nich pomocy, o dialog, partnerski kontakt w atmosferze przyjaźni i poszanowania wolności drugiego człowieka.

Ludzie, pełniący samarytańską służbę w telefonie zaufania, odkryli jeszcze coś więcej. Zrozumieli, że nie wystarczy być przyjaźnie nastawionym do rozmówcy, mieć dojrzałą osobowość, czy nad nią pracować, mieć skrytyzowany cel życia. Dla prawidłowego funkcjonowania telefonów zaufania potrzebna jest także wzajemna życzliwość i więź braterska między ludźmi pracującymi w tej organizacji. Taką właśnie więź starają się oni wytworzyć. Już same nazwy placówek tego ruchu w różnych krajach sygnalizują życzliwość, przyjaźń i zaufanie, takie jak "Samarytanie", "Anonimowy Przyjaciel", "Telefon Zaufania", "La Main Tendue", "SOS Amitie", "Telefono Amico", "Telefon Dowierza", "Palveleva Puhelin", "Telefon Seelsorge" i inne.

Do Polski idea telefonu zaufania dotarła w 1966 roku dzięki profesorowi Tadeuszowi Kielanowskiemu z Gdańska. W tym właśnie roku ukazał się pierwszy artykuł profesora na ten temat w miejscowej prasie.

Rok później powstały, niezależnie od siebie, pierwsze telefony zaufania w Polsce, we Wrocławiu i w Gdańsku. Wrocławski Telefon Zaufania rozpoczął swą działalność 14 czerwca 1967. Była to pierwsza placówka o profilu wyłącznie profesjonalnym. Została zorganizowana w ramach struktur służby zdrowia przy Klinice Chorób Psychiczych Wrocławskiej Akademii Medycznej. Dyżury pełnili tu lekarze psychiatrzy w oparciu o zasady "Samarytan".

Gdański Telefon Zaufania rozpoczął działalność 1 października 1967 roku. Do swojej zasadniczej nazwy dodał jakby imię własne - "Anonimowy Przyjaciel", nawiązując do idei samarytańskiego zaprzyjaźnienia i bezinteresownej, anonimowej pomocy.

Był to pierwszy w Polsce społeczny telefon zaufania. Podjęli w nim służbę ludzie o różnych zawodach i z różnych środowisk. Gromadziła ich tu chęć świadczenia dobra drugiemu człowiekowi. Pragnęli wyjść poza kręgi dyskusyjne, duszpasterskie, harcer-

skie, podówczas nieoficjalne. W tamtych czasach dla wielu była to także swoista forma sprzeciwu wobec systemu politycznego, zniewalającego osobowość ludzką.

Następne lata przyniosły rozwój placówek telefonicznych także w innych miastach Polski, takich jak Bydgoszcz, Kraków, Olsztyn, Warszawa, Częstochowa - by wymienić te najstarsze. Dzisiaj - są we wszystkich większych miastach Polski. Jedne z nich powstały, jak np. olsztyńska, w oparciu o model gdański, społeczny, inne w oparciu o różne struktury organizacyjne.

Organizatorami telefonu zaufania w Polsce byli zawsze ludzie legitymujący się charyzmatem społecznego zaangażowania w sprawy człowieka, niezależnie od zawodu, jaki wykonywali. Rychło także okazało się, że do telefonów zaufania, niezależnie od tego, czy miały charakter społeczny czy profesjonalny, telefonowali ludzie uwikłani w różne ludzkie biedy, w rozmaitych potrzebach, a odsetek osób z myślami samobójczymi i chorych psychicznie nie był duży. Życie narzuciło jednakową problematykę wszystkim tego typu placówkom, zarówno społecznym jak i zawodowym.

Z czasem jednak doszło do pewnego rodzaju specjalizacji w polskim ruchu pomocy telefonicznej. W 1970 roku powstała pierwsza w Polsce (jak się okazało i pierwsza w świecie) placówka przeznaczona dla młodzieży. Celem tego typu telefonu zaufania było zapewnienie młodocianemu rozmówcy szybkiego kontaktu z osobą kompetentną, a zarazem życzliwą mu w sposób bardziej intymny i nieformalny, niż to jest możliwe w domu rodzinnym czy w szkole. Placówki tego typu cieszą się w naszym kraju dużym zainteresowaniem młodzieży.

Inną formą specjalizacji jest telefon zaufania dla ludzi z problemem alkoholowym. Pracownicy takiego "telefonu" próbują zmienić negatywny stereotyp patrzenia na człowieka uzależnionego od alkoholu, jaki rozpowszechnił się nie tylko w społeczeństwie, ale także w służbie zdrowia, w poradniach odwykowych. Pracownicy ci widzą w alkoholiku człowieka osamotnionego, o neurotycznej osobowości, człowieka chorego, uwikłanego w różne sytuacje życiowe. Poprzez akceptację jego osoby, poprzez solidarność z takim nieszcześliwym człowiekiem nawiązują z nim kontakt i zachęcają do rehabilitacji w klubie abstynenta. Dyżurni telefonów zaufania dla alkoholików mają duże osiągnięcia.

Równocześnie z rozwojem placówek pomocy telefonicznej w Polsce dokonywała się integracja tego ruchu, w wyniku czego w 1972 r. powstała Ogólnopolska Rada Koordynacyjna Telefonów Zaufania. W 1973 roku polskie placówki pomocy telefonicznej przystąpiły do Międzynarodowej Federacji Pomocy Telefonicznej /IFOTES/. Od tego czasu rozpoczęły się systematyczne kontakty z IFOTES - uczestnictwo w kongresach, stała wymiana doświadczeń, organizacja międzynarodowych seminariów IFOTES w Polsce.

W tym roku mija 25 lat naszej służby społeczeństwu polskiemu. Nie prowadzimy statystyki działalności. Wiadomo natomiast, że w wielu krajach, gdzie działają telefony zaufania, znacznie zmniejszyła się liczba samobójstw. Zjawisko to jest proporcjonalne - jak zauważono w Anglii - do wzrostu liczby placówek "Samarytan". Nie wiemy, ilu ludziom udało się nam skutecznie pomóc. Nasi polscy rozmówcy mówili nam nieraz, że jesteśmy im potrzebni. Przez 25 lat w różnych miastach Polski setki tysięcy ludzi powierzało telefonowi zaufania kłopoty swego codziennego życia, swoje najintymniejsze sprawy. Pytali o sens życia, zwracali się do nas, kiedy zawodzili przyjaciele, czy nawet własna rodzina. Odwoływali się do telefonu zaufania niemal jak do ostatniej instancji. Dla wielu był on jakby konfesjonałem ustawionym pośrodku miasta, ukierunkowującym, aczkolwiek nie narzucającym właściwych rozwiązań moralnych. Głos w telefonie zaufania starał się ująć ciężaru samotności i lęku starym ludziom o nocnej porze, nieść słowa zachęty do wytrwania w ludzkiej niedoli, do przezwyciężenia kolejnej, jeszcze jednej trudności, bronić życia nie narodzonych, budzić nadzieję i wiarę we własne możliwości i własną wartość człowieka.

Na ile się nam to udało, niechaj ocenia inni.

Prof. dr hab. Grażyna Świątecka

Czy samorząd lokalny może zbawić służbę zdrowia?

Sytuacja służby zdrowia jako systemu instytucjonalnego jest i staje się coraz bardziej dramatyczna. Składają się na to dwa czynniki: załamanie finansowe państwa oraz brak skutecznych działań prawno-organizacyjnych resortu, dostosowujących służbę zdrowia do nowych warunków. W terminologii teorii systemów nazywa się to niedowładem funkcji adaptacyjnej. Chodzi, rzecz jasna, o długo i powszechnie oczekiwaną reformę.

Dobłą okazją do przyjrzenia się obecnemu stanowi rzeczy są różnego rodzaju działania i inicjatywy podejmowane w trójkacie: służba zdrowia, administracja państwowa i samorządy lokalne. W kwietniu br. odbyło się w Gdańsku spotkanie przewodniczących zarządów i rad gmin województwa gdańskiego z władzami wojewódzkimi, w trakcie którego temat służby zdrowia wysunął się na plan pierwszy, jako najbardziej palący i wymagający szybkich rozwiązań. Okazało się, że od dawna zła sytuacja finansowa pogorszyła się radykalnie w tym roku: kwota przyznana z budżetu państwa na potrzeby służby zdrowia w województwie gdańskim, wynosząca 984 mld zł stanowi 77% realnej kwoty wydatkowanej w zeszłym roku (jeśli inflacja, zgodnie z przewidywaniami, wyniesie 45%). W tej sytuacji - co zrozumiałe - władze wojewódzkie podjęły starania, by skłonić samorządy lokalne do przejmowania obowiązków związanych z utrzymaniem i prowadzeniem ochrony zdrowia na swoim terenie.

Patrząc z perspektywy władz administracyjnych województwa jest szereg przesłanek, które przemawiają za takim rozwiązaniem, wśród nich przede wszystkim finansowe; pod tym względem kondycja samorządów lokalnych wydaje się zdecydowanie lepsza niż państwa, co wiąże się z faktem, że na ogół racjonalniej dysponują publicznym groszem. Jednak wbrew oczekiwaniom większość z nich dość stanowczo przed tym się broni. Prócz Trójmiasta, w którym pionierską rolę odgrywa Gdynia, tylko Puck i Starogard Gdański podjęły inicjatywy na tym polu. Puck przejął obowiązki w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, natomiast w rejonie Starogardu Gdańskiego zawiązał się celowy związek gmin - tzn. Konsorcjum - które przejęło całość służby zdrowia na swoim terenie.

Głównym powodem niechęci ze strony samorządów do przejmowania służby zdrowia są problemy finansowe. Kiedy począwszy od czerwca 1990 roku gminy stały się podmiotami prawnymi i ekonomicznymi, w sposób naturalny ujawniła się rozbieżność interesów pomiędzy nimi a administracją rządową, dotycząca podziału kompetencji, odpowiedzialności oraz źródeł finansowania. Patrząc z tej perspektywy jest oczywiste, że ostrożność w angażowaniu się w sprawę służby zdrowia nie wynika z niechęci do tej instytucji bądź z niedoceniań jej znaczenia. Jest to postawa, którą można określić jako racjonalną ochronę budżetów lokalnych przed ryzykiem bankructwa. Łączy się to z faktem, że koszty związane z utrzymaniem służby zdrowia stanowią na ogół najpoważniejszą pozycję w budżecie gminy. Z punktu widzenia bieżących interesów służby zdrowia jako instytucji jak i z punktu widzenia pacjentów, sytuacja wydaje się bez wyjścia, gdyż logika racjonalnego postępowania jest nieubłagana: im większe kłopoty finansowe państwa, tym mniej może ono przeznaczyć na dotacje celowe dla gmin, (w tym także na służbę zdrowia), tym większa niechęć rad gminnych do jej przejmowania.

Jednak przejmowanie placówek medycznych przez samorządy nie jest jedynym remedium na problemy finansowe ochrony zdrowia. Inna próba ratowania sytuacji polega na wprowadzaniu cenników na usługi medyczne, przy czym i tutaj oczekuje się wsparcia samorządów, polegającego na swoistej legalizacji tych posunięć. Przykładem może być ZOZ w Wejherowie, który skutecznie skłonił Radę Miasta, by nie wniosła protestu w związku z wprowadzeniem cennika. Rada Miasta wystosowała apel do mieszkańców o przychylne ustosunkowanie się do kwestii odpłatności za usługi medyczne,

zastrzegając jednocześnie, że jest to rozwiązanie doraźne, chodzi o odpłatność dobrowolną. Wśród sposobów wspierania ochrony zdrowia przez gminy wymienić trzeba także przyznawanie określonych kwot placówkom państwowym na zakup aparatury medycznej. Ponadto środki zaradcze są poszukiwane poza partycypacją gmin - np. zakłada się fundacje, wynajmuje gabinety wraz z ich instrumentarium lekarzom prowadzącym prywatne praktyki itd.

Wraz z tymi działaniami rodzą się różnorodne kontrowersje, przy czym niektóre z nich dotyczą kwestii prawnych, związanych z takimi wartościami jak bezpłatność oraz równość w dostępie do opieki lekarskiej. W tym miejscu trzeba jednak dotknąć innego problemu: jaki jest sens opisanych działań, patrząc z perspektywy zmiany systemowej? Czy można je uznać jako szereg małych kroków, których suma w jakiejś perspektywie przyniesie (a może już przynosi?) pożądaną zmianę jakościową? Czy jest to raczej szereg niezbyt skoordynowanych działań wywołanych aktualnymi okolicznościami, które nie mieszczą się w jakiegokolwiek logice przekształceń zorientowanych ku sensownej wizji docelowej ochrony zdrowia?

Różnorodność podejmowanych środków zaradczych rzeczywiście rodzi wrażenie chaosu. Fakt, że część opieki zdrowotnej pozostaje w gestii rządu, a część przejmują samorządy, choć dla laika może to nie mieć znaczenia, powoduje równoległe funkcjonowanie systemów o różnych formach działania. Z kolei wprowadzenie odpłatności, która nie rekompensuje rzeczywistych kosztów i nie jest obowiązująca (ze względu na zapis konstytucyjny), wywołuje wrażenie tymczasowości, rodzi pytanie: czy opieka lekarska jest płatna, czy bezpłatna?

Natomiast głównym argumentem na rzecz tezy, że to, co się dzieje, oznacza początek zmian w kierunku pozytywnym, jest fakt, że poszczególne jednostki służby zdrowia zostały nieomal fizycznie zmuszone do bardziej racjonalnego funkcjonowania, do ekonomizacji działań medycznych. Wiąże się to z dość powszechnym przeświadczeniem, że charakterystyczny dla państwa opiekuńczego układ, nie przewidywał możliwości zamykania placówek medycznych z powodu braków finansowych. System realnego socjalizmu obfitował w szereg absurdów i paradoksów, pozwalał na rozrzutność, która nie wynikała z nadmiaru środków, jakimi państwo obdarzyło służbę zdrowia, przeciwnie, miała miejsce pomimo niedoinwestowania tej sfery.

Powyżej przedstawione rozumowanie wydaje się dość logiczne, niemniej jest szereg przesłanek poddających je w wątpliwość. Przede wszystkim podstawowy szkielet instytucjonalny ochrony zdrowia nie uległ istotnej zmianie. Jest więc bardzo prawdopodobne, że w warunkach coraz większych braków, nadal funkcjonuje kanon działania typowy dla instytucji biurokratyzowanych. Podstawowa orientacja polega tutaj na stosowaniu przeróżnych technik oddziaływania na centrum, a nie działań restrukturyzacyjnych wewnątrz placówki i jej najbliższego otoczenia. Brak generalnych rozwiązań strukturalnych powoduje, że działanie racjonalizujące funkcjonowanie placówek zależy od postaw i woli poszczególnych osób zajmujących stanowiska kierownicze w różnych miejscach i na różnych poziomach struktury ochrony zdrowia. Stąd obraz się różnicuje - są miejsca, gdzie podejmuje się innowacje i są miejsca, gdzie wszystko dzieje się według starych schematów.

Wracając do sprawy przejmowania służby zdrowia przez gminy, nie zrobiono nic, aby je do tego zachęcić. Nikt nie zaproponował modelu służby zdrowia organizowanego na poziomie lokalnym, który wprowadzałby nowe elementy w stosunku do modelu dotychczasowego. Proponuje się wyłącznie mechaniczne przejęcie istniejących na danym terenie placówek z ich dotychczasową organizacją. Nic więc dziwnego, że przez większość samorządów działania administracji rządowej odbierane są przede wszystkim jako próba pozbycia się odpowiedzialności za upadającą służbę zdrowia, a nie w kategoriach zmiany systemowej, umożliwiającej lepsze rozwiązywanie narzmiących problemów.

Poza ogólnym przeświadczeniem, że lokalnie organizowany system zdrowia charakteryzuje się większą elastycznością, potrzebna

jest wiedza szczegółowa na temat, jak wykorzystać możliwości tkwiące w samorządności lokalnej. Chodzi przy tym o to, że racjonalizacja nie może się sprowadzać wyłącznie do minimalizowania kosztów, lecz musi być ukierunkowana na podnoszenie skuteczności działania. Tymczasem o tym w gremiach odpowiedzialnych za organizację ochrony zdrowia w ogóle się nie myśli.

Dobłą propozycją dla innego organizowania podstawowej opieki zdrowotnej niż to robiono dotychczas byłoby zwrócenie uwagi na rolę lekarza domowego. I sporo o tym ostatnio mówiono m.in. w programach ministerialnych, ale w sposób bardzo hasłowy. W tej mierze istnieje potrzeba podsunięcia gminom projektów konkretnych rozwiązań i zachęcenia do ich wprowadzenia. Tym bardziej, że złudne okazały się nadzieje na możliwość kopiowania wzorów zachodnich, przede wszystkim ze względu na różnice w poziomach życia i ogólnego rozwoju ekonomicznego. A zatem potrzebna jest twórcza inicjatywa na własnym podwórku - zarówno działaczy lokalnych, jak i środowiska lekarskiego.

Mgr Janusz Iskierski

Model holistyczny w kształceniu lekarza

O potrzebie zmiany modelu w kształceniu lekarza dyskutuje się od wielu lat. Dyskusje te nie doprowadziły jednak do jakichś radykalnych zmian. Zbliżający się wiek XXI stanowi wyzwanie do całkowitej reorientacji w programowaniu edukacji lekarzy. Problemem współczesności jest bowiem szybko narastająca sprzeczność między spektakularnym postępem w rozwoju nauki, w tym medycyny, a jej rolą w stosunku do potrzeb i oczekiwań szerokich rzesz pacjentów.

Postęp współczesnej medycyny dokonuje się przede wszystkim dzięki oszalałającym osiągnięciom wielu dyscyplin podstawowych, a szczególnie: biochemii, biologii molekularnej, fizjopatologii, genetyki i immunologii. I chociaż nie mamy wątpliwości, że nowe fakty i odkrycia naukowe stwarzają coraz szersze i obiecujące perspektywy dla nauk klinicznych, to konsekwencją tego rozwoju są jednak również zjawiska negatywne. Mamy na myśli: utrwalanie się w świadomości studentów i lekarzy priorytetu nauk biologicznych, technicyzację metod diagnostycznych i terapeutycznych, przedmiotowe traktowanie pacjenta jako interesującego obiektu obserwacji naukowych, anonimowość zespołowych działań lekarskich ("szpitale-fabryki"), rozpad i rozdrobnienie dyscyplin klinicznych na wąskie specjalizacje i subspecializacje, ograniczające w coraz bardziej dotkliwym stopniu kompetencje pojedynczego lekarza.

W naszym przekonaniu istnieją dwa zasadnicze źródła tych negatywnych zjawisk. Są one ze sobą ściśle związane. Pierwszym źródłem jest redukcjonistyczne podejście do człowieka i oparte na nim kształcenie przyszłych lekarzy. Studia lekarskie od dziecięctwa uczą ześrodkowywania uwagi na coraz mniejszych elementach ciała ludzkiego. Jak pamiętamy, przekonanie, że poznanie szczegółów budowy narządów, tkanek, komórek i ich części pozwoli lepiej poznać funkcjonowanie organizmów żywych jako całości, legło u podstaw całej medycyny pokartezjańskiej. Doprowadziło do utrwalenia się w myśli medycznej modelu biomedycznego. Wedle tego modelu ciało ludzkie traktowane jest nadal jak maszyna, a choroba ujmowana jako nieprawidłowe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych tej maszyny, badanych z punktu widzenia biologii komórkowej i molekularnej. Skupiając zainteresowania na coraz mniejszych fragmentach organizmu ludzkiego, tracimy jednak z oczu samego pacjenta jako istotę ludzką, która wszak nie chce

być traktowana jedynie jako suma narządów, tkanek i komórek. Tutaj dochodzimy do drugiego źródła negatywnych następstw, wspólnego zresztą, postępu nauk medycznych. Jest nim przesunięcie na margines psychologicznych, a więc podmiotowych potrzeb człowieka w zdrowiu i chorobie. To zachwianie proporcji między "przedmiotami somatycznymi" a "przedmiotami humanizującymi" zaciążyło na studiach lekarskich nie tylko w Polsce, ale w wielu krajach na świecie.

W ten sposób przechodzimy do zasadniczego tematu tj. do zmiany dotychczasowej edukacji lekarzy w kierunku holistycznego postępowania, rozumienia i traktowania pojedynczego pacjenta. Krótko mówiąc, pragniemy wskazać na pilną potrzebę odejścia od paradygmatu redukcjonistycznego na rzecz paradygmatu systemowego, całościowego czyli holistycznego. Bez zaakceptowania tego paradygmatu przez środowiska uczelni medycznych oraz ludzi, którzy będą decydowali o jakości kształcenia przeddyplomowego, nie osiągnie się celu, którym jest przygotowanie lekarza do roli, jaką wyznacza mu rozwój współczesności. Jesteśmy przekonani, że jest to cel uniwersalny, podyktowany: trwającą na świecie rewolucją naukowo-techniczną, powstawaniem globalnych zagrożeń zdrowia, wynikających z katastrofalnej degradacji środowiska, epidemii chorób cywilizacyjnych i różnorodnych zaburzeń związanych z coraz trudniejszą adaptacją do szybko zmieniających się warunków psychospołecznych. Konieczność przestawienia się lekarzy na myślenie i działanie holistyczne wymusza dzisiejsza bezsilność "medycyny reperacyjnej". Lekarze będą musieli przede wszystkim nabywać wiedzę i umiejętności w zakresie medycyny prewencyjnej, a więc w kierunku promocji zdrowia.

Przez holistyczne kształcenie lekarzy rozumiemy efektywne uczenie się i nauczanie, które obejmuje trzy dziedziny - "obszary edukacyjne": intelektualno-poznawczy, emocjonalno-motywacyjny i obszar umiejętności praktycznych.

Operacyjnymi celami w zakresie pierwszego obszaru jest przyswojenie przez studentów i lekarzy adekwatnej do rozwoju współczesnej medycyny wiedzy i umiejętności jej zastosowania w działalności zapobiegawczej, rozpoznawczej i leczniczej. Z celem tym łączą się komplementarnie umiejętności komunikowania się w relacjach pacjent - lekarz. Dla uzyskania tych umiejętności niezbędne jest: rozumienie i ocena stanu emocjonalnego pacjenta, wyrażającego jego oczekiwania i potrzeby. Oczekiwania i potrzeby psychologiczne pacjenta, które zaliczamy do "obszaru emocjonalno-motywacyjnego", lekarz wykształcony wedle modelu holistycznego, będzie umiał zaspokoić poprzez przyjmowanie właściwych postaw i zachowań. Celem operacyjnym "trzeciego obszaru" jest opanowanie umiejętności praktycznych: tych podstawowych, którymi biegłe posługiwał się lekarz w XIX wieku oraz tych, które pozwalają lekarzowi korzystać ze współczesnych urządzeń technicznych dla precyzyjniejszego i szybkiego diagnozowania (np. USG, endoskopy) oraz niezbędnych dla ratowania życia (np. kardiowersja i kardiostymulacja).

Odważmy się w tym miejscu wyrazić opinię na temat realizacji owych celów aktualnie w Polsce. Jeżeli chodzi o cel pierwszy, tj. intelektualno-poznawczy, to nasi studenci są, na ogół biorąc, dobrze lub nawet bardzo dobrze przygotowani. Do wyrażenia takiego sądu upoważnia wymiana poglądów i doświadczeń ze studentami z innych krajów (z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Stanów Zjednoczonych itd.). Trochę gorzej wygląda sprawa możliwości wykorzystywania nabytej wiedzy w działalności praktycznej lekarza. Nasi absolwenci uskarżają się bowiem, że w kontakcie z pacjentem stają niekiedy bezradni wobec konieczności "złożenia w całość" tych wszystkich informacji, jakie wynieśli ze studiów. Jest to rezultat nauczania według modelu redukcjonistycznego i irracjonalnej wiary organizatorów procesu dydaktycznego, iż ta częściowa, fragmentaryczna wiedza ulegnie w pewnym momencie, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, nagłemu zintegrowaniu. Wiemy wszyscy doskonale, jaka przepaść dzieli piękne deklaracje i hasła dotyczące konieczności nauczania zintegrowanego (integracja pozioma i pionowa) i szarą rzeczywistość. W reali-

zacji pozostałych dwóch celów (obszarów edukacyjnych) pozostajemy niestety daleko w tyle poza uczelniami Europy Zachodniej i USA. W krajach tych wiedza z zakresu dyscyplin behawioralnych (psychologii, socjologii, etologii, psychopatologii) stanowi bardzo ważny element programów nauczania, a sposób realizacji - zapewnia skutecznie nabycie przez studenta niezbędnych umiejętności komunikacji z pacjentem. Profesor Webster, psychiatra z Waszyngtonu, odwiedzający przed 10 laty dwukrotnie Akademię Medyczną w Gdańsku, zwrócił słusznie uwagę na niedostatki naszej dydaktyki, zwłaszcza w zakresie problematyki komunikacji interpersonalnej.

Jakie są przyczyny owego stanu rzeczy i na jakie trudności natrafiamy w Polsce przy zmianie kierunku kształcenia i próbach wdrożenia holistycznego modelu nauczania medycyny?

- Dotkliwym ciosem dla rozpoczętego przed II wojną światową w Polsce procesu humanizacji studiów lekarskich, poprzez wprowadzanie nauczania historii i filozofii medycyny, była nie tylko likwidacja tych katedr podyktowana względami ideologicznymi, ale przede wszystkim oderwanie wydziałów lekarskich od uniwersytetów, a tym samym odgródzenie powstałych akademii medycznych od naturalnych kontaktów z humanistami, od innych dyscyplin nauki i nauczania uniwersyteckiego. W rezultacie w trwających obecnie dyskusjach o konieczności humanizacji nauczania medycyny pojawiają się głosy świadczące o zupełnym niezrozumieniu istoty problematyki.
- Przez kilka dziesięcioleci bariery ideologiczno-polityczne odgradzały polską naukę i nauczanie (w tym lekarzy) od krajów Zachodniej Europy.
- Brakowało wymiany między Polską i innymi krajami osób kompetentnych w kształceniu lekarzy. Wyjeżdżający i powracający do kraju ludzie nauki nie przenosili na ogół na polski grunt wiedzy o postępie w dziedzinie kształcenia lekarzy.
- Cenzura polityczno-ideologiczna, zwłaszcza w latach czterdziestych i pięćdziesiątych, ale również w późniejszym okresie, doprowadziła do zahamowania badań naukowych i obiektywnego nauczania w psychologii, socjologii, filozofii i innych dyscyplinach humanistycznych. Nauczanie tych przedmiotów w uczelniach medycznych było zdominowane przez ideologię marksistowską.
- Wieloletnie hamowanie aktywności i inicjatywy nauczycieli akademickich, przy jednoczesnym braku samorządności wyższych uczelni, doprowadziło do ukształtowania wśród nauczycieli akademickich postaw biernych i lękliwych, co było szczególnie szkodliwe, gdyż z grupy tych osób powoływano wszak kadry zarządzające uczelniami. Kierownicy uczelni przyjmowali zwykle bierną postawę, oczekując dyrektyw z centrali, w przypadku akademii medycznych z Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, a przede wszystkim ustalonych programów i planów studiów. Postawom tym sprzyjała niczym nieuzasadniona wiara, iż programy te przygotowuje grono kompetentnych osób.
- Na przeszkodzie we wdrażaniu nowych pomysłów stał i stoi nadal konserwatyzm, bierność, wygodnictwo, lenistwo i partykularne interesy wielu nauczycieli akademickich w naszych uczelniach medycznych.
- Nasze ponad 30-letnie doświadczenia dydaktyczne pozwalają sformułować twierdzenie, że w polskich uczelniach medycznych (może nie we wszystkich) wyczuwa się niechęć do myślenia innowacyjnego, zaś ludziom o nastawieniu nowatorskim okazuje się jawnie lub pośrednio niechęć, a nawet wrogość.
- Olbrzymia większość nauczycieli akademickich również obecnie stroni od publikacji, dotyczących zmian w kształceniu lekarzy, zarówno w czasopiśmie zagranicznych jak i krajowych.

Aby uniknąć zarzutu, iż w naszej analizie przeważają akcenty krytyczne, proponujemy podjęcie następujących działań konstruktywnych:

- Wprowadzenie do programu nauczania przed- i podyplomowego lekarzy dyscyplin humanizujących, behawioralnych.
- Prowadzenie badań naukowych w zakresie ww dyscyplin i problematyki oraz łączenie ich z przedmiotami podstawowymi (biologicznymi) i klinicznymi.
- Odejście od modelu redukcjonistycznego tj. zmiana optyki biologiczno-inżynierskiej studentów i lekarzy na rzecz całościowego postrzegania problemów zdrowia i choroby człowieka oraz podkreślanie znaczenia tych zmian dla efektywniejszych działań lekarskich.
- Umożliwianie nabywania przez studentów i lekarzy wiedzy o zachowaniach człowieka i ich uwarunkowaniach psychospołecznych.
- Nauczanie od pierwszych lat studiów umiejętności komunikowania się w relacjach lekarz - pacjent i przedstawianie studentom korzyści wynikających z dobrego opanowania tych umiejętności w rozpoznawaniu, zapobieganiu, leczeniu i rehabilitacji.
- Autentyczna integracja pozioma i pionowa w nauczaniu dyscyplin klinicznych.
- Wybór właściwej bazy nauczania (oddziały i kliniki o profilu ogólnym, afiliacja dobrych jednostek ochrony zdrowia, przychodni rejonowych i szpitali).
- Preferowanie i rozwijanie w uczelni nauczania problemowego i kompetencyjnego.
- Stosowanie metod i form ewaluacji, zmuszających do integracji nabywanej wiedzy; egzaminy zintegrowane (np. interna, neurologia, psychiatria).
- Kształcenie ogólnolekarskie z preferencją medycyny pierwszego kontaktu, dające podstawy do uzupełnienia w przyszłości wiedzy i umiejętności potrzebnych lekarzowi ogólnopraktykującemu (lekarz rodzinny).
- Stworzenie odpowiedniej bazy dydaktycznej opartej na przychodniach rejonowych.
- Wykorzystywanie kadry "niekonwencjonalnych nauczycieli akademickich" czyli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Rozwijanie i wzmacnianie kadrowe Zakładów Podstawowej Opieki Zdrowotnej, wdrażających sukcesywnie "model holistyczny" w kształceniu lekarzy i czuwających nad jego realizacją.
- Stymulowanie motywacji absolwentów do podejmowania specjalizacji i kariery zawodowej w podstawowej opiece zdrowotnej przez wykazanie ciekawej i szerokiej problematyki, z jaką się tam będzie stykał lekarz.

Prof. dr hab. Adam Bilikiewicz
Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Takim "Głosem" mówiono 40 lat temu !

GŁOS

AKADEMII MEDYCZNEJ

GDANSK, DNIA 7 CZERWCA 1952 R.

PISMO
ZARZĄDU
UCZELNIANEGO
Z.M.P. I Z.S.P.
PRZY A.M.G.

Od Redakcji

Pierwszy numer „Głosu Akademii Medycznej” oddajemy w ręce czytelników z przeświadczeniem, że zdobędziemy nie tylko wiernych czytelników, ale również licznych współpracowników. Pragniemy wokół pisma skupić licznych studentów i pracowników AMG. Pragniemy być kolektywnym doradcą i przyjacielem. Tylko wówczas, gdy pismo nasze będzie pisane i czytane przez szerokie rzesze studentów i pracowników, sprosta zadaniom stawianym przez redakcję. Chcemy aby pismo było trybuną, przy pomocy której będziemy popularyzować przodowników nauki, ich metody pracy, zapoznawać z czołowymi ludźmi uczelni i szpitala. Każdy Polak, gorąco miłujący swoją Ojczyznę — Polskę Ludową, — na jakim by nie był stanowisku, — pragnie pomnażać swoim wkładem pracy wielkość i potęgę Państwa Ludowego. Miernikiem tego jest codzienne wykonywanie zadań Planu 6-letniego. Nam medyków i pracowników AMG przypadł zaszczytny udział w szeregach realizatorów Planu 6-letniego, wyrażający się w podnoszeniu na coraz wyższy poziom służby zdrowia w Polsce. Nowa ewolucyjna trud — trud studenta opanowującego ogromną gałąź wiedzy medycznej, trud naukowca powiększającego dorobek nauki i szkolącego nowe pokolenia fachowców w służbie zdrowia, trud szarej, a jakże owocnej pracy setek pracowników AMG, — to nasz twórczy udział w marszu całego narodu do socjalizmu, do zbudowania Polski potężnej, bogatej, szczęśliwej.

Ambicją zespołu redakcyjnego jest towarzyszyć wszystkim w pracy nad wykuwaniem nowych kadr służby zdrowia w naszej uczelni. Chcemy popularyzować czołowe postacie spośród studentów, grona profesorskiego, zespołu asystentów i pracowników. Chcemy popularyzować osiągnięcia i sukcesy jakimi niewątpliwie Nasza Akademia może się pochwycić.

Nie spełnimy naszego zadania, ograniczając się do podkreślenia tylko dodatnich stron naszego życia i pracy. Szeroko otwieramy łamy pisma dla śmiałości i twórczości, bolszewickiej krytyki. Ujawnianie błędów i niedociągnięć daje gwarancję pokonywania trudności, na jakie niewątpliwie natrafiać będziemy niejednokrotnie w naszej pracy.

Trudności zwyciężyć można jedynie zbiorowym wysiłkiem. Ambicją całej AMG muszą być lepsze wyniki pracy dydaktycznej, naukowej i usługowej, a będą one coraz lepsze, jeżeli wcześniej ujawniać będziemy nasze słabe strony i błędy.

Pismo nasze spełni swoje zadanie, jeśli każdy członek wielkiego kolektywu AMG uważać je będzie za swego przyjaciela, jeśli będzie je popularyzował i wspierał swoimi uwagami, dzielił się krytyką.

KORESPONDENTAMI NASZEGO PISMA BĄDZMY WSZYSCY!

Spotkamy się na Złocie

Złot Młodych Przewodników Pracy — Budowniczych Polski Ludowej będzie głębokim przeżyciem nie tylko dla młodzieży polskiej. Razem z nami zbierze się 22 lipca w Warszawie postępową młodzież całego świata. Zamanifestujemy tam naszą siłę, naszą niezlomną wolę pokoju.

Spotkamy się z budowniczymi Nowej Huty i Pałacu Kultury i Nauki, z budowniczymi Nowych Tych i robotnikami z Fabryki Samochodów Ciężarowych im. B. Bieruta w Lublińcu. Spotka się zetem powieć ze spółdzielni produkcyjnej z Lubelskiego ze studentem z Gdańska.

Wielu z nich przywiezie ze sobą dumne, zwycięskie meldunki o wykonaniu planu, a niektórzy, jak kol. Janczak opowie nam o wykonaniu przez siebie zadań Planu 6-letniego. Ci najlepiej przyspieszają uruchomienie zakładów produkcyjnych, które zadecydują o naszym zwycięstwie. Oni swą pracą zmniejszają nasze trudności gospodarcze.

Ich usmiechnięte twarze będą mówiły: „Wykonaliśmy 3 rok Planu 6-letniego — decydujący rok naszego wielkiego planu”. Spotkamy się na Złocie z awangardą klasy robotniczej.

Cóż my student AMG im powiemy? My również będziemy mogli spojrzeć śmiało w oczy i powiedzieć — nie zamarznowiliśmy ani grosza z ich pracy.

Grupa I i IX pierwszego roku wydziału lekarskiego zdawała w całości z wynikiem dobrym colloquium z parazytologii, z wynikiem dobrym egzamin z fizjologii, grupa II, VII i IX czwartego roku wydziału lekarskiego złożyła egzamin z dermatologii i neurologii, a grupa towarzyszący Dollwy piątego roku wydziału lekarskiego

zobowiązała się przed terminem tj. do dnia 31. VIII. 52 r. złożyć wszystkie egzaminy i uzyskać dyplom lekarski.

A to wszystko robimy, byś Ty, drogi kolego z Wólki Hryniewckiej, czy z ZPA w Kędzierzynie, nie czekał zbyt długo na pomoc lekarską. Cheemy jak najrybiej być gotowi do niesienia pomocy sanitarnej naszym masom pracującym, budującym socjalizm w Polsce Ludowej.

My nie tylko chcemy w terminie zdać egzaminy, chcemy je zdać jak najlepiej, by z całą młodzieżą produkującą pojechać na Złot. Ostatnio wesoło bawili się na wieczorku przedzłotowym koledzy I i III roku stomatologów i I roku wydz. lekarskiego. Drugi rok stomatologii wybierali się na wycieczkę po Gdańsku. Grupa XI i XII roku lekarskiego w ramach zobowiązań złotowych zebrali po kilkadziesiąt ksiątek, które zostaną przekazane kolom wiejskim ZMP. O ksiątkach tych napewno porozmawiamy z kolegami ze wsi na Złocie.

Z przykrością należy stwierdzić, że są jeszcze u nas kole-dzy, którzy swoim postępowaniem nie przynioszą zaszczytu swoim grupom.

Sluchajcie koleżanki Nejman i Milaszewska! Wasza grupa też chce pojechać na Złot, dlatego jej w tym nie pomagacie?

Wy wszyscy, którzy nie nadążacie za grupą, zwróćcie się do swoich kolegów o pomoc, zdajcie egzamin w terminie, byście wraz z całą grupą mogli wziąć udział w Złocie, obejrzeć naszą stolicę i spotkać się z przodującą młodą siłą narodu polskiego, byście mogli odczuć o silne, gorące nasze nowe życie, w którym jutro staje się dniem dzisiejszym.

ST. SZEWCZUK
stud. II roku wydz. lekarskiego.

CHŁOPCY I DZIEWCZĘTA! Naprzód — na Złot Młodych Przewodników — Budowniczych Polski Ludowej!

Chcemy stać się godnymi uczestniczenia w zlocie

Zetempowcy koła pracowniczego AMG i PSK na cześć Złotu

Właściwa praca koła, przygotowująca się do Złotu, zaczęła się od 23 kwietnia, kiedy to na masowej wysłuchaliśmy okolicznościowego referatu prelegenta z Zarządu Miejskiego ZMP. Wszyscy zebrani członkowie ZMP w liczbie 120 podjęli uchwałę wykonania pewnych konkretnych zobowiązań. Od tego czasu minął miesiąc i już widoczne są pewne osiągnięcia.

Zorganizowano zespół artystyczny, którego głównym zadaniem będzie wyjazd na wiośń. Zespół posiada sekcję muzyczną, baletową, reżyterską. Duszą całego zespołu jest kol. Basia Argasińska z Anatomii Patologicznej, która pod hasłem „Chcemy jechać na Złoty” przygotowała zespół do występów w spółdzielni produkcyjnej w dniu 1 czerwca br.

Ostatnio urządziliśmy wieczór po wzięciu Złotowi. Pod względem organizacyjnym dzięki kol. Aleksandrowi Jędrzejczakowi nastąpiła w naszym kole ZMP duża poprawa. Wzmogła się dyscyplina na szkolenia uczęszcza około 70 proc. członków.

Na zebraniach, referaty i pogadanki poświęcone są Złotowi. Zawsze mówimy o naszych kolegach jeźniakach, hucniakach, tkaczach, stoczniowcach, którzy walczą o pokój przy warsztatach pracy, mówimy o tych, którzy walczą o po-

kój i socjalizm z imperialistycznym najeźdźcą na krwawych polach Korei.

Chcielibyśmy się spotkać z nimi na Zlocie. Podjęliśmy dodatkowe zobowiązanie, że do 1 lipca doprowadzimy do porządku kwietniki, a mając w naszym gronie takich kolegów jak Henryk Nowak, oczyścimy cały teren szpitala i terminu dotrzynamy.

W środę, 28. V, urządziliśmy wieczór pełni i tęczą, a poszczególne numery programu były poświęcone tym, którzy przodują w wykonaniu zobowiązań, podjętych na cześć Złotu, tym, którzy krązą w pierwszym szeregu Młodych Przetowników — Budowniczych Polskiej Ludowej.

FILIPOWNA WANDA
przewodnicząca koła ZMP.

Podnoszenie świadomości ideologicznej naszym obowiazkiem

Koło ZMP Oddziału Służa przed Złotem Młodych Przetowników

Jasne promienie słońca zalewają dziedziniec szpitalny, który zmienił swój wygląd od kilku dni. Po drózkach wysypanych złotym piaskiem spacerują chorzy, zadowoleni i uśmiechnięci, na widok młodych zetempowców, którzy zmieniają doniedawna pokryty liśćmi i błotem ogród szpitalny w czysty i estetyczny. Młodzież Oddziału Służa wykonuje zobowiązanie podjęte dla uczczenia Złotu Młodych Przetowników.

Na zebraniu koła ZMP podjęto zobowiązania: zorganizowania szkolenia ideologicznego i zawodowego, które jest w stadium rea-

lizacji. W tym miesiącu należy podkreślić, że nie wszyscy kole-dzy rozumieją doniosłość przenoszenia świadomości ideologicznej, bo nie przychodzą na zebrania dyskusyjne.

Mamy jednak nadzieję, że ta sprawa ulegnie poprawie, a opieszalym pomogą płomienne hasła zlotowe, jak również opieka przy-dających kolegów.

Wzywamy wszystkich członków ZMP i młodzież AMG do czynów przedzlotowych. Chcemy czytać w naszej gazecie o osiągnięciach innych koł ZMP przy AMG i PSK.

JANUSZ WĄSOWSKI

Życia Rady Miejskowej

Brak szkolenia odbija się ujemnie na pracy związkowej

Koło 7 w. Zaw. Pr. St. Zdrowia przy Oddziale Służa liczy 180 członków zorganizowanych w 6 grupach związkowych. Na zebranie grup przychodzi około 60 proc. członków. Praca związkowa nie stoi na właściwym poziomie. Członkowie grupy nie doceniają ważności pracy związkowej. Ten brak świadomości jest wynikiem niedostatecznego szkolenia. Ostatnio z 6 mężczyzn zaufania, szkolenie ukończył tylko 1.

Na ciągłość pracy związkowej odbija się w sposób negatywny duża płynność kadr. Niemniej Rada Miejskowa ma pewne osiągnięcia. Wydano 3 gazetki ścienne dla uczczenia 80-rocznicy urodzin Tow. Bieruta i święta 1 Maja, ekipy lekarskie zobowiązały się wyjeżdżać raz na tydzień w teren do spółdzielni produkcyjnej — zobowiązanie jest w toku realizacji. Pracownicy Rentgena zobowiązały się prześwietlić wszystkich pracowników Oddz. Służa do dnia 15. 6. 52 r. Lekarze Interniści zobowiązały się zbliżyć wszystkich pracowników. Wszyscy pracownicy zobowiązali się do prowadzić do estetycznego wyglądu otoczenia szpitala, co w 80 proc. zostało wykonane.

BELLING JOHNA

Przew. Rady Miejskowej
Oddz. Służa.



JANINA DOLIWA

PRZODOWNICY NAUKI V roku Wydziału Lekarskiego

W celu przyspieszenia uzupełnienia kadr Służby Zdrowia, wielu naszych kolegów podjęło zobowiązania przedterminowego złożenia egzaminów dyplomowych. Poniżej zamieszczamy zdjęcia najbardziej wyróżniających się studentów V roku Wydziału Lekarskiego.



TADEUSZ MIERZWIŃSKI



HENRYK DĄZKOWSKI



WOLF ROBERT-CZESŁAW



ZBIGNIEW WILCZYŃSKI



KONSTANTY LEONOWICZ

ZAKŁAD RADIOLOGII A M G

• w służbie mas pracujących Wybrzeża

Niedawno pierwsi pacjenci zostali ulokowani na nowoostartym Oddziale Onkologicznym Zakładu Radiologii AMG. Oddział ten to nowy sukces kolektywnego wysiłku pracowników Zakładu — który dynamika rozwoju na przestrzeni 6 lat przekroczyła najśmielsze przypuszczenia i oczekiwania.

Jeden przestarzały aparat rentgenowski, jedna laborantka i jeden lekarz rentgenolog, wśród zastawionych łóżkami pomieszczeń Zakładu (który był oddziałem zakamionym szpitala wojskowego, to był początek historii Zakładu. Trzeba było natychmiast kompletować aparaturę, tworzyć kadry lekarzy specjalistów i pomocy technicznej, aby podjąć ważnym wówczas zadaniu udzielenia porad specjalistycznych wszystkim mieszkańcom trójmiasta (zdecydowała to wówczas jedyna placówka radiologiczna na Wybrzeżu). Stabilizacja warunków życiowych zmieniła bardzo wiele. Czynności usługowe przejęły nowo powstałe w tym celu instytucje. Zakład zajął się pracą kliniczno-naukową i dydaktyczną.

Praca kliniczno-naukowa polegała na rozpracowywaniu klinicznych przypadków chorobowych z radiologicznego punktu widzenia przy pomocy najnowszych metod badania radiologicznego, jak tomografia, kineografia, bronchografia, po raz pierwszy w Polsce wykonanej angiokardiografii itp.

Jednak dominująca rola w życiu zakładu grała praca dydaktyczna. Głównie zadanie placówki akademickiej: szkolenie kadr, było konsekwentnie realizowane przez pierwszego kierownika Zakładu Prof. Dr. Rowińskiego. Nie było kwalifikowanych laborantek technicznych, a więc trzeba było je wyszkolić, utworzone w tym celu przy zakładzie Szkołę Asystentek Technicznych. Odczuwano się brak fachowych konserwatorów kosztownej aparatury rentgenowskiej, a więc zaczęto kształcić ich na specjalnym kursie konserwatorów elektro-medycznych przy Zakładzie Radiologii AMG. W toku pracy szkolili się i specjalizowali kadry nowych radiologów, którzy z biegiem czasu utworzyli trzon pracowników naukowych biorąc z kolei sam udział w szkoleniu nowych specjalistów. Ta intensywnie prowadzona szkoleniowa praca Zakładu pozwoliła po pewnym czasie na zatrudnienie fachowo wyszkolonych „swoich” konserwatorów, „swoich” laborantek, „swoich” lekarzy.

Związany wspólną pracą, zaczęły osiągnięciem kolektyw pracowników Zakładu realizował na słupne zadanie: stworzenie ośrod-

ka do walki z nowotworami. Po uruchomieniu Przychodni Onkologicznej, zainstalowaniu kompletu aparatów terapeutycznych, na skutek usilnych starań ówczesnego Dyrektora Zakładu Prof. Dr. Grabowskiego, dokonano otwarcia Oddziału Onkologicznego. Na Oddziale tym, przebudowanym i nowoczesnie wyposażonym, chorzy znajdują odpowiednią opiekę i właściwe leczenie.

Jest i trzecia dziedziną zainteresowania pracowników zakładu. Ta dziedziną jest praca naukowo-eksperymentalna. Zagadnienie to odkładane dotychczas ze zrozumiałych względów na plan dalszy, obecnie już staje się aktualne. Po zmontowaniu nowych aparatów

diagnostycznych i terapeutycznych, przejęcia i uruchomienia drugiej części Oddziału Onkologicznego, rozpocznie pracę placówka radiologiczna. Powstanie również pracownia fizyczna, której głównym zadaniem będą pomiary promieniowania jonizującego w pomieszczeniach zakładów rentgenowskich oraz opracowanie i konstruowanie wzorcowego aparatu pomiarowego. Zagadnienie to ważne z punktu widzenia medycyny społecznej, czeka wciąż jeszcze na rozpracowanie.

Dziś, gdy w większości placówek radiologicznych Wybrzeża pracują personel lekarski i pomocniczy wyszkolony w ciągu 6 lat w Zakładzie, gdy teren zasłany

jest stale absolwentami Szkoły Laborantek i konserwatorów elektromedycznych, gdy do robotniczych ośrodków wyjeżdżają ekipy z aparatami rentgenowskimi, gdy w zakładzie przeprowadza się zakrojone na szeroką skalę badania malobrazkowe, gdy wreszcie silnie związane z Zakładem studenckie kolo naukowe, w oparciu o pomoc i aparaturę Zakładu, organizuje opiekę radiologiczną nad Rybackim Ośrodkiem Zdrowia, stwierdzać należy, że zespół pracowników Zakładu nie zasklepił się jedynie w ramach pracy klinicznej, lecz wyszedł poza mury Akademii do najszerszych mas pracujących, dając im kwalifikowane kadry, poradę i pomoc.

Chore dzieci nie przerywają nauki

Wszechstronna opieka Państwa Ludowego nad dzieckiem

Artykuł 68 Projektu Konstytucji mówi: „Polska Rzeczypospolita Ludowa otacza szczególnie troskliwą opieką wychowanie młodzieży i zapewnia jej najszersze możliwości rozwoju”.

Słowa te nie są frazesem, mają one pokrycie i są odbiciem faktycznie istniejącego stanu w Polsce Ludowej. Jedną z wielu form w jakich przejawia się troska Państwa Ludowego o zapewnienie młodzieży najszerszych możliwości rozwoju, jest rozłożenie należytej opieki nad dzieckiem chorym, a zwłaszcza przewlekłym chorym.

W Polsce sanacyjnej, dziecko leżące w szpitalu albo co rzadko się zdarzało w sanatorium, wyrzucone było poza nawias życia szkolnego. Okres choroby czy też rekonwalescencji pociągał za sobą kilkuletnią nieraz przerwę w nauce.

Jak jest obecnie w Polsce Ludowej?

Chore dziecko, tak jak każde zdrowe, czuje nad sobą opiekę Państwa. W wielu szpitalach, sanatoriach i prewatoriach dziecięcych zorganizowane zostały szkoły. Małi pacjenci mają możliwość w czasie pobytu w zakładach leczniczych brać czynny udział w pracy szkolnej, a po chorobie wrócić się w nurt normalnego życia szkolnego.

Nie wszyscy jeszcze o tym wiedzą, że i na terenie AMG istnieje Państwowa Szkoła Ogólnokształcąca stopnia podstawowego dla dzieci chorych, przebywających na leczeniu w klinice dziecięcej, Chirurgii Dziecięcej i Ortopedii, czy też Oddziale Rehabilitacyjnym A. M. G. Niezależnie od szkoły istnieje również przed szkołę dla dzieci chorych.

Szkoła pod kierunkiem wykwalifikowanych sił pedagogicznych realizuje normalny program w dostosowaniu do sta-

nu chorobowego dziecka, a przedszkole wyposażone w różnego rodzaju zabawki stwarza ciepłą atmosferę „świątki dziecięcej”, sprzyjającą szybkiemu powrotowi do zdrowia.

Między personelem pedagogiczno-wychowawczym, a lekarzami i personelem pomocniczo-lekarskim na tych klinikach, istnieje ścisła współpraca, konieczna zresztą w tych warunkach.

Na wspólnych posiedzeniach omawiane są poszczególne przypadki, ustala się metody pracy pedagogicznej i wychowawczej w dostosowaniu do stanu chorobowego dziecka.

Bogate i ciekawe przejawy życia tej ze wszech miar pozytywnej placówki można odczytać z kart kroniki szkolnej.

O tym, że uczniowie tej szkoły, a równocześnie pacjenci Kliniki AMG mimo choroby i pewnego odosobnienia żyją w całej pełni zagadnieniami interesującymi cały kraj, świadczy tematyka prac jakie wykonują.

Niech za przykład posłuży piękna akademia urządzona przez małych aktorów dla uczczenia 60-lecia urodzin Wielkiego Opiekuna dzieci Prezydenta Bolesława Bieruta i dla uczczenia święta 1 Maja, a gazetka ścenna wykonana na 1 Maja przez uczniów szkoły Czerniawskiego należy do najlepszych gazetek całego szpitala.

Trzeba dodać, że male zainteresowanie szkołą odczuwa ze strony szerszego ogółu pracowników AMG i PSK, ale mamy nadzieję, że po tej krótkiej wzmiance zainteresowanie tą piękną placówką wzrośnie.

W. GDANIEC
nauczycielka.



Wyróżniający się w pracy naukowej i społecznej Prorektor Prof. Dr. J. Penson w otoczeniu swoich współpracowników

Czy wiecie że...

NASZ CHÓR MIĘDZYUCZELNIANY ZAJĄŁ I MIEJSCE NA FESTIWALU W KRAKOWIE

Do drugiej w nocy był zapelniony krakowski Teatr. Miało stać się miejscem wielkiej rewii ludowej. Uchem przewijały się roje młodzieży w barwnych strojach. Było tam przeszło 25 zespołów artystycznych, ze wszystkich krajów Polski. Na krąganku wawel kum mieszkaniec krakowa urządził gorącą owację naszemu zespołowi, który wykonaniem piosen ludowych dowodził, że załobzenie zdobył pierwsze miejsce w Krakowie.

Na uczelni odbyły się dwa wieczorki urządzone przez I i III rok stomatologii.

Wieczorek I roku udał się, wystąpił na nim zespół artystyczny pod hasłem przygotowań do Złotu w Warszawie. Wa to podkreślić, że część artystyczną przygotował cały rok I, większość grup studenckich, a nie garstka studentów jak to najczęściej dotąd bywało. Bawiono się potem kilka godzin przy adapterze.

Wieczorek III roku również posiadał część artystyczną. Organizatorzy jednak nie potrafili zapewnić frekwencji nawet swojego roku. O czym to świadczy? Czyżby u braku życia i zainteresowania?

Nasza uczelnia opiekuje się od stycznia br. zespołem PGR „Delta-Nogat”. Jedzą tam agitatorzy, ekipy sanitarne, internści, pediatrzy, byli prof. prof. Bloch i Penson. Odbyła się akademia na której 7 osobowa ekipa artystyczna z I roku lekarskiego wystąpiła z częścią artystyczną.

Święto 1 Maja — 4 ekipy artystyczne wyjechały na wieś, gdzie przy mowiano je z wielkim entuzjazmem. W serdecznej atmosferze zacieśnia się sojusz robotniczo-chłopski. Miało stać się, wieś z miastem buduje socjalizm.

Biegi narodowe wypadły dla nas fatalnie — A. Z. S. popraw się na przyszłość!

Na wydziale farmacji odbyła się narada produkcyjna, na której omawiana była sesja egzaminacyjna i przygotowanie do niej studentów. Chcą się oni uczyć, domagają się bardziej wartościowych zajęć. W zimowej sesji egzaminacyjnej w 25% przystępowali do egzaminów, obecnie postanowili podnieść tę cyfrę. Farmacja więc jest wydziałem przodującym na naszej uczelni, najwięcej osób na zlot wyjeżdża właśnie

z tego wydziału. Czy może wydział lekarski i stomatologia dopuścić do tego by pozostały w tyle?

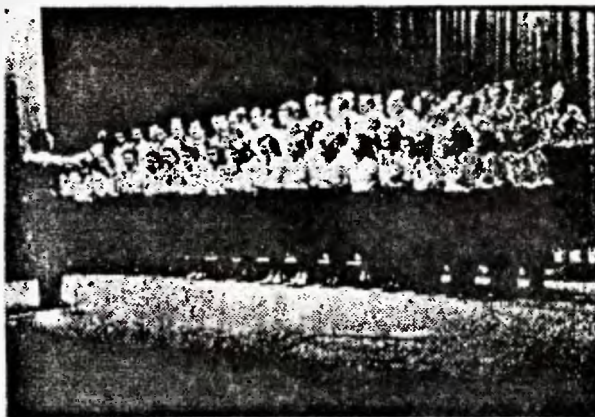
W całej akademii wra praca, odbywa się szereg repetycji, konsultacji, a na I i II roku trwały one cały rok, zwłaszcza w zakładach Marksizmu, chemii fizjologicznej, fizjologii. Na III i IV roku repetycje wzmożły się w tym miesiącu. Patologia, anatomia patologiczna, neurologia — klinika ta daje z siebie naprawdę maksimum, aby nauczyć nas jak najwięcej, aby jak najlepiej przygotować do egzaminu. W klinice dermatologii konsultacje są prowadzone bardzo systematycznie, studenci przygotowują jeden z działów i te przypadki są im demonstrowane. Asystenci pytają, pomagają, uzupełniają wiadomości. „Praca wra.

Zrzeszenie Studentów Polskich ma trzy działy: imprezowo-oświatowy, naukowy, socjalny; wszystkie działają pracując, a dowodem tego są:

akcja wczasowa — w tym roku akademickim będą leżnicze i wypoczynkowe w okolicach górskich i podgórskich i na Pojezierzu.

wzrost zainteresowań artystycznych szerokich rzesz studentów — kinem, teatrem, operą. Obecnie wielką popularnością cieszą się koncerty symfoniczne, a zwłaszcza IX symfonia Beethovena, w której tak chwalebnie popisał się nasz międzyuczelniany chór.

zorganizowany na Wybrzeżu festiwal zakończył się zwycięstwem naszego chóru, który przed wyjazdem do Krakowa dał koncert, a dochód przeznaczony był na bilety kolejowe dla osób wyróżnionych w nauce, pracy społecznej i pracy nad festiwalem.



Międzyuczelniany chór przy AMG pod kierownictwem artystycznym Tadeusza Tylewskiego, po ostatnich sukcesach na Festiwalu w Krakowie, jako przodujący zakwalifikował się na Zlot Młodych Przedowników — Budowniczych Polski Ludowej.

NOWE KADRY SŁUŻBY ZDROWIA



W dwuletniej szkole Laborantek Medycznych na dziale analitycznym i elektrolodologicznym kształcą się laboranci dla laboratoriów bakteriologicznych, chemicznych, rentgenologicznych i fizykoterapii.

Na zdjęciu: uczniowie działu chemiczno-bakteriologicznego w czasie ćwiczeń z histologii.

Migawki z życia medyków

Dni uciekają tak szybko. Niedawno stawało się do sesji zimowej, a dziś trzeba jak najszybciej brać się do letniej, porządkować wiadomości zdobyte w ciągu roku na wykładach i ćwiczeniach, bo przysłowiowe kaszlany niedługo zaczną kwitnąć, a wtedy będzie trochę za późno.

„Wiadomości zdobyte na wykładach” dla wielu to trochę obco brzmi, zwłaszcza dla tych, którzy na nie nie uczęszczali lub zajmowali się wszystkim tylko nie wykładami.

Czym np. zajmowały się koleżanki Bogusławska i Leszczyńska z IV roku lekarskiego, koleżanki Wąsierska i Śliwiec z III roku lekarskiego, wtedy gdy ich nie było na wykładach? Rok III i IV jest zastrzygowany ich nieobecnością. Co na to powie komisja dyscyplinarna?

Dziwna rzecz, że frekwencja na wykładach była coraz mniejsza im

bardziej zbliżała się sesja egzaminacyjna. I nie na wszystkich wykładach była Jednakowa. I przecież każdy wykład jest ważny i obowiązujący. A tymczasem na IV roku lekarskim na wykładach chirurgicznych prof. Kietura kisa, które są prowadzone ciekawie, z uwzględnieniem rzeczy najbardziej praktycznych, przydających się w życiu codziennym lekarza, maksymalna frekwencja wynosiła 30 — 40 osób. Byli to talizmani bywalcy. Ostatni wykład nie odbył się, bo było aż 8 osób i znów co na to komisja dyscyplinarna? Czy my nie kradliemy w ten sposób czasu profesora, który musiał się do tego wykładu przygotować? 8 osób poszło na obchód — profesor omówił w ciągu 3 godzin obchodu najciekawsze przypadki, wyjaśnił, tłumaczył. A co na to IV rok?

To jest niewielki wycinek z życia, na innych latach sprawa nie przedstawia się lepiej.

Kto ponosi za taki stan rzeczy winę?

Czy przystępujesz kolegą w terminie do egzaminów?

Informacje, informacje

Z Sekretariatu Rektora uzyskaliśmy następujące informacje:

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Akademii Medycznej w Gdańsku powołano:

Zygmunta Chodorowskiego	Wojciecha Czarnowskiego
Anzelma Hoppe	Marię Hrabowską
Marię Korzon	Kazimierza Krajkę
Jolanę Myśliwską	

* * * * *

Senat Akademii Medycznej powołał **Radę Biblioteczną** w składzie:

mgr Józefa de Laval	- dyr. Biblioteki
prof. dr Zygmunt Chodorowski	- przedst. Rady Wydz. Lekarskiego
prof. dr Olgierd Narkiewicz	"
prof. dr Julian Stolarczyk	"
prof. dr Miron Kałowski	"
prof. dr Ryszard Piękoś	- przedst. Rady Wydz. Farmaceut.
mgr Stefania Orchowska	- przedst. Biblioteki
mgr Ewa Michałowska	"
stud. Monika Guzek	- przedst. Samorządu Stud.

* * * * *

Senat Akademii Medycznej powołał **Komisję Spraw Nauczycieli Akademickich** do oceny osób pełniących funkcję we władzach uczelni oraz osób posiadających tytuł naukowy w składzie:

prof. dr Jerzy Dybicki
 prof. dr Olgierd Narkiewicz
 prof. dr Stefan Raszeja
 prof. dr Kazimierz Szawłowski
 prof. dr Aleksander Radecki

* * * * *

Senat Akademii Medycznej:

- wyraził pozytywną opinię o przystąpieniu AMG do Gdańskiej Fundacji Dobroczynności
- zaakceptował kandydaturę doc. Marka Grzybiaka jako przedstawiciela AMG w Zespole Organizacyjnym Komitetu Edukacji Podyplomowej
- wyraził zgodę na utworzenie spółki AMG z pracownikami naszej Uczelni, której głównym celem będzie prowadzenie apteki szkoleniowej i hurtowni leków
- zaopiniował pozytywnie wnioski o nagrody ministra zdrowia i opieki społecznej:
 - 6 wniosków o nagrody indywidualne
 - 6 wniosków o nagrody zespołowe
- zatwierdził plan wydawniczy na rok 1992
- zatwierdził regulamin przyznawania medalu studenckiego "Primus inter pares"
- zatwierdził regulamin przyznawania nagród rektora dla wyróżniających się studentów naszej Uczelni

- poparł stanowisko obu rad wydziałów o nie rozwiązywaniu Centralnej Komisji ds tytułu naukowego i stopni naukowych
- ustalono limit przyjęć na I rok studiów w roku akad. 1992/93
 - na Wydz. Lekarski 183 miejsca + 12 kandyd. z ub. roku
 - Oddz. Stomatol. 60 miejsc + 4 " "
 - Wydz. Farmaceut. 100 miejsc

* * * * *

W dniu 18 maja 1992 r. o godz. 12.00 w sali im. prof. S. Hillera odbyła się uroczystość wręczenia dyplomu DOKTORA HONORIS CAUSA prof. Franklinowi Haroldowi Epsteinowi, dyrektorowi Renal Division Beth Israel Hospital w Bostonie.

* * * * *

Dział Spraw Osobowych AMG prosi o sprostowanie błędnej informacji zamieszczonej w *Gazecie AMG* z dnia 1.05.92 Nr 5(17) na stronie 16, dotyczącej nazwy nowoutworzonej jednostki. Zgodnie z Zarządzeniem Nr 1/92 Rektora AMG w sprawie zmian organizacyjnych, na Wydziale Lekarskim AMG zakład kierowany przez dr med. Andrzeja Kubasika otrzymał nazwę:

- Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń

* * * * *

Dla lekarzy i osób po doktoracie jest możliwość ubiegania się o stypendium "INTERNATIONAL INSTITUTE of CELLULAR and MOLECULAR PATHOLOGY" (Bruksela, Belgia). Są to stypendia roczne, które można przedłużyć o kolejny jeden rok. Wysokość stypendium wynosi 50 000 franków belgijskich miesięcznie. Podania o stypendium przyjmowane są przez cały rok i oceniane przez specjalną komisję Instytutu, przeciętnie dwa razy do roku. Bliższe dane można uzyskać w Dziale Nauki, tel. wewn. 11-59.

* * * * *

6 maja 1992 roku zmarł prof. dr hab. med. Tadeusz Kielanowski, emerytowany kierownik Katedry i Kliniki Gruźlicy Płuc AMG, założyciel pierwszego w Polsce Telefonu Zaufania "Anonimowy Przyjaciel" w Gdańsku.

* * * * *

18 maja 1992 roku zmarł prof. dr hab. med. Wiesław Mierzejewski, kierownik Kliniki Położnictwa Instytutu Położnictwa i Chorób Kobiecych AMG.

Kursy języka angielskiego

Prorektor ds nauki informuje, że Studium Języka Angielskiego "British Council" Uniwersytetu Gdańskiego organizuje, jak co roku, nabór kandydatów na kurs języka angielskiego dla młodych pracowników nauki na rok akademicki 1992/1993.

Podstawowy cykl szkolenia obejmuje: kurs 2-letni, zajęcia 2 razy w tygodniu oraz raz w semestrze 8-dniowy wyjazd szkoleniowy na kurs wyjazdowy poza Gdańsk.

Akademia Medyczna w Gdańsku wyraziła zgodę na finansowanie nauki 3 nowych grup i kontynuację dotychczasowych. Uczelnia opłaca koszty 2-letniego cyklu szkolenia, natomiast koszt sesji wyjazdowych w całości pokrywają uczestnicy kursu.

Wymagana jest zgoda bezpośredniego przełożonego na uczestnictwo w zajęciach (w godzinach pracy) i na kurs wyjazdowy.

Egzaminy wstępne odbędą się w dniach: 16 i 17 czerwca o godz. 10.00 w gmachu Wydziału Humanistycznego, pokój 039.

Prosimy o składanie podań do prorektora ds nauki do dnia 5 czerwca 1992 roku.

"British Council" informuje także o możliwości zapisania się na kursy na warunkach pełnej odpłatności (1.500.000 zł za semestr). Szczegółowych informacji udziela biuro "BC" w Gdańsku, ul. Polanki 62, tel. 41-05-58.

* * * * *

Akademia Medyczna w Gdańsku zatrudni:

księgowych

- wymagania:

co najmniej 6-letni staż pracy
wykształcenie średnie ekonomiczne

- proponowane wynagrodzenie:

płaca zasadnicza do 1.150.000 zł mies. bez ubruttowania,
dodatek za wysługę lat, premia uznaniowa

kierownika działu księgowości/z-cę kwestora (gł. księgowego)

- wymagania:

staż pracy 8 lat, w tym 2 lata na stanowisku kierowniczym,
wykształcenie wyższe ekonomiczne

- proponowane wynagrodzenie:

płaca zasadnicza do 1.410.000 zł miesięcznie, dodatek funkcyjny do 150.000 zł miesięcznie bez ubruttowania, dodatek za wysługę lat, premia uznaniowa

robonika wykwalifikowanego - do wyrobu szkła laboratoryjnego

- wymagania:

co najmniej 6-letni staż pracy
wykształcenie zasadnicze zawodowe lub dyplom mistrza w zawodzie wyrobu szkieł laboratoryjnych

- proponowane wynagrodzenie:

płaca zasadnicza do 6.830 zł/godz. bez ubruttowania, dodatek za wysługę lat, premia uznaniowa

Szczegółowych informacji udziela Dział Spraw Osobowych AMG Gdańsk ul. M. Skłodowskiej-Curie 3 A (pok. 307) tel. 47-82-22 wewn. 10-38.

Sprawozdanie

Komisji ds oceny wiarygodności wypełniania kart zgłoszeń nowotworów i kart zgonów z powodu chorób nowotworowych na terenie Państwowych Szpitali Klinicznych Nr 1, 2 i 3

Komisja na podstawie opracowanego regulaminu przeprowadza instruktarz wypełniania "Kart zgłoszeń nowotworów złośliwych" (KZNZ) i sprawdza, czy w każdym przypadku wypisu pacjenta z rozpoznaniem lub podejrzeniem nowotworu złośliwego wypełniono KZNZ. Przy współpracy Działu Dokumentacji Chorych przeprowadzono kontrole zgłaszalności w PSK 1. Do dnia 10 maja wpłynęło 117 KZNZ dotyczących chorych wypisanych w miesiącu kwietniu br. Po sprawdzeniu Księgi Głównej Chorych znaleziono dodatkowo 137 rozpoznań wypisowych, które mogłyby sugerować, że powinna im towarzyszyć KZNZ. Po monitach i weryfikacji rozpoznań w poszczególnych klinikach (część rozpoznań była niejednoznaczna np. "guz", w 29 przypadkach nie były to nowotwory złośliwe) uzyskano dodatkowo 102 KZNZ. Do dnia 20 maja wpłynęło 92 KZNZ pacjentów wypisanych w maju br., na podstawie innej dokumentacji ustalono dodatkowo 42 rozpoznania wypisowe, kwalifikujące się prawdopodobnie do wypełnienia KZNZ. Z przytoczonych danych wynika, że w maju obserwuje się większy udział rozpoznań nowotworów złośliwych, którym towarzyszą KZNZ.

Ponadto stwierdzono, że nie wszyscy wypełniając dokumentację o charakterze sprawozdawczym posługują się mianownictwem w języku polskim zgodnym z "Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów".

Z upoważnienia Komisji
dr Jan Pastor

Uwagi do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów

W Polsce niepodległej pierwsze rozporządzenie dotyczące posługiwania się do celów statystycznych i sprawozdawczych mianownictwem polskim zgodnym z "Międzynarodową Klasyfikacją" zostało wydane 70 lat temu, 8 czerwca 1922 r.

Do dzisiaj kilkakrotnie zmieniano "listy klasyfikacyjne", ale wymóg stosowania języka polskiego nie uległ zmianie. Niemniej często spotyka się w dokumentacji o charakterze sprawozdawczo-statystycznym mianownictwo łacińskie i półłacińskie np. Ca zgięcia pachwinowego, czy też niby-łacińskie, a w rzeczywistości angielskie np. canal vertebral.

Należy podkreślić, że wymóg stosowania mianownictwa polskiego zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonów dotyczy wszystkim informacji, które są wykorzystywane do celów sprawozdawczo-statystycznych.

Podporządkowanie się temu wymogowi jest zgodne z obowiązującymi przepisami i ułatwia przepływ informacji od personelu medycznego do paramedycznego i umożliwia porównywanie statystyk w skali krajowej i międzynarodowej.

Dr Jan Pastor

Z ukosa

Pospieszyłem się. Dwukrotnie w jednym felietonie z zeszłego numeru *Gazety AMG*. Okazało się, że ZW PCK zwrócił się w końcu do studentów z prośbą o pomoc w zorganizowaniu obozów kontaktowych dla dzieci niepełnosprawnych. Obozy odbędą się w Cieciorce i w Gołuniu. Plakaty na ten temat już wszędzie wiszą. Druga moja wpadka to sprawa "Medyka" - mimo pewnych kłopotów - poszła szybko i w niedzielę 17 maja odbyło się uroczyste otwarcie klubu. Wśród gości - oprócz władz Uczelni i studentów (również spoza Akademii) - można było spotkać także posłów na Sejm z Kongresu Liberalno-Demokratycznego z Donaldem Tuskiem na czele, a nawet Anglików z Partii Konserwatywnej, której delegacja odwiedziła gdańskich liberalów. Po krótkich, acz treściwych przemówieniach oraz symbolicznej lampce wina z jazzem w tle nadszedł moment kulminacyjny - aukcja dzieł gdańskich plastyków, z której dochód przeznaczony jest na wspomniane wyżej obozy. Licytowali na przemian panowie rektorzy i posłowie. Panu Rektorowi Angielskiemu udało się wciągnąć do zabawy nawet chłodnych Wyspiarzy, zaś w wysokie stany gorączkowe weszła temperatura na sali wtedy, gdy licytację pięknej grafiki poprowadził pan Prorektor Stoba (wielki w tym udział mieli studenci WSM, którzy licytowali na zasadzie "sami przeciw wszystkim"). Następnie odbył się mecz bilardowy Władze Uczelni - Posłowie RP, w którym nasza drużyna pokonała liberalów, a potem - wesoła zabawa (ruszono w tany) trwała do późnej nocy. Summa summarum - zaczęło się niezle, oby było to dobrą wróżbą na przyszłość.

I tym optymistycznym akcentem....

Kamil Jankowski

Informacje o posiedzeniach Towarzystw Naukowych, zebraniach, odczytach i sympozjach, jakie mają się odbyć w czerwcu br.

5 czerwca - zebranie PT Diagnostyki Laboratoryjnej

godz. 10.00 - sala wykładowa Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego
ul. Smoluchowskiego 18

Dr A. Szolc "Interpretacja wyników badań w diagnostyce niedokrwistości. Szpital Wojewódzki, Gdańsk"

Doc. W. Łysiak-Szydłowska "Izby diagnostyczne - aktualny stan legislacyjny"

Dr A. Boreysza z firmy Emapol - "Human"- materiały diagnostyczne

6 czerwca - zebranie PT Ortopedycznego i Traumatologicznego

godz. 10.30 - 110 Szpital Garnizonowy w Elblągu,
ul. Komeńskiego 135

Dr Skrzek, dr Kaftański "Rany postrzałowe"

Dr Mielczarek, dr Hryniewicz "Leczenie złamań kostek"

Dr Pawłowski, dr Baranowski "Kompleksowe postępowanie w bólach krzyża"

10 czerwca - zebranie PT Kardiologicznego, PT Nadciśnienia

Tętniczego oraz Ośrodka Informacji Naukowej "POLFA"

godz. 12.00 - sala im. Rydygiera

Prof. B. Krupa-Wojciechowska "Nitrendypina - nowy antagonist wapniowy - przydatność w leczeniu nadciśnienia tętniczego"

Dr M. Kośmicki z Warszawy "Molsidomina i jej rola w terapii choroby niedokrwiennej serca"

- 10 czerwca - zebranie PT Anatomicznego i PT Histochem. Cytochem.**
 godz. 13.00 - biblioteka Zakładu Anatomii Prawidłowej
 Dr J. Juraniec-Kubasik "Mikroskopowo-elektronowe badania połączeń nerwowych z zastosowaniem metody Golgiego"
- 10 czerwca - zebranie PT Dermatologicznego**
 godz. 11.00 - sala wykładowa Kliniki Dermatologicznej
 Prof. H. Szarmach "Aktualne problemy epidemiologiczne chorób przenoszonych drogą płciową"
- 10 czerwca - zebranie PT Alergologicznego**
 godz. 11.00 - sala konferencyjna w budynku administracyjnym Szpitala Dziecięcego w Gdańsku-Oliwie ul. Polanki 119
 Doc. T. Plusa z Warszawy "Płukanie oskrzelowo-pęcherzykowe we współczesnej diagnostyce chorób układu oddechowego"
- 12 czerwca - zebranie PT Gerontologicznego**
 godz. 14.00 - biblioteka Zakładu Histologii
 Dr Z. Kmiec i wsp. "Tarczyca ludzi w wieku podeszłym: fizjologia i klinika"
- 23 czerwca - zebranie PT Farmaceutycznego i Okręgowej Izby Lekarskiej**
 godz. 13.30 - sala wykładowa nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG ul. J. Hallera 107
 Mgr inż. M. Kończak, mgr inż. J. Malicki "Zastosowanie komputera w prowadzeniu apteki" oraz szkolenie połączone z prezentacją
 Dr S. Vogel "Aktualne prace legislacyjne dotyczące farmacji i farmaceutów"
- 23 czerwca - zebranie PT Immunologicznego**
 godz. 13.15 - sala ćwiczeń Zakładu Patomorfologii
 Mgr D. Sosnowska "Muramylodipeptydy jako immunostymulatory"

Wykaz aparatury zakupionej w kwietniu br.
 dla Uczelni i Szpitali Klinicznych

Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej PSK 2

System komputerowy PC 386/33	27.690.000	Grant-5 KBN
Drukarka LQ 200	6.500.000	Grant-5 KBN

Zakład Chemii Organicznej

Koprocesor 80387-25	3.890.000	Grant-2 KBN
---------------------	-----------	-------------

Zakład Biochemii Klinicznej

Komputer IBM PS/2 - 2 szt.	146.229.000	TEMPUS JEP-2416
Mysz IBM - 2 szt.	2.756.000	TEMPUS JEP-2416

Studium Praktycznej Nauki Języków Obcych

Komputer SUGA TATUNG	51.372.000	TEMPUS JEP-2416
Mysz IBM	1.377.000	TEMPUS JEP-2416

Zakład Biochemii Farmaceutycznej

Chromatograf ciecz. HPLC	2.402.626	z pracy 102
" "	741.000	z pracy 102
Kostkarka do lodu UJG-50	2.151.000	z pracy 102
Termostat EPOLL	1.516.000	z pracy 102

Zakład Biochemii

Chromatograf ciecz. HPLC	11.093.600	z pracy 102
Komputer PC/XT	8.605.000	z pracy 102

Zbieracz frakcji FCC-61	3.342.000	z pracy 101
EG-115	44.940.000	z pracy 33
Maszyna do pisanja ELPA	3.198.000	z pracy 33
Zestaw do elektroforezy BIOTEST	5.611.000	z pracy 33
Analizator kliniczny EPPOLL-1	6.863.000	z pracy 101
Komputer Spectrum Plus XZ	1.663.000	z pracy 33
Komputer Amstrad CPC-6128	4.522.000	z pracy 101
Komputer IBM PC/XT	14.545.000	z pracy 33
Autosampler	135.420.000	z pracy W-98 (przedpłata XII.91)
Dodatkowe wyposażenie do licznika scyntylacyjnego LS 6000IC	43.869.480	W-94, W-95, W-98 (przedpłata XII.91)
Zakład Mikrobiologii Lekarskiej		
Komputer ACER 500	24.117.000	z pracy 41
Drukarka EPSON-LX-400	6.427.000	z pracy 41
Klinika Kardiochirurgii		
Drukarka HP II Plus	20.000.000	z pracy ST-53
Zakład Farmakologii		
Przetwornik izotoniczny PIT-212	4.673.400	z pracy 146
Klinika Urologii		
Fotel ginekologiczno- urologiczny SM-19P	7.590.000	DAR - Morski Port Handlowy SA
Klinika Laryngologii		
Fotel okulistyczno- laryngologiczny SM-14	5.170.000	"
Klinika Okulistyczna		
Fotel okulistyczno- laryngologiczny SM-14	5.170.000	"
Przychodnia Zakładowa PSK 1		
Fotel stomatologiczny BESKIDY I	9.350.000	"
Zakład Stomatologii Zachowawczej		
Fotel stomatologiczny BESKIDY I	9.350.000	"
Unit stomatologiczny 654CI	8.300.000	"
Zakład Protetyki Stomatologicznej		
Stół do techniki dentystycznej - 2 szt.	17.600.000	"
Przychodnia Przykliniczna PSK 1		
Lampa 3-ogniskowa BH-330	9.203.000	"
Zakład Biochemii Klinicznej		
Mikroskop "Biolar B"	6.591.200	"
Zakład Anatomii Patologicznej		
Mikroskop "Biolar B"	6.591.200	"
Instytut Radiologii PSK 1		
Ciemnia automatyczna "Scopix-124"	261.772.705	"
Ciemnia automatyczna "Curix 2425"	329.535.146	"
Klinika Chirurgii Onkologicznej		
Dermatom elektryczno- ortopedyczny	40.000.000	Sponsor Bank Gd. S.A. "Centrala"

Klinika Chirurgii Szcękowej Komputer IMB AT16	10.895.000	Sponsor p. J. Kamień
Zakład Protetyki Stomatologicznej Lampa Pisnatix Lite II	6.500.000	zakupy inwest.
Klinika Chorób Zakaźnych Analizator biochemiczny Cobas Mira	786.610.000	zak. inwest.AIDS
Wirówka GS-6	138.000.000	" "
Dział Transportu Samochód POLONEZ 1600	85.315.400	zakupy inwest.
Zakład Anestezjologii PSK 1 Lalka do ćwiczeń	34.277.000	środki budżet. PSK 1
Klinika Chirurgii Plastycznej Narzędzia do chirurgii plastycznej - 17 szt.	8.074.000	"
Zakład Biochemii Klinicznej Analizator hematologiczny CELLTRAK 11	463.680.000	"
Klinika Chorób Nerek Kardiomonitor DS 2 NIP	79.552.000	"

Sprostowanie

Samodzielna Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG zakupiła analizator wapnia zjonizowanego CORNING 634, a nie jak podano w poprzednim numerze, analizator kwasowo-zasadowy CORNING.

AKADEMIA MEDYCZNA
w Gdańsku
Katedra Anatomii
Zakład Anatomii Topograficznej
ul. Dębinki 1

Gdańsk, dn.13.V.1992r.

Prof.dr hab. Jerzy Rogulski
Redaktor Naczelny
Gazety A M G

Uprzejmie proszę o umieszczenie informacji w najbliższym numerze Gazety A M G.

W dniu 5 maja 1992 roku Dyrektor Generalny Elwhbrewery Company LTD mgr Czesław Dąbski przekazał w formie darowizny Zakładowi Anatomii Topograficznej AMG kwotę 30.000.000.-zł. na zakup niezbędnych odczynników i sprzętu laboratoryjnego umożliwiającego realizację badań własnych Zakładu.

Z poważaniem

KIEROWNIK ZAKŁADU
Anatomii Topograficznej AMG

Ogród poetów

W temacie kultury

Chodziliśmy do teatrów
słuchaliśmy koncertów
spieraliśmy się
o kierunki w sztuce
Konsumenci estetycznych wzruszeń
pogardzane snoby
zasmakani inteligencji
Chociaż paradowaliśmy
w przetartych spodniach
pranych koszulach
i syciliśmy się kartoflami
Dziś zostały
tylko kartofle

Ryszard Legawiec

Dedykacja

Dziewczyno nie idź tam
gdzie nieposłuszne katarzynki
wiążą początki melodii
a kolorowe końce rozsypują się
na ósemki
na szesnastki pragnień.

Dziewczyno nie idź tam,
gdzie pustka między palcami
świeci jasno, białe
na trzy
na cztery strony świata.

Dziewczyno nie idź tam,
gdzie kraja niebo
a materiału wystarczy tylko
na dwa
na trzy żagle.

Dziewczyno nie idź tam,
gdzie w szybach kamienie
tylko blask i trzask
pajęczyn rozpiętych
na czterech
na pięciu płatkach storczyków.

Maciej Cezak, student IV roku

Porzucona

Jak muszka zatopiona w bursztynie
nie tak piękna
nie tak podziwiana
właśnie tak martwa
złota bryłka - lza
czy pęknie?

Iwona Trzebiatowska

Z "Polskiej fraszki i satyry medycznej"

Na tabak - do Piotra

Smrodliwe ziele, o ziele śmiertelne,
 Które w krainy morzami oddzielne,
 Życzliwe skryło od nas przyrodzenie,
 Kto cię na rodu naszego stracenie,
 Kto cię na brzeg nasz przywiózł łodzią krzywą
 I świat zaraził trucizną smrodliwą?
 Nie dosyć było, że i wojny krwawe,
 Blade choroby, głody niełaskawe
 I sama starość, i straszne trucizny
 Króciły nam wiek, bez tego nieżyzny;
 Żeś i ty naszym latom, brzydkie ziele,
 Musiało kresu uszczerbić tak wiele.
 Któż by twą brzydkość godnie i gotowy
 Jad zganił i dym posłany do głowy;
 Taka zaraza z piekielnej otchłani
 Bucha, której zwierz ani minie, ani
 Żywo prz....
 (reszty z powodu uszkodzenia rękopisu brak)

Jan Andrzej Morsztyn

Nowa wiara

Zewsząd chóry brzmią radosne:
 Ma cel wreszcie egzystencja;
 Cel, co wskrzesi rajską wlosnę,
 A tym celem - A b s t y n e n c j a.

Nazbyt długo ludzkość biedna
 Scigała marę zwodniczą,
 Gdy jest droga tylko jedna
 Zgodne z wiedzą przyrodniczą.

Już rozpadły się w kawały
 Dawne majaki mistyczne;
 Nowe mamy ideały:
 Higieniczno-statystyczne.

Zamiast błdzić w ciemnym mroku
 Ludzkich instynktów wyzwolen,
 Jedno trzeba mieć na oku:
 Z d r o w o t n o ś ć setnych pokoleń.

Chyba wariat jeszcze szuka,
 Gdzie drga silnych wzruszeń tętno,
 Gdy dziś kreśli nam nauka
 Szczęścia ludzkości p r z e c i ę t n ą.

Czegoż więcej - każdy przyzna -
 Możesz żądać, dobry człeku,
 Patrząc, jak się ta k r z y w i z n a
 Dumnie wznosi - w przyszłym wieku.

Już obliczył nam dokładnie
 Akademii "Były docent",
 Ile za lat tysiąc spadnie
 Śmiertelności ś r e d n i procent.

Trzymaj zatem na obroży
 Namiętności swoje szpetne:
 Będzie prawnuk twój żył dłużej
 O dwa zera i trzy setne.

Tadeusz Boy Zelencki

O lekarzu

"Co na mnie, to się żaden z mych chorych nie żalił"
 Tak się w gronie kolegów pewny lekarz chwalił.
 "Prawda - odpowie drugi, któremu przymawiał -
 Boś ich z żalami na świat tamten powyprawiał".

Ignacy Szydłowski (1793-1846)

Ma rację

"Ech, mój panie - krzyczał chory,
 Rwąc zęb, do dentysty -
 Waść publiczność oszukujesz!
 Rozbój oczywisty!
 Przyszykaleś: "Ja bez bólu
 Wyjmę zęb ze szęki",
 A tymczasem - ledwie mogłem
 Wstrzymać cierpień jęki!"
 "Co przyszykłem - rzekł dentysta -
 Tego dotrzymałem:
 Wszak wyjąłem zęb bez bólu,
 Ja nic nie cierpiałem."

ESDE (pseud.)

"Kolce", 1894

* * * * *

Do Dyrektora PSK Nr 1

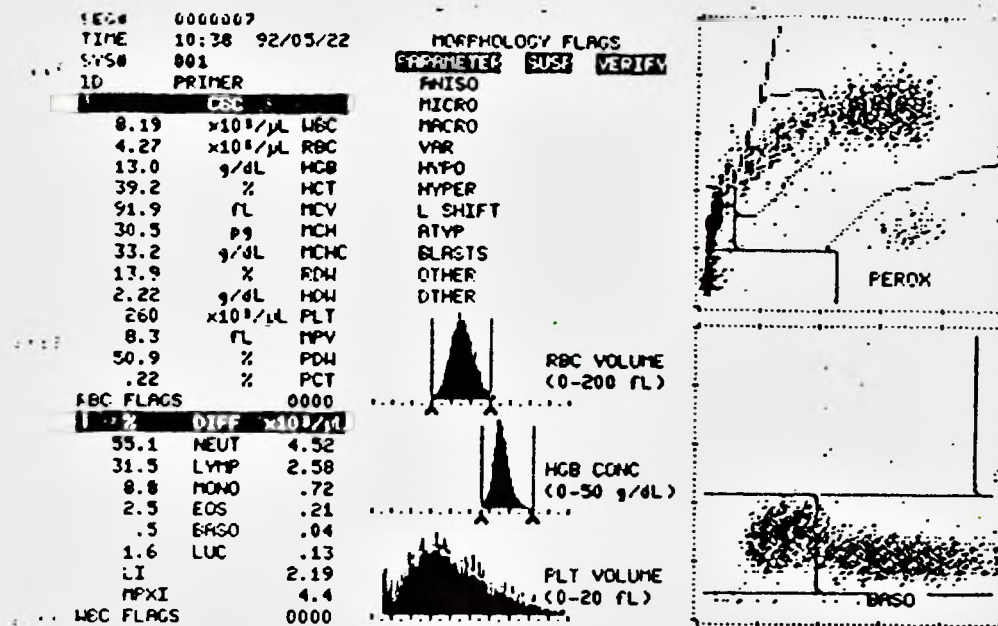
Zlituj się nad umęczoną swoją załogą
 bo z tej bidnej pensji nijak żyć nie mogą.
 By wyżyć - za mało, umrzeć - za wiele
 Grosz nie pozostaje na żadne inne cele.
 Na resztki 13-tki czekamy jak na cud Boży
 kto nam Dyrektorze trochę premii dołoży?
 Czy ubłagać u Boga trochę łask się uda
 przecież Polską rządzi katolik, co tak wierzy w cuda!
 Ze szpitalnej kasy wieje pustką, grosz grosza nie dogoni
 a nasz Władca w rozjazdach grosz tak cenny trwoni.
 A może Ty Dyrektorze wyjednasz trochę grosza u Boga
 o to tylko Cię prosi umęczona Załoga

Maria Siwek z Poradni Protetycznej

Do Gazety Satyryków AMG

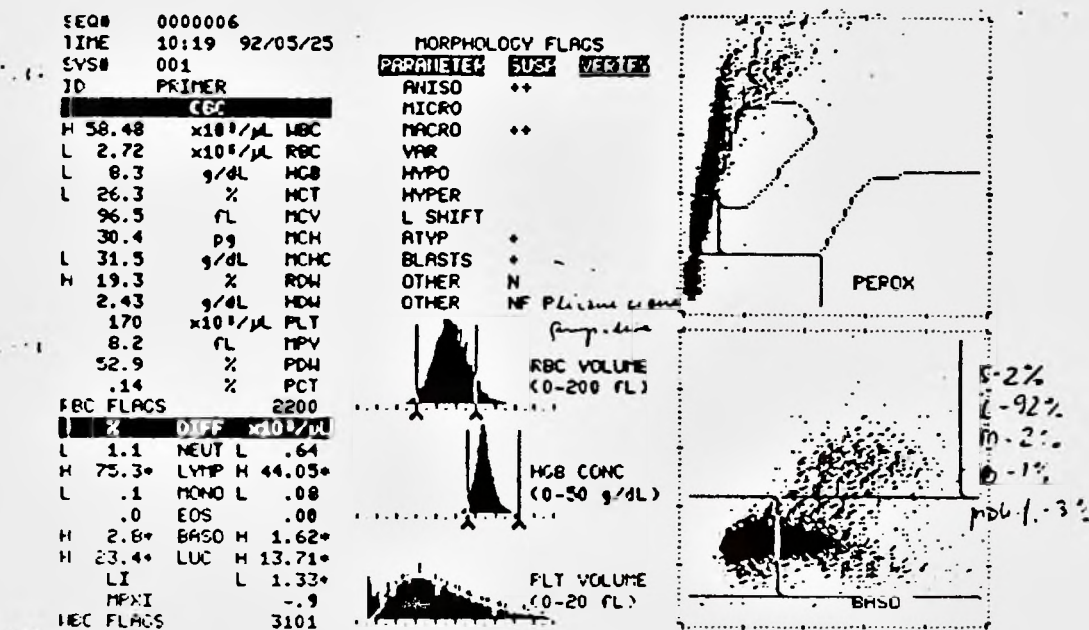
Kryzys szybkim krokiem wchodzi w nasze życie,
 brakuje na jedzenie, brakuje na wypicie
 Szczególnie korzystanie z usług nas odraża
 nie stać na fryzjera, na wizytę u lekarza.
 Kryzys też dosięga Zakłady Protetyki
 a więc od dentystów rób od dziś uniki.
 W telewizji jak na ironię reklamują pasty
 a ja za bezżębnych wznoszę toasty.
 Nie muszą wydawać na pasty dentystyczne
 a buzie bezżębne są przecież tak śliczne!
 Protezy są niewygodne no i bardzo drogie
 a społeczeństwo jest coraz bardziej ubogie.
 Tylko bezżębni nie jedząc zaoszczędzą pieniędzy
 i pomogą wydzwignąć kraj ze strasznej nędzy.

Maria Siwek z Poradni Protetycznej



Powyżej - wynik badania krwi pacjenta zdrowego.

Poniżej - wynik badania krwi pacjenta chorego. Rozpoznanie ?



Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Kamil Jankowski, Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski (redaktor naczelny), Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji)
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)
Telefon Redakcji: 41-29-15 lub 47-82-22 wewn. 15-70

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 569/92, nakł. 800 egz. form. A-4.