

GAZETA GDĄŃSK

AMG

1 grudnia 1992

Rok 2 nr 12 (24)



Problemy psychologiczne związane z rozpoznaniem i leczeniem choroby nowotworowej u dzieci

Dzięki postępowi w medycynie rozpoznawanie, przebieg i rokowanie w chorobie nowotworowej uległy znacznej poprawie. Istnieje wiele doniesień na temat analizy psychologicznej wpływu choroby nowotworowej na psychikę. Dotyczą one głównie obrazu stanu psychicznego pacjenta, mniej natomiast wiadomo o postawach i

stresie, jakemu podlega zespół leczący: pielęgniarki i lekarze oraz rodzice chorego dziecka, którzy również są integralnie związani z procesem leczenia.

Ustalenie rozpoznania choroby nowotworowej i związanego z nim zagrożenia życia dziecka stanowi ogromny wstrząs dla rodziców i bliskiej rodziny dziecka. Groza tego



rozpoznania powoduje reakcje niejednokrotnie nieoczekiwane. Rodzice opisują je najczęściej, że w tym momencie "ziemia usunęła się im spod nóg".

Nawiązanie dobrych, pełnych zrozumienia kontaktów z rodziną dziecka ma bardzo duże znaczenie dla dobrej współpracy w procesie leczenia, a tym samym dla jego wyników. Problemy psychologiczne związane z chorobą nowotworową rozpatrywać należy więc w trzech aspektach: pacjenta, rodziców oraz personelu lekarskiego. Niestety nie ma poradników dla lekarzy, jak się zachować w obliczu człowieka przeżywającego największą tragedię, jakiej można doświadczyć: kalectwo, cierpienie, wreszcie śmierć własnego dziecka. Tu "instruktorem" jest kultura osobista, osobowość lekarza, jego człowieczeństwo. Cechy te, nie zawahałabym się powiedzieć, są równie ważne jak wiedza.

Oschłość, zasadniczość, wyniosłość, zarozumiałość, brutalna rzeczowość w udzielaniu informacji, brak współczucia dla drugiego człowieka - to cechy, które trudno pogodzić z praktyką onkologiczną. Lekarz bowiem na co dzień spotyka się z największym cierpieniem, bo dotyczącym niewinnej istoty, jaką jest dziecko, a dziecku nie zawsze można wytłumaczyć, dlaczego musi znosić ból, liczne ukłucia, szpecącą utratę włosów, bolesne zabiegi, wreszcie długie rozstanie z ukochanymi.

Rodzicom należy powiedzieć całą prawdę o chorobie i stanie dziecka, ale trzeba to zrobić tak, aby nie odbierać choć isierki nadziei. Tylko nadzieja pozwoli na włączenie ich w proces leczenia dziecka. Myślę, że młodzi lekarze, studenci skorzystaliby bardzo przysłuchując się, w jaki sposób bardziej doświadczony lekarz rozmawia z rodzicami.

Od tej pory, kiedy zostanie ustalone rozpoznanie choroby nowotworowej, kiedy zaczyna się walka o życie dziecka, lekarz staje się niejako członkiem rodziny, która przez tygodnie, miesiące a nawet lata pozostaje w stanie nieustannego zagrożenia i stresu. Choroba dziecka spada na rodziców "jak grom z jasnego nieba", wiąże się to z bardzo znaczną dezorganizacją życia. Lekarz powinien starać się wciągnąć rodzinę w proces leczenia, pouczyć o istocie choroby, o możliwości powikłań, o ewentualności niepowodzeń. Należy wyznaczyć rodzicom zakres działania, pomóc walczyć z poczuciem

bezsilności, pozwolić zrobić coś dla dziecka. Lekarz, który przechodzi wobec tych problemów obojętnie, a tylko w perfekcyjny sposób kieruje tokiem chemio- i radioterapii, musi pozostać w przekonaniu, że nie spełnił spoczywającego na nim obowiązku.

Reakcje rodziców, najbliższej rodziny bywają różne. Najczęściej po pierwszym załamaniu przychodzi czas pełnej konsolidacji z oddziałem w procesie walki o dziecko. Rodzice, a często i dziadkowie dziecka stają się członkami naszego zespołu. Zdarza się, że matka musi ograniczyć lub porzucić pracę zawodową, aby otoczyć dziecko większą opieką. Obserwujemy przy łóżku cierpiącego dziecka współpracę małżeństw żyjących w separacji. Czasami jednak następuje postawa depresyjna, bierna, pełna rezygnacji: "nowotwór - i tak nic z tego nie będzie, tylko się dziecko namęczy". Dziecko w tej sytuacji zdane jest wyłącznie na troskę swojego lekarza.

W czasie wielomiesięcznej terapii lekarz zostaje wciągnięty w sposób dramatyczny w orbitę życia rodziny swojego pacjenta. Jest powiernikiem wszystkich wątpliwości i często przyżył nie dotyczących bezpośrednio procesu leczenia. Jest przewodnikiem po tej drodze pełnej cierpienia i rozpacz dla całej rodziny dziecka. Najważniejszym celem do tej pory jest, aby dziecko mogło żyć i to w sposób jak najmniej różniący się od życia innych dzieci.

Zmieniony wygląd dziecka (otyłość, wyłysienie) budzi ciekawość, często wścibstwo najbliższego otoczenia, innych dzieci, sąsiadów. Rodzice często pragną ukryć istotę rozpoznania, aby dziecko nie dowiedziało się, że jest chore na nowotwór.

Niekiedy, gdy lekarz musi odpowiedzieć przecząco na pytanie, czy zdoła całkowicie wyleczyć dziecko, rodzice od razu rezygnują z leczenia. Zdarza się to na szczęście jedynie sporadycznie. Przed rodzicami dziecka z chorobą nowotworową piętrzą się różne trudne problemy wychowawcze. W sytuacji, gdzie główną reakcją jest lęk, rodzi się postawa wzmożonej opiekuńczości, nadmiernej troski ze strony całej rodziny. Rodzice chętnie nawiązują kontakty z rodzicami innych chorych dzieci, dzielą się doświadczeniami, pocieszają wzajemnie w bólu i lęku o dziecko. W sytuacjach, gdzie rodzice całkowicie rezygnują z działania wychowawczego (dziecku wolno wszystko, bo jest chore) w psychice małego



pacjenta pojawia się uczucie zagrożenia. Dlatego w rozmowach z rodzicami zachęcamy do stawiania dziecku normalnych zadań wychowawczych. W problemach psychologicznych dotyczących rodzin, gdzie dziecko choruje na chorobę nowotworową, pojawia się również zagadnienie stosunku rodzeństwa, które nie może być traktowane gorzej, czy obojętnie.

Problem czy informować małego pacjenta o chorobie nowotworowej jest sprawą kontrowersyjną. Oczywiście problem ten dotyczy dzieci starszych. Moim zdaniem dziecko szkolne, młodzież nie jest w stanie znieść takiego stresu. W obecnej rzeczywistości, gdy popularyzacja wiedzy o nowotworach jest bardzo duża (ale jednocześnie niezbyt dokładna) większość dzieci wie, że "nowotwór", "rak" to niebezpieczeństwo śmierci. O przypadkach wyleczenia nowotworu mówi się bardzo rzadko. Obserwujemy, że w trakcie pobytu w szpitalu dzieci się bardzo dużo domyślają i bardzo rzadko zadają pytania o istotę choroby. Między lekarzem a pacjentem nawiązuje się pewnego rodzaju "układ", kiedy wiadomo, że dziecko wszystkiego się domyśla, ale nie chce wiedzieć na pewno (podobne postawy obserwuje się też u ludzi dorosłych). Należy nawet małemu dziecku możliwie dokładnie, w sposób przystępny, wszystko wytłumaczyć. Najlepiej robić to przy rodzicach, kiedy ma ono duże poczucie bezpieczeństwa. Trzeba powiedzieć o możliwości powikłań, o otyłości, o wytysieniu, ale zapewnić, że włosy odrosną. Należy dążyć do ustalenia nazwy jego choroby "zapalenie węzłów chłonnych", "choroba krwi", "niedokrwistość", "zapalenie kości", żeby dziecko umiało powiedzieć, gdy jest zapytane przez otoczenie, na co jest chore. W czasie codziennych kontaktów z pacjentem lekarz pediatra-onkolog musi pamiętać o wyrazie swojej twarzy, dziecko jest bowiem bardzo czujnym obserwatorem - "mój doktor jest wesoły, cieszy się, że jestem zdrowszy". Należy udzielać dzieciom informacji, gdy pytają, podać wyniki badań dodatkowych, zinterpretować czy jest poprawa, czy nie ma jej jeszcze. Trzeba pamiętać też o tym, co mówimy między sobą na obchodzie, nie wyrażać przy dziecku naszych obaw, nasi mali pacjenci są bowiem bardzo uważnymi słuchaczami, a potem zamartwiają się. W przypadku śmierci dziecka w oddziale cały

personel musi zadbać o ukrycie tego faktu. Znana prawda, że stan psychiczny decyduje o powodzeniu leczenia, ma bardzo duże zastosowanie, zwłaszcza w onkologii pediatrycznej. Łatwiej jest znosić liczne bolesne kroplówki, gwałtowne po nich wymioty, oszpecenie, dolegliwości bólowe, gdy oddział jest ładny, pełen kwiatów, zabawek, gdy w pobliżu jest mama, własny doktor, ulubiona siostra. Dziecko bardzo odczuwa brak podmiotowości, nazywanie go po nazwisku a nie po imieniu, konieczność noszenia szpitalnego ubrania. Dlatego w oddziałach, gdzie znajduje się dziecko onkologiczne wstęp dla rodziców musi być stały, dziecko musi mieć własne ubranie, możliwość skorzystania z telefonu.

W związku ze znacznym wydłużeniem się czasu przeżycia chorych dzieci z chorobą nowotworową, długich remisji, poszerzył się zakres problemów, którym pediatryczne leczenie onkologiczne musi sprostać. Musimy pamiętać, że mimo ciężkiej choroby, dziecko jest istotą stale rozwijającą się. Proces ten odbywa się wśród cierpienia i walki o życie. Brak wymagań stawianych dziecku, pozbawienie go szkoły, stopni, rodzi poczucie odrzucenia i stwierdzenie: "postawiono na mnie krzyżyk". Wymagania szkolne, przedszkolne, powinny być dostosowane do możliwości dziecka, ale być muszą. Szkoła jest nieodłącznym elementem terapii. Macierzysta szkoła dziecka powinna być poinformowana o długiej chorobie ucznia, ale nie o jej istocie. Celem leczenia onkologicznego jest bowiem nie tylko zachowanie lub wydłużenie życia dziecka, ale też walka o jego jakość. Należy dążyć do minimalizowania strachu przed bólem oraz maksymalnego skracania okresów pobytu w szpitalu. Każdy dzień pobytu dziecka onkologicznego w oddziale poza niezbędną koniecznością jest błędem.

Stres w momencie rozpoznawania choroby nowotworowej nie jest jedynie udziałem pacjenta i jego rodziny. Dotyczy również zespołu leczącego. Prowadzenie pacjenta onkologicznego, szczególnie, gdy jest nim dziecko, prowadzenie jego rodziców przez tę straszną drogę niepewności i cierpienia, niejednokrotnie zakończoną niepowodzeniem jest prawdziwą "posługą", jaką jeden człowiek może ofiarować drugiemu. Droga, którą musi przebyć pacjent onkologiczny wraz ze swym lekarzem pełna jest nieustannego ryzyka.



"Bezpieczne" prowadzenie chorego (łagodna terapia) zmniejsza szanse wyleczenia lub długotrwałej remisji, z drugiej strony - istnieje znaczne ryzyko wynikające z powikłań agresywnej chemio- i radioterapii, w tym także możliwość utraty pacjenta z powodu powikłań leczenia. Tu decyzję podejmuje lekarz. Są to decyzje stawiające go w niezwykle stresującej sytuacji.

Wielomiesięczne obcowanie z chorym dzieckiem wciąga lekarza i personel leczący w orbitę przeżyć rodziny dziecka. Dzieje się to wbrew własnym mechanizmom obronnym, wbrew dawanym sobie obietnicom, wbrew stwierdzeniom, że "lekarz nie może się stawać członkiem rodziny swojego pacjenta, bo traci obiektywizm" etc. W sytuacji takiego zaangażowania, każde niepowodzenie, wreszcie utrata małego pacjenta, który obdarzył swojego lekarza zaufaniem, staje się osobistą klęską. Cierpienie i śmierć pacjentów wpisuje się w biografię lekarzy onkologów wbrew ich chęciom i przyzwoleniu. Niekiedy rodzina dziecka decyduje się na zaniechanie leczenia. Dzieje się to najczęściej wówczas, kiedy przez dłuższy czas nie widać efektów terapii, a nasilają się objawy uboczne. Rodzice pragną się uciec do leczenia niekonwencjonalnego. W tej sytuacji stanowisko lekarza zależy od rokowania. W przypadkach rokujących dobry efekt leczenia, za wszelką cenę należy rodzinę przekonać do dalszej terapii. W ostateczności - przystać na stosowanie leczenia niekonwencjonalnego i chemioterapii jednocześnie. U dzieci ze złą prognozą również staramy się wyjaśnić nasze plany, uwidocznąć jakieś (choć niepewne) szanse. Jednak nawet wtedy, kiedy rodzice

zdecydują się wziąć dziecko z oddziału, ośrodek leczący nie może się "obrażać" na pacjenta i jego rodziców. Jest gotów przyjąć go ponownie w każdej chwili, choć dziecko wraca najczęściej w stanie terminalnym.

W okresie ostatecznym, kiedy nasza walka kończy się niepowodzeniem należy o tym wyraźnie powiedzieć rodzinie. Zachęcić i stworzyć możliwość stałego przebywania z dzieckiem. Stała obecność rodziców jest wielką podporą dla umierającego dziecka. Mimo że wszystkie środki już zawiodły, moralnym obowiązkiem lekarza jest częściej do dziecka zaglądać - widząc swojego doktora, nabiera ono otuchy. Podajemy leki przeciwbólowe, przeciwłukowe i nasenne. Jeśli rodzice wyrażą wolę zabrania dziecka do domu, a możemy mu tam zabezpieczyć środki przeciwbólowe - należy na to przystać.

W związku z nasilonymi przeżyciami psychicznymi, jakie niesie ze sobą prowadzenie pacjentów onkologicznych, pojawiają się liczne doniesienia o zespołach depresyjnych u personelu leczącego. Przejawiają się one obniżeniem nastroju, chronicznym zmęczeniem, nadwrażliwością lub apatią, kancerofobią w odniesieniu do własnej osoby lub swoich najbliższych (dzieci), wreszcie chęcią porzucenia zawodu - dotyczy to głównie pielęgniarek. Zespół ten obserwowany wśród personelu oddziałów onkologicznych nazwano w literaturze angielskiej "syndrom burn-out". Personel tych oddziałów jest stale rotowany między inne oddziały, ma zapewnione dłuższe okresy urlopowe.

Prof. dr hab. Maria Korzon

Kształcenie podyplomowe lekarzy medycyny rodzinnej w Polsce

Bez stworzenia programu i trybu uzyskiwania specjalizacji z medycyny rodzinnej odpowiadającej równorzędnym specjalizacjom w Europie zachodniej, wysiłki w kształceniu przeddyplomowym z orientacją na poz i/lub medycynę rodzinną staną się bezowocne.

W minionym 40-leciu nie podejmowano efektywnych działań edukacyjnych w stosunku do lekarzy poz, na których leżał i nadal spoczywa główny ciężar w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. W okresie tym powstało wiele specjalności i



podspecjalności. Wzrosła znacznie liczba lekarzy specjalistów w dyscyplinach klinicznych - niezabiegowych i zabiegowych. Stworzono bardzo silne lobby lekarzy zorientowane na medycynę szpitalną i wysokospecjalistyczną. Nie opracowano niestety trafnego programu specjalizacji dla lekarzy poz.

Aktualnie w Polsce istnieją dwa modele organizacyjne poz, których specyfika wiąże się z terenem ich działania (miasto, wieś). Działający w tych modelach lekarze mają

określony "potencjał kompetencji". W tabeli 1 przedstawiony jest potencjał kompetencyjny lekarzy oparty na posiadaniu przez nich określonych specjalizacji.

Podstawą dla opracowania tabeli 1 są informacje pochodzące z 46 województw zebrane przez Nadzór Krajowy w zakresie interny reprezentowanej w poz oraz Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej Akademii Medycznej w Gdańsku. Dane te dotyczą stanu na 1.01.1990 r.

Tabela 1. Potencjał formalnych kompetencji lekarzy zatrudnionych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej - w Przychodniach Rejonowych, Gminnych i Wiejskich Ośrodkach Zdrowia w Polsce w 1990 roku

Przychodnie Rejonowe - 12.362 lekarzy			
Lekarze Poradni Ogólnych	Bez specjalizacji	Ze specjalizacją chorób wewnętrznych	Ze specjalizacją medycyny ogólnej
6 015	3 491	2 201	323
Lekarze Poradni Dziecięcych		Ze specjalizacją z pediatrii	
4 496	1 138	3 358	-
Lekarze Poradni K		Ze specjalizacją z położnictwa i ginekologii	
1 831	332	1 498	-
Gminne i Wiejskie Ośrodki Zdrowia 4.014 lekarzy			
Lekarze Poradni Ogólnych	Bez specjalizacji	Ze specjalizacją chorób wewnętrznych	Ze specjalizacją medycyny ogólnej
2 718	1 676	675	367
Lekarze Poradni Dziecięcych		Ze specjalizacją z pediatrii	
941	260	681	-
Lekarze Poradni K		Ze specjalizacją z położnictwa i ginekologii	
355	28	327	-

Spośród 16376 lekarzy poz, 12362 (75.5%) zatrudnionych było w przychodniach rejonowych, obejmujących opieką zdrowotną populację zamieszkałą w miastach i

przyległych terenach wiejskich. Nad pozostałą populacją mieszkańców wsi sprawowały opiekę gminne i wiejskie ośrodki zdrowia (GOZ i WOZ), zatrudniające 4014 lekarzy (24.5%).



W strukturze organizacyjnej przychodni rejonowych znajdują się poradnie ogólne, w których lekarze obejmują opieką ogólnolekarską pacjentów w wieku powyżej 15 lat, poradnie dziecięce, w których zatrudnieni są specjaliści pediatrzy oraz poradnie K, w których przyjmują specjaliści chorób kobiecych i położnictwa.

W modelu wiejskim w 50% GOZ-ów i WOZ-ów zatrudnieni są lekarze ogólni, pediatrzy i ginekolodzy, a w 50% tylko lekarze ogólni ("rodzinni").

W modelu miejskim w poradniach dziecięcych pracowało 4496 lekarzy pediatrów, spośród których właściwą specjalizację posiadało 3358 (74.7%). W poradniach K - 1831 lekarzy, właściwą specjalizację miało 1498 (81.8%).

Na terenach wiejskich w GOZ-ach i WOZ-ach zatrudnionych było 941 pediatrów i 355 ginekologów-położników. W większości posiadali oni właściwą specjalizację. (odpowiednio 72,4 i 92,1%).

Specjalizacja z chorób wewnętrznych i medycyny ogólnej w poz

Specjalizacja, która dotychczas uznawana jest za właściwą dla lekarzy poradni ogólnych to choroby wewnętrzne. Specjalizację tę posiadało 2201 (36.6%) lekarzy poradni ogólnych i 675 (25.1%) lekarzy ogólnych w GOZ-ach i WOZ-ach. Należy tu podkreślić, że aż 3491 (58.0%) lekarzy zatrudnionych w poradniach ogólnych i 1676 (62.8%) w GOZ-ach i WOZ-ach nie posiadało żadnej specjalizacji.

Trzeba zwrócić uwagę, że w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych lekarze nabywają zasób wiedzy i umiejętności, które oczekiwane są u internisty pracującego w warunkach szpitalnych. Prawie zupełnie pomijane są tu w programie specjalizacji: szeroka problematyka medycyny prewencyjnej, m.in. kształtowanie właściwych zachowań zdrowotnych i stylów życia pacjentów, epidemiologia, nauczanie komunikacji interpersonalnej w relacjach lekarz - pacjent, lekarz - rodzina pacjenta. Nie stwarza się też możliwości nabywania wiedzy i umiejętności z tak ważnych dla lekarza poz dziedzin jak "mała i duża psychiatria", neurologia, okulistyka, laryngologia, dermatologia. Program specjalizacji przewiduje wielomiesięczne staże szpitalne, natomiast nie przewiduje

obowiązkowych stażów w poradniach ogólnych. Specjalizujący się w internie nie styka się więc z szeroką specyfiką przyczyn, z powodu których zgłasza się pacjent do lekarza pierwszego kontaktu. Lekarze specjaliści z chorób wewnętrznych są też zupełnie nie przygotowani do współpracy i kierowania zespołem (plegniarka środowiskowa, pracownik socjalny), którego działalność jest warunkiem efektywności lekarza poz.

Z oceny formalnych kompetencji lekarzy poz (tabela 1) wynika, że bardzo mały odsetek lekarzy poradni ogólnych (5.4%) i niewielki odsetek lekarzy ogólnych w GOZ-ach i WOZ-ach (13.6%) posiada specjalizację I^o i II^o z medycyny ogólnej, którą niektórzy oceniają jako najtrafniejszą dla kompetencji lekarzy "quasi rodzinnych". Zakres i poziom wiedzy oraz umiejętności, którymi dysponują w Polsce lekarze ze specjalizacją medycyny ogólnej są znacznie niższe w porównaniu z kompetencjami lekarza rodzinnego, ogólnie praktykującego w krajach zachodniej Europy, Stanów Zjednoczonych Ameryki czy Kanady.

W 1991 r. przeprowadziliśmy porównawcze badania zgodności rozpoznań, z jakimi lekarze poradni ogólnych kierowali pacjentów na oddział wewnętrzny do Szpitala im. PCK w Gdyni z rozpoznaniem przy wypisie pacjentów z oddziału. Wykazano, że lekarze ze specjalizacją z medycyny ogólnej (I^o i II^o) w porównaniu z lekarzami ze specjalizacją I^o z chorób wewnętrznych, znamienne częściej stawiali rozpoznanie nieprawidłowe.

Należy przyrzeć się programowi specjalizacji z medycyny ogólnej. W trakcie specjalizacji I^o trwającej 2 lata nie ma zupełnie szkolenia w oddziałach szpitalnych. Do obowiązujących należą staże cząstkowe trwające 6 tygodni. Po tygodniu w poradniach D i D₁, internistycznej, chirurgicznej, położniczo-ginekologicznej; 2 tygodnie w wytypowanym ośrodku zdrowia na wsi. W końcowym etapie specjalizacji lekarze brali udział w 3-miesięcznym kursie atestacyjnym zakończonym egzaminem specjalizacyjnym. Podobnie przedstawia się sytuacja w odniesieniu do specjalizacji II^o, która trwa 3 lata. Obowiązujące staże szpitalne obejmujące tylko 10 tygodni - po 3 tygodnie w oddziałach: chorób wewnętrznych, dziecięcych, ginekologiczno-położniczych i jeden tydzień w oddziale anestezjologii i intensywnej opieki.



Lekarze muszą odbyć miesięczne praktyki w 7-miu poradniach specjalistycznych (okulistyka, laryngologia, dermatologia, neurologia, ortopedia). Okres specjalizacji zamyka się 3-miesięcznym kursem atestacyjnym, kończącym się egzaminem.

Tryb specjalizacji z medycyny ogólnej w naszym kraju kontrastuje z trybem specjalizacji lekarza ogólnopraktykującego czy rodzinnego w innych krajach, co wykazują dane zawarte w tabeli 2.

W aktualnie istniejącym w naszym kraju systemie opieki zdrowotnej na poziomie

medycyny pierwszego kontaktu funkcjonuje model zespołowy (miejski). Obejmuje on swoim zasięgiem 75% mieszkańców. W modelu tym większość lekarzy (pediatrów i ginekologów) posiada właściwą specjalizację, co sugeruje zasadność utrzymania w najbliższych latach rozwiązań pluralistycznych, zgodnych też z oczekiwaniami pacjentów. Kluczowym problemem w przyszłości jest wybór modelu lub modeli lekarza rodzinnego, który powinien być poprzedzony badaniami ekspertów - socjologów, lekarzy praktyków, menedżerów ochrony zdrowia.

Tabela 2. Kształcenie w zakresie medycyny rodzinnej w wybranych krajach Europy

	<i>Nauczanie w trakcie studiów</i>	<i>Staż specjalizacyjny</i>	<i>Staż w gabinecie lekarza rodzinnego</i>	<i>Kształcenie "teoretyczne"</i>	<i>Egzamin końcowy</i>
<i>Austria</i>	<i>fakultatywne</i>	<i>obowiązkowy 36 mies.</i>	<i>1 miesiąc</i>	<i>nie ma</i>	<i>nie ma</i>
<i>Czecho-Słowacja</i>	<i>obowiązkowe w 3 z 6 uniwersytetów</i>	<i>obowiązkowy 30 mies.</i>	<i>3 miesiące</i>	<i>nie ma</i>	<i>obowiązk.</i>
<i>Finlandia</i>	<i>obowiązkowe</i>	<i>obowiązkowy 72 mies.</i>	<i>36 miesięcy</i>	<i>80 godzin</i>	<i>obowiązk.</i>
<i>Francja</i>	<i>obowiązkowe w 6 z 41 uniwersytetów</i>	<i>obowiązkowy 24-36 mies.</i>	<i>6 miesięcy</i>	<i>fakultat.</i>	<i>nie ma</i>
<i>Hiszpania</i>	<i>nie ma</i>	<i>fakultatywny 36-48 mies.</i>	<i>12 miesięcy</i>	<i>fakultat.</i>	<i>fakultat.</i>
<i>Holandia</i>	<i>obowiązkowe</i>	<i>obowiązkowy 12 mies.</i>	<i>12 miesięcy</i>	<i>1 dzień w tygodniu</i>	<i>obowiązk.</i>
<i>Szwecja</i>	<i>obowiązkowe</i>	<i>obowiązkowy 54 mies.</i>	<i>24 miesiące</i>	<i>12 mies.</i>	<i>obowiązk.</i>
<i>Węgry</i>	<i>obowiązkowe</i>	<i>obowiązkowy 24 mies.</i>	<i>obowiązk. w niektórych rejonach</i>	<i>50 tygodni 60-80 godz.</i>	<i>fakult. po 5 latach pracy</i>
<i>Wielka Brytania</i>	<i>obowiązkowe</i>	<i>obowiązkowy 36 mies.</i>	<i>12 miesięcy</i>	<i>1 dzień na 2 tygodnie</i>	<i>fakultat.</i>

Niezależnie od przyjęcia określonego modelu lekarza rodzinnego istnieje pilna konieczność opracowania programu i wprowadzenia specjalizacji z medycyny rodzinnej, którą powinni nabyć lekarze poradni ogólnych, GOZ-ów i WOZ-ów, nie posiadający żadnej specjalizacji, jak i młodzi lekarze po rocznym stażu podyplomowym.

Kształcenie podyplomowe lekarzy rodzinnych in statu nascendi

Różne zespoły (często niekompetentne) i instytucje w naszym kraju podejmują działania zmierzające do opracowania programu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej. Należy tu podkreślić, że pod hasłem kształcenia lekarza rodzinnego niektóre



jednostki dydaktyczno-naukowe uwidaczniają konieczność swojej egzystencji.

Wyróżnić tu można dwa krańcowe stanowiska. Pierwszym - jest chęć szybkiego przeniesienia rozwiązań edukacji lekarza rodzinnego z krajów zachodniej Europy, czy Stanów Zjednoczonych Ameryki, nie licząc się z naszymi realiami. Drugim - opracowanie modelu kształcenia własnego, "polskiego", nie liczącego się z wieloletnimi doświadczeniami takich krajów jak: W. Brytania, Finlandia, Szwecja. Jako ciekawe i trafne należy ocenić propozycje zespołu krakowskiego, który opracował w 1992 r. wytyczne do programu kształcenia lekarza rodzinnego w trzech wariantach dla lekarzy posiadających specjalizację z chorób wewnętrznych, pediatrii i nie posiadających tych specjalizacji. W ostatnim z wariantów program obejmuje okres 3-letniego intensywnego szkolenia. Składają się na nie 3960 godzin zajęć praktycznych i 1080 godzin zajęć teoretycznych.

Na problem kształcenia przed- i podyplomowego lekarza rodzinnego szerzej spojrzeć pozwala tabela 2, w której zebrano najważniejsze informacje dotyczące trybu edukacji lekarzy rodzinnych w wybranych krajach europejskich. Nadzwyczaj ważnym i trudnym problemem w warunkach naszego kraju jest stworzenie możliwości stażu specjalizacyjnego dla przyszłych lekarzy rodzinnych w gabinetach doświadczonych lekarzy ze specjalizacją z medycyny rodzinnej. W krajach, w których od wielu lat dobrze funkcjonuje instytucja lekarza rodzinnego, czas takiego stażu wynosi rok (w Wielkiej Brytanii i Holandii) lub dłużej (w Szwecji i Finlandii).

Myślę, że lansowany pomysł wysyłania naszych lekarzy poza na 3-miesięczne

szkolenie w gabinecie lekarza rodzinnego w W. Brytanii, Niemczech, Holandii, po którym zostanie on nauczycielem przyszłych lekarzy rodzinnych w Polsce, nie może być rozwiązaniem systemowym. W oparciu o moje wieloletnie doświadczenia i kontakty z lekarzami poza uczącymi studentów uważam, że spośród aktualnie zatrudnionych lekarzy poza wykazujących właściwy poziom kompetencji mogą oni być afiliowani przez uczelnie medyczne i izby lekarskie dla edukacji podyplomowej. Mogą to być lekarze ze specjalizacją z chorób wewnętrznych, mający wieloletnie doświadczenie w pracy w poradni ogólnej, którzy uzyskują specjalizację z medycyny rodzinnej w oparciu o program specjalizacji. Istnieje konieczność zintensyfikowania prac nad programem i trybem specjalizacji z medycyny rodzinnej porównywalnymi z podobnymi programami w krajach zachodniej Europy. Równocześnie nie można nie doceniać naszych doświadczeń w poza z uwzględnieniem polskich uwarunkowań. Między innymi otwarta i dyskusyjna jest sprawa: czy na poziomie poza będą funkcjonowali lekarze pediatrii i lekarze ogólni rodzinni ze specjalizacją z medycyny rodzinnej? Czy wybierzemy model lekarza rodzinnego, opiekującego się całą rodziną?

Pewne nadzieje wiąże osobiście z działaniem powstałego Kolegium Lekarzy Medycyny Rodzinnej, które we wrześniu br. uzyskało podmiotowość prawną. Skupiło ono osoby reprezentujące różne instytucje i zespoły zainteresowane stworzeniem modelu lekarza specjalisty w zakresie medycyny rodzinnej.

Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Sprawozdanie z XXIX Zjazdu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w Gdańsku

W dniach 17-19 września br. odbył się w Gdańsku XXIX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego. Powierzenie naszemu

środowisku organizacji zjazdu po raz czwarty uważamy za dowód uznania dla naszej pracy i osiągnięć. Obecny zjazd był poświęcony Pamięci Profesora Franciszka Raszeji,



kierownikowi Kliniki Ortopedii Uniwersytetu Poznańskiego, który przed 50 laty został zamordowany przez hitlerowców w Getcie Warszawskim w momencie udzielania pomocy choremu. Wspomnienia o prof. Franciszku Raszeji wygłosili jego uczniowie - prof. Władysław Barcikowski i dr Zdzisław Zajączkowski, a bibliografię publikacji opracował prof. Gerwazy Świdorski. Obrady zaszczyliła swoją obecnością najbliższa rodzina profesora.

Byliśmy organizatorami zjazdu w Gdyni w 1946 roku, na którym spotkali się wszyscy, którym udało się przeżyć okres wojny i eksterminacji środowiska inteligenckiego na wschodzie i zachodzie. Wówczas podsumowano straty, oceniono własne siły, określono zadania i możliwości. Kolejne zjazdy organizowaliśmy w roku 1959 oraz 1976. Obecny zjazd poruszał bardzo istotne zagadnienia, a mianowicie operacyjne leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa, obrażenia kolana oraz tradycyjnie tematykę wolną, do której wybrano 100 najciekawszych opracowań.

O zainteresowaniu przedstawioną tematyką świadczy udział około 800 uczestników, w tym 40 gości z zagranicy. Trudne są rozważania na temat chorób, których nie potrafimy leczyć przyczynowo i którym nie możemy zapobiegać, dlatego godne podkreślenia jest poddanie pod dyskusję wyników operacyjnego leczenia bocznych idiopatycznych skrzywień kręgosłupa.

Okazało się, że mogliśmy na ten temat powiedzieć znacznie więcej niż na poprzednich zjazdach w 1956 r. w Warszawie i 1970 r. w Katowicach, a co najważniejsze, wymieniliśmy poglądy na temat najnowszych sposobów leczenia oraz ustaliliśmy w miarę jednolite wskazania operacyjne. Możliwości leczenia obrażeń kolana rozwinęły się w ostatnich latach gwałtownie dzięki artroskopii oraz wprowadzeniu nowych, doskonalszych materiałów mogących rywalizować z uszkodzonymi, naturalnymi elementami tkankowymi. Tematyka wolna pozwoliła na szeroką wymianę poglądów na temat najnowszych osiągnięć światowej i polskiej ortopedii. Łącznie wygłoszono około 350 referatów w tym 16 programowych. Bogato

reprezentowana była także sesja plakatu. Katedra i Klinika Ortopedii w Gdańsku ma szczególne powody do zadowolenia, ponieważ we wszystkich tematach mieliśmy swój liczący się dorobek. Wygłosiliśmy 39 referatów, w tym 5 programowych.

Zjazd otwarto w gmachu Opery Bałtyckiej, podczas części oficjalnej zabierali głos J.M. Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Stefan Angielski, prezydent Miasta Gdańska mgr Franciszek Jamroz oraz prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego prof. Józef Szczekot. Wręczono dyplomy członków honorowych Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego prof. Hansowi Henchemu z Niemiec oraz prof. Witoldowi Szulcowi z Warszawy. Odbył się koncert muzyki dawnej w wykonaniu Cappelli Gedanensis, wygłoszono referat poświęcony pamięci prof. Franciszka Raszeji, 8 referatów programowych, dotyczących leczenia operacyjnego skolioz oraz 8 referatów na temat leczenia obrażeń kolana. W drugim i trzecim dniu zjazdu referaty dyskusyjne wygłaszano równocześnie w 3 salach w gmachu Zakładów Teoretycznych AMG, sesję plakatu umieszczono w Bibliotece Głównej. W holu gmachu Zakładów Teoretycznych była czynna wystawa sprzętu medycznego, w której uczestniczyło 57 wystawców krajowych i zagranicznych.

Podczas Walnego Zgromadzenia Członków PTO i Tr. odbyły się wybory nowych władz. Na dalsze dwa lata siedzibą Zarządu Głównego pozostał Gdańsk, a w skład zarządu z naszej Kliniki weszli prof. Józef Szczekot - prezes, doc. Stanisław Mazurkiewicz - sekretarz, dr med. Roman Ostojski - skarbnik. Uchwalono nowy statut Towarzystwa oraz przyznano członkostwo honorowe prof. Antoniemu Hlavatemu z Gdańska oraz prof. Johannsowi Breitenfelderowi z Niemiec.

Zjazd przestał serdeczne wyrazy uznanowania i życzenia dalszych lat życia w zdrowiu jednemu żyjącemu członkowi założycielowi Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, nestorowi polskiej ortopedii, profesorowi Wiktorowi Dedze.



Zjazd był sponsorowany przez następujące firmy - Aeskulap, Akobi, Centrostal, Consult, Johnson and Johnson, Medim - Stortz, Orth-ez, Polbita - Streyker, PKO Bank Państwowy, Roche, Sofamor, Syntex.

Po raz pierwszy w historii zjazdów udało nam się wydrukować wszystkie referaty w 4 tomach suplementu do "Chirurgii Narządów Ruchu i Ortopedii Polskiej", organu Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego, można więc było nabyć materiały zjazdowe w czasie jego trwania. Uczestnicy zjazdu mieli zapewniony bogaty program artystyczny. Zjazd został uznany za najlepiej

zorganizowany w historii naszego Towarzystwa, co jest największą nagrodą dla solidarnie pracujących ortopedów naszego środowiska.

W Imieniu Komitetu Organizacyjnego pragnę podziękować wszystkim osobom, które przyczyniły się do sprawnego przeprowadzenia zjazdu i zasłużyły na tak wysoką ocenę.

Następny zjazd PTO i Tr. odbędzie się we wrześniu 1994 roku we Wrocławiu i poświęcony będzie egalizacji kończyn, postępowaniu w złamaniach kości długich oraz tematom wolnym.

Prof. dr hab. Józef Szczekot

* * * * *

Na progu nowego roku akademickiego - Redakcja "GazetyAMG" zwróciła się do Pana Rektora oraz do Panów Prorektorów z prośbą o wypowiedź na temat: Co z programu założonego na początku kadencji (przedstawionego m.in. w "GazecieAMG") udało się zrealizować? Czego ewentualnie dotychczas nie dokonano i jakie przeszkody stoją na drodze do pełnej realizacji zamierzeń?

Dotychczas otrzymaliśmy wypowiedź prorektora ds Nauki prof. dr hab. Wiesława Makarewicza, którą poniżej zamieszczamy:

Po upływie 2/3 kadencji istotnie czas na próbę konfrontacji zamierzeń z rzeczywistością.

W roku akademickim 1990/91 naczelnym zadaniem było opracowanie Statutu Uczelni. Nowy Statut wszedł w życie z dniem 1.10.1991 r., a miniony rok akademicki 1991/92 był okresem wprowadzania do praktycznego funkcjonowania postanowień i rozwiązań w nim zawartych. Gromadzą się już pewne uwagi i wnioski wynikające z jego stosowania i sądzę, że przed końcem obecnego roku akademickiego Komisja Statutowa zaproponuje Senatowi wprowadzenie drobnych poprawek.

Drugim z planowanych zamierzeń było opracowanie informatora o działalności naukowo-badawczej jednostek organizacyjnych Uczelni. Informator taki został opracowany i ujrzał światło dzienne w czerwcu br. Jest to pierwsza, niejako "robocza" wersja tego opracowania, która została w tej postaci doręczona kierownikom jednostek. Obecnie wprowadza się poprawki i uaktualnia zawarte w nim informacje. Ostateczna wersja trafi do rozpowszechniania, mam nadzieję, z początkiem 1993 roku. Sądzę, że będzie to pożyteczna publikacja, dostarczająca szybkiej i możliwie wielostronnej informacji o aktywności naukowej w poszczególnych jednostkach. Informacja o tym, gdzie i jak często ludzie publikują, stanowi najlepsze odzwierciedlenie ich działalności naukowej. W szkole wyższej typu uniwersyteckiego działalność dydaktyczna pozostaje w bezpośrednim związku z jakością pracy naukowo-badawczej. Interesujące jest także porównanie działalności diagnostyczno-leczniczej wielu jednostek klinicznych z poziomem ich działalności naukowo-badawczej. Sądzę, że uważna lektura "Informatora" pozwoli na wyciągnięcie wielu interesujących wniosków.



Mówiąc o przedsięwzięciach wydawniczych chciałbym dodać, iż bardzo zaawansowane są już prace nad przygotowaniem i wydaniem folderu informacyjnego o AMG. Będzie to wydawnictwo dwujęzyczne, w języku polskim i angielskim, z licznymi kolorowymi fotografiami. Brak takiego wydawnictwa jest aktualnie bardzo dotkliwie odczuwany.

Przechodząc do finansowania badań naukowych chciałbym na wstępie stwierdzić, że zasadniczym problemem jest fakt podejmowania bardzo późno, bo w miesiącach letnich, decyzji o wysokości nakładów budżetowych na naukę, jak i cały budżet kraju. Najczęściej ustalenia te ulegają jeszcze dalszej korekcie. Uniemożliwia to jakiegokolwiek rozsądne planowanie i stwarza taką sytuację, że dopiero pod koniec roku ostatecznie wiadomo, jakimi środkami Uczelnia dysponuje.

Miniony rok był drugim z kolei rokiem funkcjonowania nowego systemu finansowania badań naukowych, w którym dysponentem środków budżetowych przeznaczonych na naukę jest Komitet Badań Naukowych. System ten uległ dalszej stabilizacji, jednakże jego zrozumienie nie jest jeszcze powszechne wśród pracowników Uczelni. Nie wszyscy bowiem dostatecznie jasno zdają sobie sprawę z faktu, że dotacja budżetowa, którą otrzymuje Uczelnia poprzez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, przeznaczona jest wyłącznie na utrzymanie działalności szkoły i wydatki związane z prowadzeniem dydaktyki. Natomiast działalność naukowo-badawcza finansowana jest poprzez KBN w formie indywidualnych grantów na określone projekty badawcze oraz w formie dotacji na działalność statutową jednostek i funduszu przeznaczonego na tzw. prace własne.

Aktualnie w Uczelni realizowanych jest 17 projektów badawczych finansowanych w formie grantów. Nakłady na te projekty wyniosą w br. 4 miliardy złotych.

Nakłady na finansowanie działalności statutowej jednostek i prace własne kształtują się następująco:

	1991	1992
Działalność statutowa	1.864 mln	7.800 mln
Prace własne	5.682 mln	4.327 mln
RAZEM	7.546 mln	12.127 mln

Jak widać, nie są to kwoty małe, szczególnie, jeżeli porównać je ze szczupłą dotacją budżetową na działalność dydaktyczną Uczelni. Z tych środków aktualnie dokonuje się m.in. zakupów inwestycyjnych aparatury naukowo-badawczej za łączną kwotę około 2.5 mld złotych.

Podsumowując, chciałbym podkreślić, że wprowadzie w odczuciu wielu osób na wszystko brak jest pieniędzy, to jednak śmiem twierdzić, że aktywne jednostki i zespoły badawcze mogą liczyć na finansowanie swej działalności badawczej w niezbędnym zakresie. Oczywiście pod warunkiem przedstawienia atrakcyjnego projektu badawczego, który zyska aprobatę kompetentnych recenzentów.

Mówiąc o zamierzeniach na najbliższą przyszłość chciałbym wymienić w pierwszym rzędzie dwie sprawy:

- podjęcie starań o podniesienie Uczelni w klasyfikacji KBN do kategorii A (obecnie Uczelnia jest zaliczana do kategorii B)
- wdrożenie w 1993 roku racjonalnego systemu sprawozdawczego, odzwierciedlającego na bieżąco osiągnięcia i aktywność naukową poszczególnych jednostek.

Prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
prorektor ds Nauki



Program TEMPUS 1992/93

Z 200 mln ECU przyznanych przez Komisję Wspólnot Europejskich na polski fundusz PHARE, Program TEMPUS otrzymał na rok 1992/93 - 26 mln ECU.

Na 565 wniosków o sponsorowanie w ramach Akcji I (JEP-y krajowe tj. z udziałem instytucji z Polski i z dwóch krajów Wspólnoty Europejskiej; regionalne, tj. z udziałem, oprócz Polski, również instytucji z innych krajów Europy Środkowo-Wschodniej; oraz tzw. Mobility JEP-s, tj. obejmujące głównie wymianę grup studentów) zaakceptowano 100 wniosków, w tym 19 Mobility JEP-s. Prócz tych zatwierdzono kontynuację finansowania 144 (spośród 147) JEP-ów, które rozpoczęły współpracę w dwóch poprzednich latach. Na finansowanie tych projektów przeznaczono 23.7 mln ECU, z tego 10.2 mln ECU na pokrycie kosztów JEP-ów nowych.

Na finansowanie w ramach Akcji II (Individual Grants) przeznaczono 2.3 mln ECU. W wyniku selekcji 292 wniosków pierwszej rundy (złożonych do 31.12.91) o stypendia dla Polaków, zatwierdzono 125. Nie opublikowano jeszcze pełnych wyników selekcji wniosków II-giej rundy (złożonych do 30.06.92). Z 40 wniosków cudzoziemców, ubiegających się o sponsorowanie stażu w Polsce, Biuro w Brukseli zatwierdziło 27 wniosków, głównie kandydatów z Francji, Wielkiej Brytanii, Belgii, Hiszpanii i Grecji.

Pracownicy Akademii Medycznej w Gdańsku przedstawili na rok 1992/93 - 8 wniosków o sponsorowanie w ramach Akcji I oraz 3 wnioski w ramach Akcji II. W wyniku selekcji zaakceptowano jeden Mobility JEP i dwa stypendia indywidualne. Są to:

- JEP nr 4733 "Medical Sciences Completely Assisted Mobility Programme for University Students". W projekcie współpracują, obok Akademii Medycznej w Gdańsku - Uniwersytet w Bratysławie, Katolicki Uniwersytet Louvain w Brukseli i Uniwersytet w Neapolu, który jest koordynatorem Projektu. 12 studentów AMG odbędzie 6-ciomiesięczne studia we Włoszech i Belgii, a 6-ciu nauczycieli akademickich AMG wyjedzie na 2-tygodniowe wizyty do Neapolu. Z Neapolu przyjedzie do Gdańska dwóch nauczycieli akademickich, a z Belgii - jeden, również z 2-tygodniową wizytą. Z ramienia AMG prace w tym Projekcie koordynuje doc. dr hab. Jan Marek Słomiński, kierownik Zakładu Medycyny Nuklearnej. Oprócz tego przedłużono na rok 92/93 finansowanie trzech JEP-ów, prowadzonych w Katedrze i Zakładzie Biochemii (nr 1001), Klinice Radioterapii (nr 1741) i Katedrze i Zakładzie Biochemii Klinicznej (nr 2416).
- Stypendium indywidualne na 9-cio miesięczny pobyt w Wielkiej Brytanii, w Guy's Hospital - Department of Nephrology and Urology w Londynie, przyznano dr Aleksandrze Żurowskiej z Kliniki Nefrologii Dziecięcej.
- Stypendium indywidualne (wniosek złożony w II-giej turze) otrzymał dr Wiesław Kruszewski z Kliniki Chirurgii Onkologicznej - na 3-miesięczny pobyt w Plastic Surgery Dept. w Brugmann Hospital w Brukseli.

Program TEMPUS został powołany w 1990 roku na 5 lat. Komisja Wspólnot Europejskich uznała za celowe przedłużenie tego programu do roku 1998 i postanowiła przystąpić w roku 1994 do fazy II, o zmienionej polityce finansowania. Tak więc rok akademicki 1993/94 jest ostatnim rokiem I fazy programu i celem aktualnej polityki jest zakończenie w tym roku wszystkich programów otwartych w latach tej fazy.

Konsekwencją jest znaczne, a w przypadku Polski - całkowite wstrzymanie otwierania na rok 93/94 nowych projektów Akcji I. Rozpatrywane będą tylko wnioski o stypendia indywidualne (Akcja II) i dotyczące działań komplementarnych (Akcja III). Utrzymanie Akcji I pozwoliłoby na otwarcie na



1993/94 jedynie 15 projektów (na ok. 500 wniosków), stąd drastyczna decyzja polskich władz o całkowitym wstrzymaniu rekrutacji na jeden rok.

Wnioski o stypendium indywidualne będą przyjmowane przez Biuro TEMPUS w Warszawie, jak poprzednio, w dwóch terminach: do 15 grudnia 1992 oraz do 15 czerwca 1993 (decyduje data stempla pocztowego). Kandydaci muszą dołączyć do podania zaproszenie (w oryginale lub w formie faxu lub telexu) od instytucji przyjmującej, przy czym miejscem pobytu może być tylko instytucja w kraju Wspólnoty Europejskiej.

W Dziale Nauk AMG (ul. M. Curie-Skłodowskiej 3a, pok. 209, tel. wewn. 11-59) można zapoznać się ze wszystkimi warunkami ubiegania się o tzw. Individual Grant i otrzymać aktualne formularze.

Dr Genowefa Bendykowska
Dział Nauki

Senat Akademii Medycznej na posiedzeniu w dniu 26.10.br.

postanowił:

- zatwierdzić plan finansowy Uczelni na rok 1992 przedstawiony przez panią Kwestor
- zatwierdzić wniosek Rady Wydziału Lekarskiego o nadaniu tytułu doktora honoris causa Akademii Medycznej w Gdańsku prof. dr Heinzowi Mittelmeierowi, dyrektorowi Kliniki Ortopedycznej Uniwersytetu Saary w Homborgu; promotorem będzie prof. dr Józef Szczekot
- zatwierdzić wniosek Rady Wydziału Lekarskiego o przemianowanie II Kliniki Chorób Wewnętrznych Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG na Klinikę Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii w Instytucie Chorób Wewnętrznych AMG
- przemianować obecną Pracownię Biostatystyki w Zakładzie Higieny i Epidemiologii na Samodzielną Pracownię Matematyki i Biostatystyki oraz przenieść ją na Wydział Farmaceutyczny

podjął uchwałę

korygującą regulacje wynagrodzeń nauczycieli akademickich, przeprowadzoną z dniem 1.06.1992 r. Rezerwa budżetowa na płace w Uczelni pozwala na przyjęcie następujących zasad podwyższenia wynagrodzeń:

- dla profesorów zwyczajnych do 100% stawki wynagrodzenia zasadniczego
- dla osób zatrudnionych na stanowisku profesora nadzwyczajnego posiadających tytuł profesora do 100% stawki wynagrodzenia zasadniczego
- dla pozostałych osób zatrudnionych na stanowisku profesora nadzwyczajnego i docentów do 95% stawki wynagrodzenia zasadniczego
- dla pozostałych nauczycieli akademickich do 90% wynagrodzenia zasadniczego

★ ★ ★ ★ ★



W dniu 3 listopada br. odbyło się kolejne posiedzenie Społecznej Rady Akademii Medycznej w Gdańsku poświęcone utworzeniu Centrum Urazowo-Ortopedycznego na terenie m. Gdańska. Profesorowie Józef Szczekot i Jerzy Lipiński przedstawili informację na temat urazów komunikacyjnych w regionie gdańskim.

* * * * *

W oparciu o Statut Akademii Medycznej w Gdańsku od 1.10.1991 r. wprowadzono regulamin zasad przyznawania stypendium specjalnego dla studentów, podejmujących pracę w Akademii Medycznej w Gdańsku w charakterze asystenta, przygotowujących się do podjęcia obowiązków nauczyciela akademickiego.

Status asystenta może otrzymać student ostatniego roku studiów. Za wykonywanie czynności asystenta studentowi przysługuje stypendium specjalne w wysokości uposażenia zasadniczego asystenta.

Ilość stypendiów specjalnych nie może przekroczyć liczby 10.

Student ubiegający się o przyznanie stypendium asystenta składa w Dziale Socjalno-Bytowym Studentów wniosek do prorektora ds. Dydaktyki zaopiniowany przez kierownika jednostki zatrudniającej i dziekana odpowiedniego wydziału.

W roku akademickim 1991/92 o przyznanie stypendium specjalnego ubiegało się 13 studentów.

W roku 1992/93 o przyznanie stypendium specjalnego ubiegało się 12 studentów.

Stypendium przyznano od dnia 1.10.92 następującym osobom:

Roland Fiszer - stud. VI r. Wydz. Lek.	I Klinika Chorób Dzieci
Tomasz Gorycki - stud. VI r. Wydz. Lek.	Instytut Radiologii i Radioterapii
Ewa Łżycka - stud. VI r. Wydz. Lek.	Katedra i Zakład Patomorfologii
Piotr Romanowski - stud. V r. Wydz. Lek.	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki
Robert Rzepko - stud. VI r. Wydz. Lek.	Katedra i Zakład Patomorfologii
Ilona Stasiewska - stud. VI r. Wydz. Lek.	II Klinika Chorób Serca
Maciej Turowski - stud. V r. Wydz. Farm.	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki
Marta Zaborska-Sitarz - stud. V r. Wydz. Farm.	Katedra i Zakład Chemii Organicznej
Mariusz Zwaliński - stud. VI r. Wydz. Lek.	Zakład Anatomii Topograficznej
Andrzej Żarowski - stud. VI r. Wydz. Lek.	I Klinika Chorób Serca

* * * * *

W dniu 14 listopada 1992 r. odbyło się Dyplomatorium Wydziału Farmaceutycznego. Uroczystość zaszczylicili swoją obecnością Panowie Prorektorzy prof. dr hab. Wiesław Makarewicz i prof. dr hab. Marian Smoczyński.

Dziekan, prof. dr hab. Wojciech Czarnowski wręczył 76 absolwentom rocznika 1992 dyplomy magistra farmacji, w tym: 56 o specjalności farmacji aptecznej, 9 analityki farmaceutycznej i 11 analityki klinicznej. Nagrodami książkowymi wyróżniono absolwentów, którzy w okresie studiów uzyskali najlepsze wyniki w nauce.

Prof. dr hab. Wojciech Czarnowski
dziekan Wydziału Farmaceutycznego



W dniu 26 listopada br. w sali wykładowej im. prof. Hillera odbyły się promocje doktorskie na Wydziale Lekarskim AM.

Dyplomy doktora nauk medycznych wręczono 70 osobom - w tym w zakresie

biologii medycznej	- 4 osobom
medycyny	- 64 osobom
stomatologii	- 2 osobom

Prof. dr hab. Barbara Śmiechowska
dziekan Wydziału Lekarskiego

* * * * *

Ośrodek Sanatoryjny o profilu pulmonologicznym dla dzieci w wieku od 3 do 6 lat w Juracie (tel. 752-061) poszukuje lekarza pediatry bądź specjalizującego się w tej dziedzinie.

Możliwość zatrudnienia na pełnym etacie lekarskim oraz dodatkowego zatrudnienia w wymiarze 1/2 etatu lekarskiego (mogą to być 2 różne osoby).

Ponadto ww. ośrodek oferuje: 1 mieszkanie 2-pokojowe i 1 mieszkanie 1-pokojowe.

Informacji można zasięgnąć u Wojewódzkiego Inspektora Pediatrii - dr M.Galińskiej tel. 52 47 41.

Prof. dr hab. Anna Balcerska

* * * * *

W oparciu o treść art. 4 ust. 3 pkt 3 i art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 20.06.1992 r. o uprawnieniach do bezpłatnych i ulgowych przejazdów środkami publicznego transportu zbiorowego (Dz.U. Nr 54, poz. 254) uprzejmie informuję, iż nauczyciele akademicki z dniem 1.01.1993 r. będą uprawnieni do:

- ulgi 50% przy przejazdach w pociągach osobowych
- przejazdów z ulgą 50% w autobusach komunikacji zwykłej (nie dotyczy komunikacji miejskiej) z miejsca zamieszkania do szkoły i z powrotem, na podstawie biletów miesięcznych.

Traci moc art. 120 ustawy z dnia 12.09.1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz.U. Nr 65, poz. 385). Tym samym ww. ulg z dniem 1.01.1993 r. zostają pozbawieni:

- pracownicy Uczelni nie będący nauczycielami akademickimi
- współmałżonkowie wszystkich pracowników Uczelni
- wszyscy byli pracownicy Uczelni, po przejściu na emeryturę lub rentę inwalidzką

dr Sławomir Bautembach
dyrektor Administracyjny AMG

* * * * *

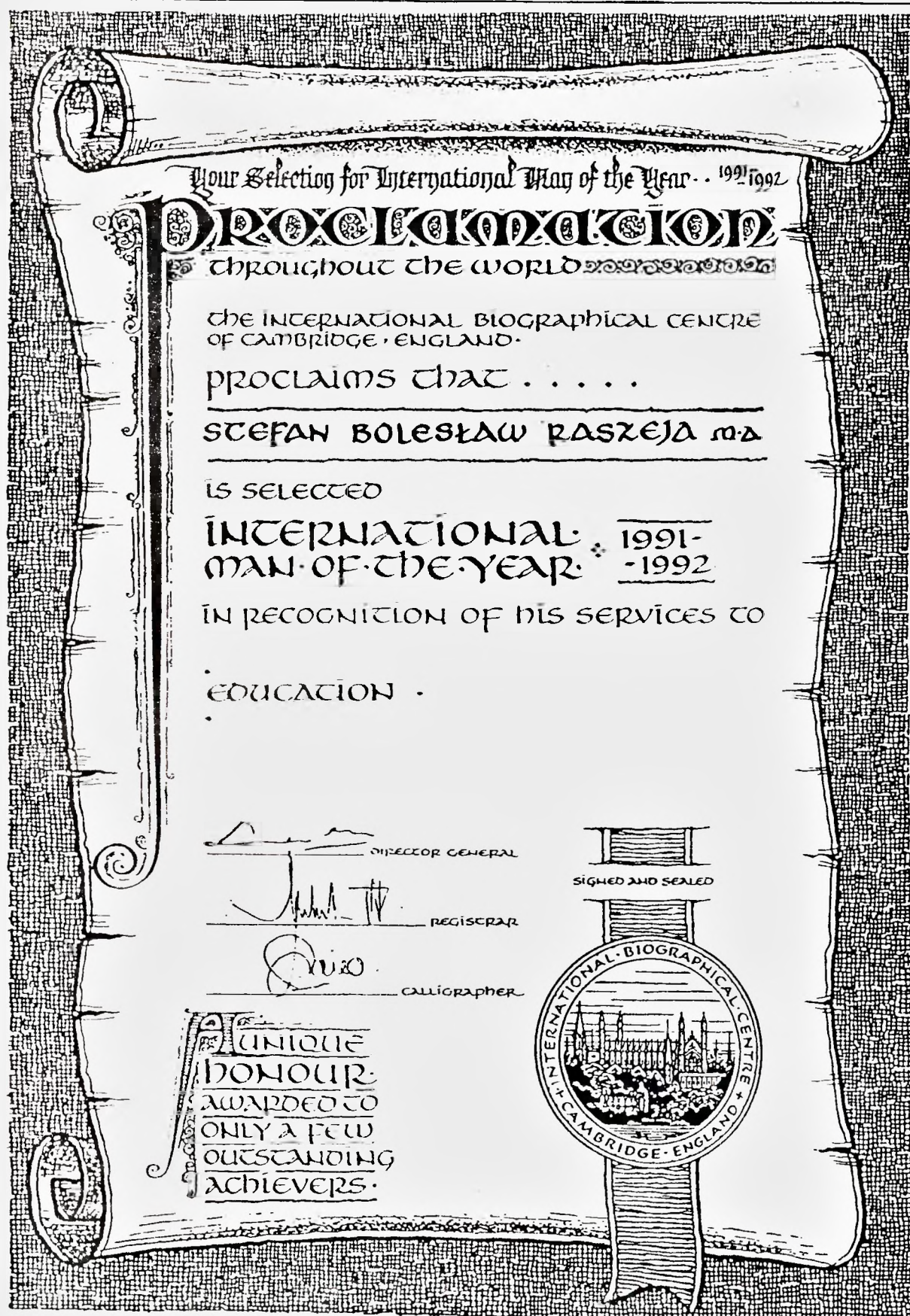
16 stycznia 1993 r. w hotelu "Marina" odbędzie się jubileuszowy **Bal Farmacji**.

Zgłoszenia do 4 stycznia należy kierować do dr Jacka Teodorczyka (tel. wewn. 227) lub do dr Zofii Krzykowskiej (tel. wewn. 236).

Cena zaproszenia od 1 osoby 450 tys. złotych.

* * * * *





INTERNATIONAL BIOGRAPHICAL CENTRE

Cambridge CB2 3QP England

Director General

Telephone: (0353) 721091

Prof Stefan Raszeja
Grunwaldzka 146 D m 6
80-244 Gdansk
POLAND

Ref: MAN/YR

4th September

Dear Prof Raszeja

YOUR NOMINATION AS INTERNATIONAL MAN OF THE YEAR

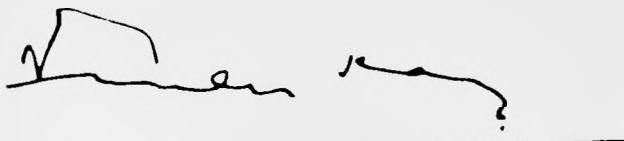
The International Biographical Centre of Cambridge, England, is delighted to confirm your nomination as International Man of the Year for 1991/92. This prestigious award - issued by way of proclamation - will be made available to only a few illustrious individuals whose achievements and leadership stand out in the International Community.

Nomination as International Man of the Year is made by the Editorial and Advisory Boards of the International Biographical Centre. Tens of thousands of biographies are reviewed each year by the Boards and from these only a handful are selected for this unique honour. Congratulations on being one of these so nominated.

The International Biographical Centre prides itself in its world renown as one of the leading biographical reference book publishers with more than 20 Who's Who titles in 132 separate editions. Among these titles, some of which have been established for more than 50 years, are International Who's Who in Music, International Authors and Writers Who's Who, Dictionary of International Biography, Men of Achievement, The World Who's Who of Women and International Leaders in Achievement.

This new award - as International Man of the Year - is described on the accompanying application form. I am sure you will be excited to accept this honour.

Yours sincerely



ERNEST KAY
Director General

Enc

International Biographical Centre is an imprint of Melrose Press Ltd, whose offices are at 3 Regal Lane, Soham, Ely, Cambridgeshire, England. Registered in England number 965274. The Company is an Active Member of the American Chamber of Commerce (UK).



Prof. S. Raszeja Międzynarodowym Człowiekiem Roku

(Inf. wt.) Prof. Stefan Raszeja, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej Akademii Medycznej w Gdańsku uhonorowany został niedawno prestiżowym tytułem „Międzynarodowego Człowieka Roku 1991-92” przez Międzynarodowe Centrum Biograficzne (International Biographical Centre) w Cambridge (Wielka Brytania).

Prof. Raszeja, wybitny specjalista medycyny sądowej i deontologii lekarskiej, jest honorowym członkiem 8 towarzystw naukowych (w tym 6 zagranicznych), jak również współredaktorem trzech międzynarodowych czasopism naukowych o zasięgu światowym. Serdecznie gratulujemy! (hb)

Głos Wybrzeża
z 24-25.X. 1992 r.



Z ukosa

Najpierw sprawy bieżące. W nawiązaniu do poprzedniego felietonu (nb. oddźwięk, jaki wywołał, zaskoczył mnie zupełnie) czuję się zobowiązany do przedstawienia "drugiej strony medalu". Otóż nie można za to, co się dzieje w Uczelni winić ludzi - pracują przecież w określonych warunkach, które wymuszają pewne postawy. Zaryzykowałbym stwierdzenie, że nie sposób być tzw. pilnym studentem na IV roku Wydz. Lekarskiego. Gdyby bowiem chodzić na wszystkie wykłady (nie mówiąc o zajęciach obowiązkowych) to są dni, że jest się w szkole od 8.00 do 17.30 (bez przerwy). Żeby solidnie się przygotować na dzień następny, trzeba by chyba nie spać (zresztą często nie ma się z czego uczyć, ale to inna historia). Odważyć się też postawić tezę, że niezmiennie trudno jest być dobrym asystentem w klinice - jeśli trzeba wybierać (czas) między wypisywaniem zleceń (badaniem pacjenta, konsultacją itp) a zajęciem się grupą studentów, zwykle zbyt liczną, to wybór musi paść na to pierwsze. Zresztą jeśli asystent nie widzi zainteresowania (czyli przygotowania) ze strony studentów - co zdarza się z wyżej wymienionych powodów - to siłą rzeczy (niejako "w odpowiedzi") jego reakcja jest podobna. Wyjścia w obecnym systemie kształcenia (zwłaszcza jego finansowania) nie widzę. Można tylko kosmetycznie korygować bardziej uciążliwe mankamenty. Na to jednak potrzeba naszego silnego samorządu. Jeżeli nie wykażemy inicjatywy, to potem nie możemy mieć pretensji. Inna rzecz, że doświadczenia lat ubiegłych nie napawają w tej materii optymistycznie. Coś jednak

można zrobić, czego dowodem choćby sprawy łaciny na roku III.

Druga część remanentu to "obrachunki NZS-owskie". Chciałbym mianowicie podsumować to, co zreszenie ostatnio zrobiło. W czasie wakacji poza obozem naukowym w Kwidzynie NZS AMG brało udział w organizacji obozu językowego dla dzieci w Krynicy Morskiej oraz obozów kontaktowych dla dzieci niepełnosprawnych w Cieciorce i Gołuniu. Szczególnie ta ostatnia sprawa zasługuje na uznanie - koledzy z KU (i nie tylko) oprócz "werbowania" opiekunów dla dzieci szukali też na ten cel pieniędzy (czyli sponsorów). Co do przebiegu, to wiem tylko, że było wspaniale. Poza wymienionymi obozami udało się także zrealizować pomysł wymiany wakacyjnej ze studentami z Ankony (w tym roku odbyło się to po raz drugi). W lipcu Włosi bawili u nas, zaś na przełomie sierpnia i września grupa naszych koleżanek i kolegów pojechała nad Adriatyk.

Jeszcze jedna refleksja o NZS AMG natury ogólnej - zmienia się oblicze tej organizacji. Ewoluuowała ona od aktywności politycznej, przez pracę na rzecz zmian w Uczelni (do dziś większość członków samorządu do niej należy) do działalności gospodarczej i międzynarodowej. Kto wie, czy za niedługi czas nie będzie się dla niej pracowało za pieniądze, może nawet na etatach? Ale tak pewnie być musi?

Jako, że jest to ostatni numer w tym roku, już teraz chciałbym życzyć wszystkim Wesołych Świąt i Szczęśliwego Nowego Roku - oby był spokojniejszy niż mijający.

Kamil Jankowski

★ ★ ★ ★ ★

Dziesięć Wydziału Lekarskiego zawiadamia, że w dniu 3.10.1992 r. zginął **Rashad Saeed Abdo Saeed** z Jemenu urodzony 16.08.1966 r., student IV roku Wydziału Lekarskiego, którego ciało znaleziono 23.10.1992 r.

Dnia 18.11.1992 r. w sali im. Prof. Czarnockiego odbyło się pożegnanie zmarłego przez studentów IV roku Wydziału Lekarskiego i władze Uczelni.

W dniu 25.11.1992 r. zmarła **Anna Maria Pierchalska-Leśniak** urodzona 9.03.1971 r., studentka IV roku Wydziału Lekarskiego.

Maria Kroll



Sprawozdanie komisji do oceny wiarygodności wypełniania kart zgłoszeń nowotworów złośliwych (KZNZ)

Według "ksiąg głównych szpitali" w październiku br. wypisano pacjentów z rozpoznaniem sugerującym obowiązek wypełnienia KZNZ:

PSK 1	228 pacjentów: do dnia 26.11.1992 r. wypełniono 217 kart
PSK 2	36 pacjentów: wszystkie karty wypełnione
PSK 3	32 pacjentów: wszystkie karty wypełnione

Dr med. Anna Kobierska

★ ★ ★ ★ ★

Szanowny Panie Rektorze!

Zwracam się z uprzejmą prośbą o pomoc w nawiązaniu kontaktów z osobami, które prowadzą (lub zamierzają) badania naukowe w Pana Uczelni.

"Przegląd Akademicki" jest czasopismem, w którym m.in. przedstawiamy osiągnięcia naukowe uczelni polskich i zagranicznych. Naszym zamiarem jest zebranie dorobku naukowego wszystkich polskich uczelni i instytutów na łamach naszego czasopisma. Uważamy, że ten sposób prezentacji pozwoli środowisku naukowemu, młodzieży akademickiej i naszemu społeczeństwu zaznajomić się z tym, co dzieje się w nauce polskiej.

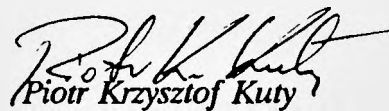
Pragniemy w związku z tym nawiązać współpracę z pracownikami naukowymi, która zaowocowałaby artykułami na temat prowadzonych przez nich badań. Artykuły te mogłyby być pisane przez naukowców (oczywiście za wynagrodzeniem) lub po zebraniu materiałów przez dziennikarzy PA.

Chcielibyśmy by były one przygotowywane w formie popularno-naukowej, przystępnej dla szerszego grona odbiorców. Zależałoby nam również na wykazach zakończonych badań wraz z wynikami aktualnie prowadzonych i będących w planach.

Poza wyżej wymienioną tematyką interesują nas także wszelkie informacje dotyczące Pańskiej Uczelni, np. zapowiedzi konferencji, seminariów oraz publikacje naukowe.

Licząc na odpowiedź mam nadzieję, że nasza propozycja spotka się z życzliwym przyjęciem i przyczyni się do popularyzacji osiągnięć Pańskiej Uczelni.

Łączę wyrazy głębokiego szacunku


Piotr Krzysztof Kuty
redaktor naczelny

"Przegląd Akademicki" dostępny jest w Bibliotece Głównej AMG



Informacje o posiedzeniach towarzystw naukowych, jakie mają się odbyć w grudniu br.

2 grudnia - zebranie PT Neurologów Dziecięcych

godz. 12.00 - biblioteka Katedry Neurologii

Prof. E. Dilling-Ostrowska "Zespół Landaua-Kleffnera"**Dr L. Lubińska-Wykrzykowska** - demonstracja przypadku**Dr M. Kužel** "Trudności diagnostyczne w izolowanym niedowładzie nerwu odwodzącego"**2 grudnia - zebranie PT Patologów**

godz. 13.00 - muzeum Zakładu Patomorfologii AMG

Lek. B. Kadyłak "Wrodzone wady cewy nerwowej - obrazy patomorfologiczne"**4 grudnia - zebranie PT Diagnostyki Laboratoryjnej**

godz. 10.00 - sala wykładowa Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Gdańsku

Mgr E. Sienkiewicz "Grzyby - dobrodziejstwo czy przekleństwo: problemy diagnostyczne, kliniczne i kulturowe"**Mgr W. Furgal** "Toksyne grzybów"

Firma "CEBO" - prezentacja zamkniętego systemu pobierania krwi żyłnej i kapilarnej

9 grudnia - zebranie PT Histochemików i Cytochemików wraz z Wydziałem II Nauk Biologicznych i Medycznych Gdańskiego Towarzystwa Naukowego

godz. 8.45 - sala ćwiczeń Zakładu Histologii AMG

Prof. T. Żawrocka-Wrzołek "Układ komórek tłuszczowych w ocenie morfologa"**12 grudnia - zebranie PT Nefrologicznego, Towarzystwa Internistów Polskich, PT Kardiologicznego i PT Nadciśnienia Tętniczego**

godz. 11.00 - sala NOT w Gdańsku, ul. Rajska

Konferencja okrągłego stołu nt. "Enalapril - zastosowanie kliniczne"

Moderator - prof. B. Rutkowski, uczestnicy - prof. B. Krupa-Wojciechowska, prof. K. Leonowicz, prof. H. Adamska-Dyniewska, doc. J. Manitiusz, dr E. Semetkowska-Jurkiewicz

15 grudnia - zebranie PT Lekarskiego, Towarzystwa Internistów Polskich i PT Kardiologicznego

godz. 12.15 - sala im. Rydygiera

Prof. Z. Sadowski - AM Warszawa "Leczenie zawału serca"**16 grudnia - zebranie PT Farmaceutycznego oraz Gdańskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej**

godz. 13.00 - sala wykładowa nr 2 Wydziału Farmaceutycznego

Prof. H. Lamparczyk "Substancje optycznie czynne stosowane w lecznictwie"**Mgr P. Krajewski** - przedstawiciel naukowy SmithKline Beecham "Prezentacja leków firmy SmithKline Beecham"

* * * * *

Zakład Kształcenia Pedagogicznego

Instytutu Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego

organizuje w dniach 11-12 grudnia 1992 roku konferencję naukową na temat:

Studiowanie w szkole wyższej

Bliższe informacje w Dziale Nauki.



Fundacja "Edukacja w Położnictwie i Ginekologii" wspólnie z firmą SCHERING AG Berlin organizują spotkanie szkoleniowe w Gdańsku w dniu 4.12.1992 r na temat:

"Nowoczesna terapia hormonalna w ginekologii i położnictwie"

Spotkanie odbędzie się dnia 4 grudnia br. w godz. 10.00-14.00 w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobietych AMG, ul. Kliniczna 1a.

Program spotkania

Prof. F. Neumann - Principles of Endocrine Therapy in Ob and Gyn (40 min)

Prof. J. Mielnik - Ryzyko i korzyści antykoncepcji hormonalnej (20 min)

Prof. L. Marianowski - Stymulacja jajczkowania (20 min)

Doc. R. Dębski - Hormonoterapia okresu klimakterium (20 min)

Dr W. Czerwoniec - Leczenie zespołów hiperandrogennych (20 min)

Prezentacja leków firmy Schering AG

Polskie tłumaczenie referatu Profesora Neumanna uczestnicy spotkania otrzymają wraz z innymi materiałami informacyjnymi i naukowymi dotyczącymi tematów szkolenia.

Prof. dr hab. Jerzy Mielnik

Dr med. Alina Kuźmińska

Wykaz aparatury zakupionej w miesiącu październiku 1992 dla Uczelni i Szpitali Klinicznych

Zakład Biochemii Zestaw ROTOFOR	78.812.600,-	G-8
Sam. Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej PSK 2 Maszyna do produkcji lodu łuskanego 85 kg/24h	34.209.000,-	G-5
Pompa perystaltyczna P-3	31.720.500,-	G-5
Zakład Biochemii Klinicznej Urządzenie do produkcji lodu łuskanego	37.992.000,-	G-11
Zakład Histologii Zamrażarka -85°C 9CF 2551	82.270.350,-	G-12
Inkubator CO ₂	65.127.850,-	G-12
Zakład Farmacji Stosowanej Detektor UV	20.500.000,-	W-5
Klinika Neurochirurgii Komputer GULIPIN 386/33	22.269.000,-	St-62
Klinika Chirurgii Dziecięcej Monitor OXYSHUTTLE	53.802.660,-	W-20, W-22
Monitor DINAMAP model 8100	69.200.970,-	St-30
Neonatol Cuff Type 1,2,3,4,5		
Zakład Farmakologii Klimatyzator okienny	15.000.000,-	St-22



Klinika Neurochirurgii Drukarka EPSON LQ 570	8.365.000,-	St-62
Zakład Higieny i Epidemiologii Drukarka EPSON LQ 1070	12.935.000,-	St-32
Zakład Anatomii Chłodziarko-zamrażarka	10.330.000,-	St-20
Zakład Medycyny Rodzinnej Kserokopiarka CANON NP 1020	19.780.000,-	W-124
Zakład Biologii i Genetyki Kserokopiarka CANON NP 1020 Komputer 386	19.780.000,- 17.000.000,-	W-105 St-2
Zakład Toksykologii Wstrząsarka typ 357 Wirówka MPW-221	5.200.000,- 13.950.000,-	St-5 St-5
Zakład Stomatologii Dziecięcej Lampa DEGULUX Mieszalnik MIXOMAT	6.019.000,- 6.896.000,-	W-74 W-74
Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki Spektrokolorymetr SPEKOL 11	18.000.000,-	W-2
I Klinika Chirurgii Zestaw do laparoskopii z torem wizyjnym Mysz GM-Mouse GM-6 + dysk twardy 100 MB	429.929.300,- 5.090.000,-	Sponsor: Rafineria Gdańska Gdańska Fundacja
II Klinika Chorób Serca Pompa infuzyjna Kserokopiarka CANON NP 1550	14.500.000,- 35.910.000,-	Sponsorzy: Zakłady Pracy Gdańska
I Klinika Chorób Serca Przystawka dooplerowska z głowicą do echokardiografu SONES 100	286.506.000,-	Dar: Fundacja Humboldta Niemcy
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Manekin AMBU MAN Manekin AMBU ABC Zestaw do reanimacji	19.588.000,- 6.940.000,- 11.287.000,-	Dar Komitetu Org. VIII Kongresu Anestezjologów j.w. j.w.
Klinika Urologii Aparat do zespoleń jelitowych TU 64 Nefroskop ChoB Zestaw endoskopowy	6.000.000,- 17.000.000,- 77.616.900,-	Sponsorzy: Wytwórnia Opako- wań Blaszanych "OPAKOMET" Gdańsk Zakłady Pracy Gdańska
II Klinika Chorób Serca Kardiosymulator NP-4D	16.000.000,-	Dar: Morski Port Handlowy Gdańsk S.A.
Dział ds Aparatury Kserokopiarka CANON NP 1020	19.240.000,-	Fundusz rozwoju
Klinika Hematologii Pompa infuzyjna DUET-M Pompa infuzyjna 605 SP	16.200.000,- 39.000.000,-	Środki budżetowe PSK 1 j.w.



Kolęda

Kiedy błysnie pierwsza gwiazda
I siądziemy wreszcie spokojnie do stołów
Kto z nas pomyśli o tym, że być może

Gdzieś między Skórczem a Smętowem
Trzech - bynajmniej nie króli - w karetce
Modli się najpiękniej jak umie

By nie musieć odbierać porodu
Od kobiety, którą z ciepłej kuchni
Przedwcześnie bóle wyrwały właśnie w Tę noc

Tam właśnie - zimne, ciasne
Daleko od domu - jest Betlejem
Nie między karpiem a barszczem z uszkami

Kamil Jankowski



*Niech Święta Bożego Narodzenia
wniosą radość i pokój do każdego domu,
do każdego serca*

Redakcja

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

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 1084/92, nakł. 800 egz., format A4.

