

GAZETA GDAŃSK AMG

Sierpień 1994

Rok 4 nr 8 (44)

REKRUTACJA '94

W dniach 4 i 5 lipca br. odbyły się egzaminy wstępne na kierunki:
lekarski, stomatologiczny, farmację oraz biotechnologię.

Na Wydziale Lekarskim i Oddziale Stomatologicznym, wzorem lat ubiegłych, kandydaci zdawali zintegrowany egzamin testowy z biologii, chemii, fizyki oraz wybranego języka obcego.

Zestaw 160 pytań przygotował zespół ekspertów powołany przez Krajową Radę Egzaminów Medycznych (KREM) z siedzibą w Krakowie. Tam też odbyło się sprawdzanie komputerowych kart odpowiedzi kandydatów i ustalanie rankingowych list przyjęć, zgodnie z uchwalonymi przez Radę Wydziału Lekarskiego limitami.

O indeks na kierunek lekarski ubiegało się 709 kandydatów, na jedno miejsce przypadały 3,2 osoby. Przyjęto 222 kandydatów, w tym bez postępowania kwalifikacyjnego 2 laureatów Olimpiady Biologicznej stopnia centralnego: Lilianę Krasieńską i Marka Niedoszytko. Największą liczbę

punktów 145, przy minimum kwalifikacyjnym do przyjęcia 99 punktów, uzyskała Agnieszka Liczbik.

Na kierunek stomatologiczny zdaowało 301 kandydatów, o jedno miejsce ubiegały się 4,3 osoby. Przyjęto 72 kandydatów. Rekordową w skali kraju największą liczbę, bo aż 150 punktów uzyskała Joanna Murawska z Olsztyna. Minimum punktów kwalifikujące do przyjęcia na stomatologię wynosiło 98.

Podczas egzaminu na Wydziale Farmaceutycznym kandydaci odpowiadali pisemnie na 12 pytań-zagadnień (4 z biologii, 8 z chemii), za każde z nich można było uzyskać 10 punktów. Do egzaminu przystąpiło 216 osób (na jedno miejsce przypadało 1,8 kandydata), przyjęto 123 kandydatów. Największą liczbę punktów 113 uzy-

skąta Eliza Mackiewicz. Minimum punktów kwalifikujące do przyjęcia wynosiło 61.

Na Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii dysponujący 30 miejscami zgłosiło się 25 osób. Kandydaci zdawali pisemny egzamin testowy z biologii, chemii i fizyki, za który mogli otrzymać maksymalnie 100 punktów. Kandydaci, którzy uzyskali minimum 50 punktów przystąpili do tzw. rozmowy kwalifikującej z zakresu biologii prowadzonej w języku angielskim. Ostatecznie przyjęto na ten kierunek studiów 24 osoby.

Nowo przyjętym studentom na wszystkich kierunkach studiów naszej Uczelni gratulujemy i życzymy sukcesów.

Prorektor ds. Dydaktyki
prof. dr hab. Marek Grzybiak

Akademia Medyczna informuje, że Studium Doktoranckie przy Wydziale Lekarskim ogłasza konkurs na dwa miejsca:

pierwsze

- z zakresu biologii komórki

drugie

- z zakresu dyscyplin klinicznych.

Studia doktoranckie trwają 4 lata (8 semestrów) i prowadzone są jako studia dzienne.

Termin składania wniosków o przyjęcie na studia upływa z końcem września br. Szczegółowy program oraz regulamin studiów doktoranckich znajduje się w Dziale Nauki Akademii Medycznej przy ul. Skłodowskiej-Curie 3a, tel. 32-49-92.

Przewodniczący Studium
prof. dr hab. Janusz Limon



Zarządzeniem dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku, na podstawie ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 z 1991 r. poz. 408), w dniu 10 maja 1993 r. został powołany przy Głównej Izbie Przyjęć Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Wewnętrznych Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku (ODO). Już w czerwcu przyjęto pierwszych chorych.

Niniejszy artykuł zawiera informacje o idei powstania takiego oddziału, o jego usytuowaniu w dotychczasowej strukturze organizacyjnej PSK, o barierach do pokonania - zarówno w sferze materialnej jak i psychologicznej. Jest on także rodzajem podsumowania niemal rocznej działalności oddziału.

Co najmniej trzy powody leżały u podstaw organizacji Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego przy PSK Nr 1 w Gdańsku:

1. Istniejąca już baza łóżkowa przy Głównej Izbie Przyjęć (sala 6-łóżkowa) wykorzystywana dotąd tylko w dniach pełnienia ostrego dyżuru przez szpital (ok. 8 dni w miesiącu, w tym dni wolne od pracy) oraz pełne zaplecze w postaci personelu pielęgniarskiego o wysokich kwalifikacjach zawodowych, tejże izby.

2. Dążenie do racjonalizowania - w tym obniżenia kosztów - niektórych świadczeń medycznych o charakterze diagnostycznym poprzez wykonywanie badań nie wymagających dłuższego pobytu w szpitalu, a niemożliwych, jak dotąd, do przeprowadzenia w warunkach leczenia otwartego (np. profil dobowy glikemii itp.) W przypadku pacjentów lżej chorych, nie kwalifikujących się do hospitalizacji w trybie ostrego dyżuru - stworzenie szansy diagnostyki, której - wobec nie przyjęcia do szpitala - są one zwykle pozabawieni.

3. Możliwość prowadzenia działalności o charakterze terapeutycznym (w określonym zakresie) w przypadkach, w których długi pobyt w klasycznym oddziale szpitalnym nie jest niezbędny (np. upust krwi w rozpoznanej nadkrwistości, wykonanie serii kroplówek itp.), dokończenie obserwacji i udzielenie doraźnej po-

mocy chorym skierowanym po ostrym dyżurze, których przyjęcie na oddział nie jest przewidywane.

Oddział taki nie jest unikalnym w skali kraju ani Trójmiasta. „Moda” na tworzenie podobnych, rozmaicie nazywanych jednostek (np. Dzienny Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny, Oddział Szybkiej Diagnostyki itp.) wynika z różnych potrzeb zależnych od lokalnych uwarunkowań. Przykładem niech będzie zorganizowanie Dziennego Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego przy Zespole Opieki Zdrowotnej w Sopocie, którego celem było stworzenie namiastki szpitala miejskiego (jakiego Sopot nie posiada).

Organizacja tego typu oddziałów zależy od roli, jaką mają one pełnić w konkretnym miejscu, od warunków lokalowych i sprzętu będącego do dyspozycji organizatora. Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie w roku 1993 wydało broszurę pt. *„Jednostki organizacyjne szpitalnej opieki dziennej, organizacja, projektowanie, wyposażenie”* podając niejako gotowe wzorce różnych typów oddziałów tzw. dziennych. Wspomniana publikacja zawiera także listę zabiegów (dosyć długą), które mogłyby być przeprowadzane w takich oddziałach.

I tak omawiany ODO nie zastępuje kliniki AMG w ich funkcji, może natomiast wypełnić istniejącą lukę, np. w dostępności do niektórych badań na rzecz lekarzy ordynujących w lecznictwie otwartym. Wszędzie, gdzie podobne oddziały powstają, bierze się pod uwagę aspekt ekonomiczny. Chodzi o to, by zmniejszyć koszt badań diagnostycznych, zabiegów terapeutycznych, a także utrzymania oddziału choćby poprzez skrócenie pobytu chorego i zmniejszenie do minimum kosztów hotelowych (w stosunku do oddziałów tradycyjnych). Nowe formy organizacyjne stanowią znamię przeobrażeń w tradycyjnym myśleniu o organizacji opieki zdrowotnej; należy oczekiwać mocniejszego zakotwiczenia podobnych rozwiązań w przyszłym (może niezbyt odległym) ubezpieczeniowym systemie leczenia w naszym kraju.

Model organizacji Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Wewnętrznych Państwowego Szpi-

tała Klinicznego Nr 1 w Gdańsku formalnie nie odbiega od formy tradycyjnej. Oddziałem kieruje lekarz-ordynator przy współudziale pielęgniarki oddziałowej (jednocześnie oddziałowej Głównej Izby Przyjęć). Kadrę lekarską uzupełnia jeszcze jeden etat, a personel pielęgniarski rekrutuje się z pracowników GIP. Specyfika pracy naszego oddziału polega na tym, że funkcjonuje on w pełnym zakresie w dni powszednie pomiędzy ostrymi dyżurami pełnionymi przez PSK, a w dni dyżurów mogą być prowadzone zaplanowane badania diagnostyczne bądź zabiegi, które nie wymagają pozostania pacjenta na sali chorych dłużej niż kilka godzin (sala stanowi zaplecze

ORGANIZACJA DIAGNOSTYCZNO- CHORÓB PRZY PAŃSTWOWYM KLINICZNYM NR 1

Z Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Wewnętrznych Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku, Ordynator:
dr med. Arkadiusz Cyran

ostrego dyżuru). Do dyspozycji oddziału pozostaje sprzęt medyczny i urządzenia diagnostyczne, w które wyposażona jest Główna Izba Przyjęć. Ponadto na sali chorych znajdują się monitory kardiologiczne, pompa infuzyjna i inny niezbędny sprzęt. W strukturze organizacyjnej oddziału mieści się pracownia ultrasonograficzna, która wykonuje też badania usg jamy brzusznej na rzecz chorych z innych oddziałów Instytutu Chorób Wewnętrznych (i nie tylko) AMG i z Przychodni Przyklinikowej PSK Nr 1; w okresie minionego roku przeprowadzono ok. 1500 badań zmniejszając bądź likwidując „wąskie gardło” w możliwości wykonania tego badania. Dostęp do wszystkich innych badań diagnostycznych - możliwych do wykonania w Akademii Medycznej - jest zapewniony na zasa-

dach ogólnych. Opiekę nad chorymi, którzy przebywają w ODO w porze popołudniowej i nocnej sprawuje lekarz dyżurny GIP.

Na wzmiankę zasługuje sposób prowadzenia w ODO dokumentacji lekarskiej. Podstawowy dokument - historia choroby - istnieje w postaci arkusza elektronicznego w pamięci komputera. Wszelkie informacje o chorym, z założenia w formie bardziej skondensowanej, w tym wyniki przeprowadzonych badań - umieszczane są w elektronicznej historii choroby, co bardzo ułatwia i upraszcza ich wykorzystywanie oraz udoskonala archiwizację danych. I tak np. sporządzenie karty wypisowej, dokumentu zawierającego

ODDZIAŁU -OBSERWACYJNEGO WEWNĘTRZNYCH SZPITALU W GDAŃSKU

i Dyrekcji Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Gdańsku, Zastępcą Dyrektora ds. Klinicznych:
doc. dr hab. med. Stanisław Bakula

najważniejsze informacje o chorym dla lekarza leczącego i zalecenia dla pacjenta po opuszczeniu szpitala, jest li tylko sprawą systemu operacyjnego, który odpowiednio zaprogramowany wykonuje to zadanie natychmiast, bez dodatkowego angażowania lekarza.

Godna rozważenia, jak się wydaje, jest rola tego oddziału jako „ramienia zbrojnego” Zakładu Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku w celu stworzenia w przyszłości modelu nowego rodzaju współpracy pomiędzy tzw. lecznictwem podstawowym a szpitalem - z otwarciem na potrzeby diagnostyczne lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Niniejszym przytaczamy wyciąg z regulaminu pracy ODO-u - kilka

punktów dotyczących zasad kierowania i dalszego losu chorych:

5. Do ODO-u kierowani są chorzy, po porozumieniu z ordynatorem
 - a) przez lekarzy z Przychodni Przyklinicznej
 - b) przez kierowników klinik Instytutów Chorób Wewnętrznych i Chorób Serca (poprzez wyznaczonych pełnomocników poszczególnych klinik)
 - c) z ostrego dyżuru z powodu nieukończonej obserwacji i diagnostyki
6. Po odbytej obserwacji pacjenci odsyłani są z wynikami przeprowadzonego postępowania diagnostycznego do lekarza kierującego lub z zaleceniami do domu, względnie na właściwy oddział szpitalny celem dalszej diagnostyki i leczenia
7. Do ODO-u nie mogą być kierowani chorzy, których celem położenia nie jest jedynie krótka obserwacja i diagnostyka możliwa na oddziale tego typu oraz ciężko chorzy wymagający terapii szpitalnej z uwagi na brak możliwości personalnych i materiałowych do zapewnienia im należytej opieki.

Po roku działalności ODO-u i zdobyciu wielu doświadczeń praktycznych niektóre ze sformułowań przytoczonego regulaminu pracy wymagałyby pewnej modyfikacji. I tak np. wypracowana została nowa metoda pracy polegająca na umawianiu niektórych chorych na określony termin badania, bez konieczności pozostawiania stale w szpitalu. Część chorych przychodzi, wprowadzić codzienne, ale na okres tylko kilku godzin w celu np. pobrania zleconej infuzji. W rezultacie oddział jest w stanie zajmować się dosyć dużą liczbą chorych, przy minimalnych nakładach finansowych; stwarza to nieraz taką sytuację, że na jego stanie jest więcej pacjentów aniżeli łóżek. W praktyce do ODO-u trafiają także chorzy kierowani przez lekarzy spoza Instytutu Chorób Wewnętrznych: chirurgów, neurologów w celu np. przeleczenia Trentalem lub Prokainą w postaci infuzji dożylnych.

Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że taka forma hospitalizacji - nieco luźniejsza niż tradycyjna - wzbudza zainteresowanie wśród

części chorych, szczególnie lżej chorych, pozwalając im nieraz na kontynuację życia zawodowego, umożliwiając diagnostykę i/lub leczenie pacjentów, którzy np. z ważnych przyczyn rodzinnych, a także z przyczyn natury psychologicznej, nie mogą przez dłuższy okres przebywać w szpitalu.

W przeciągu niespełna rocznej działalności w oddziale przebywało około 200 chorych. Przyczyną hospitalizacji były różne dolegliwości internistyczne: z kręgu kardiologii, gastroenterologii, nefrologii, hematologii itd. Zakres badań diagnostycznych obejmował badanie ekg, monitorowanie rytmu serca, szeroki wachlarz badań analitycznych i bakteriologicznych, biopsję szpiku, wątroby, ultrasonografię, badania radiologiczne, w tym techniki najnowszej generacji. Pewną grupę chorych stanowili pacjenci po kardiologicznych badaniach inwazyjnych (koronarografia) lub gastroenterologicznych (biopsja wątroby, ERCP) wykonywanych w klinikach Instytutu Chorób Wewnętrznych AMG, którzy wymagali pozostania jeszcze przez pewien czas pod obserwacją.

Jednym z celów artykułu - to przedstawienie trudności związanych ze stworzeniem ODO-u. Powstał on w strukturze ukształtowanej przez dziesięciolecia, naruszał wieloletnie, ugruntowane tradycje - stąd zapowiedź jego organizacji, a później zaistnienie, nie zawsze wzbudzała entuzjazm. Wiele jednak zainteresowanych osób ze zrozumieniem przyjęło jego powołanie, a w późniejszym czasie zaczęło dostrzegać korzyści. O trudnościach materialnych nie warto rozwodzić się, ponieważ stanowią one niejako tło funkcjonowania całej służby zdrowia w tym kraju. Dużych nakładów finansowych nie było. Monitory kardiologiczne uzyskano wskutek wymiany sprzętu w innym oddziale PSK. Pewne zastrzeżenia budzi konieczność, jak dotąd, hospitalizowania na jednej sali mężczyzn i kobiet z wykorzystywaniem prowizorycznych parawanów. Rozwiązanie tej niedogodności nastąpi, być może, w niedalekiej przyszłości poprzez udostępnienie jeszcze jednego pomieszczenia. ■



Z profesorem Jerzym Morzyckim los wiązał mnie na kilka lat, toteż chciałbym mu poświęcić parę kartek z mych wspomnień, a jest to szczególnie na czasie, gdyż w lipcu minęło 40 lat od jego przedwczesnej śmierci.

Urodził się 25 stycznia 1905 roku w Berlinie jako syn przemysłowca Boleśława Feliksa Kwiryna i Władysławy Henrietty z Zakrzewskich, pochodzącej z wielkopolskiej rodziny ziemiańskiej. Do roku 1919 przebywał kolejno w Niemczech, Rosji i Finlandii. Stąd znajomość języków: niemieckiego, rosyjskiego i szwedzkiego. Po przyjeździe do Polski zamieszkał w Bydgoszczy, gdzie ukończył gimnazjum. Medycynę studiował w Warszawie. Jako student należał do korporacji Sarmatia. W 1929 r., jeszcze przed uzyskaniem dyplomu, podjął pracę w Państwowym Zakładzie Higieny u profesora Ludwika Hirszfelda. W r. 1931 wysłany celem dalszej specjalizacji do Francji i francuskich kolonii afrykańskich ukończył specjalny kurs medycyny tropikalnej i okrętowej. Przeszedł praktykę na statkach francuskiej marynarki handlowej i do roku 1932 przebywał w kilku koloniach: Sudanie, Senegal, Maroko i Algierii. Specjalizował się w epidemiologii i medycynie tropikalnej. W latach 1932-33 odbywał służbę wojskową, po ukończeniu której powrócił do PZH. Długo tam nie bawił. Ślęczenie przy próbkach i szkiełkach nie pasowało do jego żywej natury. Męczyło go też prowadzenie za rączkę przez Hirszfelda. „Niesforny Jerzy”, jak go szef nazywał, w 1933 roku mając zaledwie 28 lat objął stanowisko dyrektora Miejskiego Instytutu Higieny w Bydgoszczy. Tam się już ujawniły jego nieprzeciętne zdolności organizacyjne. Pod koniec 1933 roku mianowano go dyrektorem filii PZH w

Poznaniu, a w 1938 powołano na dyrektora Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni. W 1939 roku uczestniczył w obronie Gdyni i Oksywia. Dostał się do niewoli niemieckiej, z której udało mu się zbiec. W 1940 roku podjął znów pracę w PZH i z ramienia tej instytucji w latach 1941-44 prowadził akcję zwalczania czerwonki, duru brzusznego i płamistego.

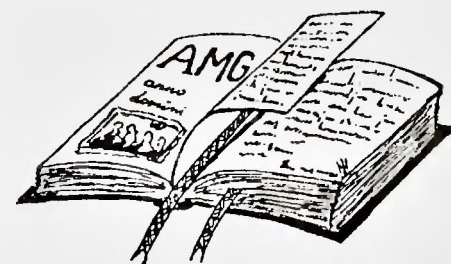
Gdzieś w połowie okresu okupacji podjął ważną decyzję o charakterze politycznym, a mianowicie związał się z lewym, proradzieckim skrzydłem Polskiej Partii Socjalistycznej. Co więcej, w 1943 roku został członkiem Krajowej Rady Narodowej. Ludzie, znający środowisko z którego pochodził i koleje życia Morzyckiego, mogli zostać zaskoczeni jego posunięciem. Trudno było zrozumieć, że człowiek wywodzący się z rodziny ziemiańsko-wielkoprzemysłowej, wychowany w wielkim dobrobycie, w czasie studiów członek ekskluzywnej korporacji o szlachecko-endeckiej tradycji, nie mający dotychczas żadnego kontaktu z robotnikami, zostaje członkiem partii raczej obcej mu ideologicznie i bardzo wrogiej w stosunku do klasy społecznej, z której się wywodził. Nie było to jednak tak skomplikowane, jak na pozór wyglądało. Głównym motywem, jaki kierował Morzyckim przy przystępowaniu do lewego skrzydła PPS, było przeświadczenie, jak się okazało słuszne, że po wojnie Polska znajdzie się w strefie wpływów radzieckich i tylko przynależność do partii dobrze widzianej przez władze na Kremlu może dać szansę na rozwinięcie szeroko zakrojonej działalności, która umożliwi mu realizację ambitnych planów życiowych. Wybierał przy tym mniej radykalną PPS. Sprawy ideologiczne nie grały tu istotnej roli, gdyż Morzyckiego cechował indeferentyzm nie tylko religijny, który mu umożliwił bezkonfliktowe przejście z katolicyzmu na kalwinizm z powodu spraw małżeńskich, ale również w dużej mierze w sferze ideologii politycznej. Przywódcy słabego jeszcze wówczas czerwonego podziemia mogli sobie zdawać sprawę z obcości klasowej i niepewności ideologicznej Morzyckiego, ale potrzebny im był człowiek o tak wielkiej aktywności i inicjatywie, którego chęć realizacji planów życiowych będzie wiązała z partią.

Na kilka tygodni przed wkroczeniem Armii Czerwonej udał się do oddziału Armii Ludowej działającego w lasach koło Parczewa. Był już wówczas przewidziany na wyższe stanowisko w

służbie zdrowia. Po utworzeniu PKWN został zastępcą kierownika resortu pracy, opieki społecznej i zdrowia, a następnie również naczelnym nadzwyczajnym komisarzem do walki z epidemiami. Oczywiście był nadal członkiem KRN. Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej powierzył mu Katedrę Mikrobiologii na Wydziale Lekarskim.

Gdy minął romantyczny okres „burzy i naporu”, a ministerstwo rozpoczęło normalne urzędowanie i gdy związana z tym biurokracja, zniechęcona przez Morzyckiego, ze strumyczka, który istniał na początku, stawała się coraz szerzej rozlewającą się rzeką, zrezygnował z politycznej kariery i udał się do Gdańska, by tam organizować swe ukochane dzieło, Instytut Medycyny Morskiej i Tropikalnej oraz objąć również Katedrę Mikrobiologii.

Profesor Jerzy Morzycki jako dyrektor zabłysnął wielkim talentem organizacyjnym. Przede wszystkim, co jest szczególnie ważne na tym stanowisku, miał sprecyzowaną koncepcję dzia-



łalności Instytutu z szeroką wizją na przyszłość, z równoczesnym wykorzystaniem istniejącego potencjału do realizacji aktualnych zadań. Pracownicy wchodzące w skład kierowanej przez niego placówki tworzyły zwarty organizm, a nie zbiorowisko przypadkowych i nie powiązanych ze sobą jednostek. W programie działalności Instytutu znajdowały się dwa podstawowe kierunki. Jednym z nich był problem chorób przenoszonych przez stawonogi. Do tego celu miały służyć następujące pracownie: akaroentomologiczna, wirusowa, riketsjowa i tularemii z możliwością rozszerzenia jej na dżumę. Drugim podstawowym kierunkiem została parazytologia, dziedziną zbyt mało docenianą w lekarskich środowiskach. Jaką wagę przywiązywał Morzycki do tej gałęzi nauki może świadczyć fakt, że pod egidą Instytutu został zorganizowany zjazd parazytologów, na którym powołano do życia Polskie Towarzystwo Parazytologów.

Ogromnie ważnym elementem w pracy dyrektora jest umiejętność odpowiedniego doboru personelu i jego właściwego ukierunkowania. Profesor Morzycki wykazał tu szczególną intuicję. Ze stosunkowo nielicznego zespołu aż 17 osób w bliższej lub dalszej przyszłości zostało samodzielnymi pracownikami nauki w zakresie mikrobiologii, parazytologii, biochemii i biologii molekularnej.

Profesor Morzycki nie należał do tak często spotykanych dyrektorów „gabinetowych”. Niemal codziennie odwiedzał poszczególne pracownie dzieląc się ze współpracownikami swymi planami, omawiał z nimi aktualne problemy, sukcesy i trudności, jakich nie brakowało. Wiązał przez to mocno pracowników z Instytutem. Każdy z nas czuł się odpowiedzialny za jego losy.

Profesor Morzycki pragnął, by wyniki prac zrobionych w Instytucie miały szansę wyjścia poza granice kraju, co w tamtym okresie naszych dziejów było bardzo trudne, a przy tym tak ważne.

Kartki ze wspomnień starego profesora

Kartka piąta

prof. dr hab. Stefan Kryński

Powstał, nie bez oporu władz „Biuletyn Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej” początkowo wyłącznie w języku angielskim, a potem z konieczności każda publikacja była drukowana w trzech językach: polskim, angielskim i rosyjskim. Podnosilo to koszty, ale umożliwiało przemyślenie tekstu w języku znanym na świecie. „Biuletyn” odniósł wielki sukces. W zamian za niego otrzymywaliśmy wiele pism zagranicznych i odbitek prac. O pozytywnej ocenie naszych publikacji świadczy ich cytowanie przez zagranicznych autorów, przy czym należy wziąć pod uwagę, że nie było to czasopismo znane i renomowane, a na dobitkę język angielski sporo przedstawiał do życzenia.

O ile profesor miał talent w doborze pracowników naukowych, o tyle wykazywał brak orientacji przy kompletowaniu urzędników. Sam nie znosił administracji i mało się nią zajmował. Niestety ludzie, którym te funkcje powie-

rzał nie stali na wysokości zadania. Najgorszy był balagan w księgach inwentarzowych i materiałowych, co spowodowało nieziemskie trudności po śmierci profesora.

Dużo mniej interesowała profesora Morzyckiego dydaktyka. W pierwszym roku prowadził wykłady z właściwym sobie zapalem, ale w latach następnych traktował to jako dość uciążliwy obowiązek i chętnie przekazywał je swym współpracownikom, co nie było wówczas w zwyczaju. Nie lubił też egzaminów, które go nudziły i denerwowały. Po macoszemu traktował również działalność diagnostyczną, przez co stała ona na bardzo niskim poziomie. Mieli o to pretensje niektórzy kierownicy klinik. Ogólnie rzecz biorąc Zakład Mikrobiologii był czymś w rodzaju ubogiego rezydenta w domu wielkiego pana, zwłaszcza do czasu uzyskania własnego lokalu.

Mimo widocznych sukcesów Instytutu sytuacja profesora Morzyckiego jako dyrektora stawała się niepewna, a nawet poważnie zagrożona. Czasy się zmieniały. To już nie był okres działalności podziemnej, ani pierwszych lat niepełnej jeszcze ugruntowanej władzy. Liczba członków w rządzących partiach wzrastała. Pojawił się wśród nich ludzie o znanych nazwiskach. Można było się już pokusić o selekcję, nawet w stosunku do osób z dużym stażem partyjnym i w przeszłości zasłużonych. Tym bardziej byli zagrożeni ci klasowo obcy i ideologicznie niepewni, a do takich należał Morzycki. Komitety partyjne coraz bardziej krytycznym okiem zaczęły na niego patrzeć. Pierwszy kryzys nastąpił przyłączeniu się PPR z PPS. Morzyckiego do nowej partii początkowo nie przyjęli. Nastąpiło to dopiero po osobistej interwencji Cyrankiewicza. Ta protekcja nie przeszkodziła jednak w utrzymywaniu negatywnej w partii opinii. Również w ministerstwie znaleźli się ludzie nieprzychylni Morzyckiemu. Doszło do tego, że zapadła decyzja o jego dymisji ze stanowiska dyrektora Instytutu. Odpowiedni dokument miała przywieźć personalna, dr Stasiakowa. Ktoś życzliwy zawiadomił o dacie jej przyjazdu. Profesor zrobił unik jadąc na zjazd... ortopedów. Rzeczywiście w przewidzianym terminie zjawiała się w Instytucie dr Stasiakowa z dymisją w teczkę. Miała zamiar czekać na profesora. Korzystając z czasu prowadziła rozmowy z pracownikami, w rezultacie których nabrała wątpliwości co do wielu stawianych Morzyckiemu zarzutów i

zdecydowała się wrócić do Warszawy nie wręczając przywiezionego z sobą dokumentu. Sprawa uciszyła się, ale nadal istniało zagrożenie ze strony resortu, toteż profesor zaczął myśleć o zmianie szefów. Nawiązał ściśle poufne rozmowy z wysoko postawionymi przedstawicielami Polskiej Akademii Nauk, którzy nad wyraz pozytywnie oceniali działalność i dorobek naukowy Instytutu. Projektowano przekształcić go na Instytut Wirusologii i Parazytologii PAN. Mimo że rozmowy odbywały się w wielkiej tajemnicy, nastąpił przeciek do ministerstwa. Na początku lipca 1954 roku mieli do Gdańska przyjechać dwaj wiceministrowie, Kożusznik i Barcikowski na zasadniczą rozmowę z profesorem. Mogło to storpedować starannie już przygotowany plan w przededniu jego sfinalizowania. Morzycki ponownie postanowił zastosować unik, a mianowicie poddać się operacji przepukliny, o czym, nawiasem mówiąc, nikomu nie powiedział, nawet własnej matce. W piątek 2 lipca wyjeżdżałem na wakacje do Białki Tatrzańskiej. Przy pożegnaniu profesor Morzycki do mnie powiedział: „Moja gwiazda rozbiła się tak jasno, jak nigdy przed tym”. Nie wiedział, że ten rozbił się jego gwiazdy poprzedza jej zgaśnięcie na zawsze.

Do szpitala udał się w niedzielę 4 lipca wieczorem. Jak się potem okazało, był w bardzo złym nastroju psychicznym, czego dowodem był napisany w nocy pożegnalny list do żony. O godzinie szóstej rano przyjaciel Morzyckiego, docent Maciejewski, kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej go operował. W czasie zabiegu doszło do uszkodzenia pęcherza moczowego, nie spostrzeżonego śródoperacyjnie. Powikłanie to wydawało się operatorowi tak nieprawdopodobne, że nie dopuszczał do konsylium, nie do puszczenia do szpitala, nie do zlego stanu Morzyckiego, interwencji żony i najstarszej córki, Ewy, studentki medycyny. Zgon nastąpił około godziny 22 w czwartek 8 lipca.

Śmierć profesora Jerzego Morzyckiego stała się katastrofą dla Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej. Nie minęło wiele czasu, a runęła cała starannie przez niego opracowana koncepcja. Upadały kolejno tak dobre niegdyś pracownie. Rozproszył się powoli bardzo dobry zespół pracowników. Zagraniczni odbiorcy „Biuletynu” rezygnowali z jego otrzymywania. Mówi się, że nie ma ludzi nie zastąpionych. Jak widać, to powiedzenie nie zawsze jest słuszne. ■

II Katedra i Klinika Chirurgii Akademii Medycznej w Gdańsku oraz Klinika Chirurgii Uniwersytetu w Ankonie przy współudziale firmy Johnson-Johnson Poland zorganizowały w dniu 27 czerwca br. Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „Zaawansowane techniki operacyjne i powiktłania w chirurgii laparoskopowej” Ankona - Gdańsk.

Obrady odbywały się pod auspicjami Sekcji Wiscerosyntezy Towarzystwa Chirurgów Polskich i zgromadziły około 150 uczestników z całego kraju. Była to już piąta tego rodzaju sesja w krótkiej, bo niespełna 3-letniej historii „najmłodszej” sekcji TChP. Po raz drugi zorganizowano ją w Gdańsku. Uczestnicy skorzystali z wszechstronnej pomocy Zarządu Służby Zdrowia i Sanatorium Uzdrowskiego MSW w Sopocie, które nieodpłatnie udostępniło swe pomieszczenia.

Dzięki kontaktom nawiązanym przez JM Rektora prof. Z. Wajdę podczas ubiegłorocznego pobytu w Ankonie przebywał w Trójmieście Ambasador Republiki Włoskiej J. E. Giuseppe Balboni Acqua oraz delegacja władz i profesorów Uniwersytetu Ankońskiego: prof. Enrico Bertoli, prof. Emanuele Lezoche, prof. Paolo Brun i prof. Lucedio Greci.

Profesor Emanuele Lezoche jest kierownikiem Kliniki Chirurgii Uniwersytetu w Ankonie ale także, a może przede wszystkim, jest jednym z najwybitniejszych europejskich chirurgów specjalizujących się w endoskopowych technikach operacyjnych. W przeddzień obrad, tj. w niedzielę 26 czerwca odbył się w II Katedrze i Klini-



Fot.1. Przyjęcie Jego Ekscelencji Ambasadora Republiki Włoskiej G. B. Acqua i Profesorów Uniwersytetu w Ankonie w gabinecie JM Rektora AM. Od lewej: prof. Enrico Bertoli, prof. Emanuele Lezoche, prof. Mariusz Żydowo, JM Rektor prof. Zdzisław Wajda, Jego Ekscelencja Giuseppe Balboni Acqua.

Sympozjum Chirurgii Laparoskopowej

ce Chirurgii AM Workshop dla 10 chirurgów, podczas którego Profesor Emanuele Lezoche przeprowadził w oparciu o przywieziony z Ankony sprzęt - тренаżery, szkolenie dotyczące laparoskopowej eksploracji zew-

nątrzewotrowych dróg żółciowych. W zajęciach wzięli udział przedstawiciele ośrodków chirurgicznych Trójmiasta i Polski północnej.

W Sympozjum wzięli udział wszyscy niemal najwybitniejsi w kraju znawcy zagadnień chirurgii laparoskopowej z Prezesem Sekcji Wiscerosyntezy Profesorem Edwardem Stanowskim na czele. Obrady składały się z czterech sesji, w trakcie których prace przedstawiali zaproszeni goście, omawiano zakwalifikowane plakaty oraz zapoznano się ze szkoleniowymi wideofilmami.

Szczegółowy plan naukowy:
wykłady:

Emanuele Lezoche, „*Single stage laparoscopic treatment of gallstones and common bile duct stones in over 90 unselected consecutive patients*”.

Edward Stanowski, Stanisław Głuszek, „*Powiktłania laparoskopowej cholecystektomii w materiale polskim (12 000 chorych)*”.

Wojciech Gontarz, Radosław Źródlewski, „*Techniczne aspekty hernioplastyki laparoskopowej*”.

Andrzej Basiński, „*Całkowita dożylna anestezja w chirurgii laparoskopowej*”.

W Sesji Plakatowej przedstawiono trzydzieści prac z ponad 20 ośrodków krajowych. Prace zakwalifikowane do omówienia wywołały niejednokrotnie bardzo żywą dyskusję, którą kontynuowano w kulisach.



Fot.2. Workshop prowadzony przez prof. Emanuele Lezoche.

Podczas Sesji Video uczestnicy zapoznali się z następującymi filmami:

Edward Stanowski, Andrzej Paczyński, Tomasz Koziarski, „Podstawy laparoskopii rozpoznawczo-leczniczej”

Edward Stanowski, Andrzej Paczyński, Tomasz Koziarski, „Hernioplastyka laparoskopowa”

Kazimierz Laskowski, „Powikłania i trudności śródoperacyjne cholecystectomii laparoskopowej”

Aleksander Stanek, Zdzisław Wajda, Roman Marczewski, „Modyfikacja cholecystectomii laparoskopowej przy użyciu techniki dwóch dostępów”

Edward Stanowski, Jerzy Łapiński, Stanisław Chabielski, Tomasz Koziarski, „Wycięcie guza wątroby z użyciem aparatu DISEKTRON”.

Uzupełnieniem bogatego planu naukowo-szkoleniowego była wystawa sprzętu medycznego i leków, na której swe produkty prezentowało ponad 20 firm.

Zorganizowano również konferencję prasową, podczas której z dziennikarzami spotkali się Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Sympozjum prof. Zdzisław Wajda, Prezes Sekcji Wiscerosyntezy TChP prof. Edward Stanowski oraz prof. Emanuele Lezoche.

Organizatorzy zaprosili uczestników na bankiet w salach recepcyjnych Sanatorium MSW oraz na Spotkanie Koleżeńskie przy dźwiękach „Borodzieju” w lasach sopockich. Wiele wskazuje, że Sympozjum stanie się imprezą coroczną.

Zorganizowanie Sympozjum było możliwe dzięki pomocy materialnej i rzeczowej sponsorów, którym tą drogą Komitet Organizacyjny składa gorące podziękowania:

- Elbrewery Company Ltd. Elbląg
- Przedsiębiorstwu MEM Gdańsk
- firmie „Jori” - Produkcja Garmażeryjno-Wędliniarska w Gdańsku Złotej Karczmi
- PPH Marzał - UP spółce z o.o. w Gdańsku
- firmie „Mercedes-Benz” Sobiesława Zasady, oddział w Gdańsku
- Hurtowni Sztucznych Kwiatów „Mercado” w Gdyni
- Przedsiębiorstwu Zagranicznemu Auspol w Gdyni
- Spółce z o.o. „Drogi Mosty” w Słupsku
- Coca-Coli w Gdyni.

Z kronikarskiego obowiązku należy wymienić ściśle grono organizatorów. Byli to:

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:

Prof. dr hab. Zdzisław Wajda

Sekretarz Komitetu Organizacyjnego:

Dr med. Aleksander Stanek

Zastępca Sekretarza Komitetu Organizacyjnego:

Dr med. Zbigniew Śledziński

Skarbnik:

Lek. med. Tomasz Wysocki

Aleksander Stanek



Fot.3. Prezydium Naukowe Sesji. Od lewej: prof. Jerzy Dybicki, prof. Zdzisław Wajda, prof. Edward Stanowski, prof. Mieczysław Jesipowicz.

DZIAŁ KADR

1.06. - 30.06.1994

Funkcje kierownicze powierzono:

dr. hab. Andrzejowi Rynkiewiczowi

- kierownika I Kliniki Chorób Serca Instytutu Kardiologii

dr. med. Waldemarowi Budzińskiemu

- zastępcy dyrektora Instytutu Medycyny Społecznej

mgr Hannie Kortas

- kierownika Biblioteki Wydziału Farmaceutycznego

Na stanowisko adiunkta awansowali:

dr n. med. Mirosława Cichorek

dr n. med. Michał Penkowski

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

35 lat

dr med. Wojciech Oździński

dr hab. inż. chem. Elżbieta Pomarnacka

p. Przemysław Szurpicki

30 lat

mgr Zofia Jarmuszcak

prof. nzw. dr hab. Stanisław Mazurkiewicz

25 lat

dr n. med. Wiesława Czerwińska

dr farm. Barbara Kaczmarek

20 lat

p. Franciszek Makurat

dr med. Wojciech Nieroda

O lekarzu rodzinnym w Anglii w pytaniach i odpowiedziach

Część pierwsza

Rozmowa z uczestnikami kursu dla nauczycieli medycyny rodzinnej w Wielkiej Brytanii, asystentami Katedry Medycyny Rodzinnej AM w Gdańsku.

Minister zdrowia podtrzymał decyzję swojego poprzednika o wprowadzeniu specjalizacji lekarza rodzinnego w ramach reformy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Zarówno lekarze jak i pacjenci zwracają się do nas z pytaniami o szczegóły dotyczące tej nowej specjalizacji.

Kim jest lekarz rodzinny?

Lekarz rodzinny jest specjalistą medycyny „pierwszego kontaktu”, sprawującym opiekę lekarską nad grupą pacjentów zarejestrowanych w jego praktyce; jest odpowiedzialny za zapewnienie swoim pacjentom ciągłości opieki medycznej tzn. od chwili ich urodzenia aż do późnej starości, siedem dni w tygodniu, przez 24 godziny na dobę.

24 godziny na dobę?! Jak wygląda dzień pracy lekarza rodzinnego?

W związku z tym, że nie doczekaliśmy się jeszcze pierwszych, polskich lekarzy rodzinnych, opisujemy typowy dzień naszych brytyjskich kolegów. Brytyjski lekarz rodzinny - (GP tzn. General Practitioner) nie ma ustalonych sztywno godzin pracy. Kontrakt, który GP podpisuje z FHSA (Family Health Services Authority), odpowiedzialnym terenowego wydziału zdrowia, określa tylko, że pracując 5 dni w tygodniu GP musi konsultować pacjentów w swojej praktyce przynajmniej 26 godzin tygodniowo. GP pracuje w systemie tzw. sesji. Jedna sesja trwa 2-4 godziny, w trakcie której GP konsultuje 15-20 osób. Typowy dzień pracy obejmuje dwie sesje po trzy godziny. Część lekarzy rozpoczyna swoją pracę godziną porad telefonicznych, np. od 8.00 do 9.00, co skutecznie obniża liczbę wizyt domowych. Pierwsza sesja trwa zatem od godziny 9.00 do lunchu i zwykle kończy ją czas przeznaczony na uzupełnienie korespondencji z konsultantami oraz załatwianie spraw administracyjnych.

Przed lub po lunchu GP odwiedza kilku chorych w domach. Po południu, około 14.00-15.00 rozpoczyna się druga sesja, która trwa zwykle do godziny 18.00. Oczywiście, jeżeli nie ma wielu chorych GP może zakończyć pracę wcześniej. W czasie np. epidemii grypy bywa, że GP wychodzi z praktyki po 20.00. Jeżeli rejestratorki przyjęły w międzyczasie prośbę chorego o domową wizytę, GP odwiedza go jeszcze w drodze do domu. W przypadku praktyk grupowych do tego typu późnych zgłoszeń wyjeżdżają lekarze rodzinni pełniący dyżur w praktyce.

Czy nasi brytyjczycy koledzy nie są zbyt przepracowani?

Na pewno nie narzekają na brak pracy, taka już jest specyfika pracy lekarza. W porównaniu z lekarzami pracującymi w szpitalach, GP nie pracują dłużej. Ponadto rzadziej dyżurują w nocy i weekendy. Musimy pamiętać, że tylko samodzielni GP (jest ich 11%) pracują 9 a nawet 10 sesji tygodniowo. GP pracujący z partnerami (36% GP pracuje z 3-4 partnerami) zwykle wykonuje 8 lub nawet mniej sesji tygodniowo. Oznacza to, że przynajmniej jedno przedpołudnie albo popołudnie GP ma wolne. Nie bez znaczenia są też dość długie przerwy przeznaczone na lunch, dzielące pracowity dzień na dwie sesje. Bez wątpienia weekendy mają wolne! Chociaż...

No właśnie, kto opiekuje się chorymi w soboty i niedziele?

Aby zapewnić nieprzerwaną opiekę medyczną swoim pacjentom lekarze rodzinni danej dzielnicy albo kilku sąsiednich praktyk organizują rotacyjne dyżury, które nie zdarzają się jednak częściej niż raz na miesiąc. W czasie dyżuru jeden z GP selekcjonuje wezwania, równocześnie udzielając telefonicznie porad, a w razie potrzeby wysyła na domowe wizyty

dyżurujących kolegów. Powszechne zastosowanie telefonów komórkowych zapewnia ciągły kontakt między dyżurującymi, umożliwia natychmiastową odpowiedź na wezwanie, nie ograniczając równocześnie swobody poruszania się GP. Innym sposobem rozwiązania problemu dyżurów jest wynajmowanie „deputising service” tj. zatrudnianie na dyżury GP nie mających własnych praktyk albo GP z innych dzielnic. Jeżeli praktyka, w której pracuje GP jest praktyką grupową liczącą wielu partnerów np. więcej niż siedmiu, często decydują się oni pełnić dyżury sami. Nie dyżurują więc częściej niż raz w tygodniu, a zatrzymują część swoich dochodów, którą ich koledzy przeznaczają na wynajmowanie zastępstw. Dyżurujący lekarz rozpoczyna pracę w sobotę o 9.00 i przyjmuje w praktyce, w zależności od liczby chorych, zwykle do około 12.00. Następnie może udać się do domu, gdzie pełni dyżur, będąc stale w zasięgu tzw. „bleepera” - automatu przywoławczego albo telefonu komórkowego. Chorzy, którzy chcą zasięgnąć porady lekarskiej lub zamówić wizytę domową, telefonicznie kontaktują się z dyspozytorem prywatnej firmy (np. „Air call”), której usługi GP wynajmuje. Dyspozytor przekazuje danej praktyce. Ten kontaktuje się z proszącym o konsultację udzielając porady telefonicznej albo odwiedza chorego w domu. Jak widać, nie ma jednego modelu zapewnienia przez GP 24-godzinnej opieki pacjentom i każda z praktyk może wybrać sposób nie tylko najwygodniejszy, ale też najkorzystniejszy finansowo.

Jednym z założeń medycyny rodzinnej jest 24-godzinna dostępność lekarza rodzinnego dla jego pacjenta. Czy pacjent może telefonować do GP o każdej porze dnia, a co gorsza nocy, np. prosząc o uzasadnioną lub, co trudne do ustalenia przez telefon, nie uzasadnioną wizytę?

Jeżeli pacjent zna telefon swojego lekarza, to oczywiście może prosić o telefoniczną poradę lub wizytę domową o dowolnej porze dnia. Jednak GP nie ma obowiązku udostępniać pacjentom numeru domowego telefonu, z czego często korzysta. Ponadto to od GP zależy, czy uzna domową wizytę za konieczną, czy zdecydować, że telefoniczna porada jest

wystarczająca. Należy podkreślić, że i sami pacjenci wykazują zdrowy rozsądek, nie wzywając bez potrzeby swojego GP. Lekarze rodzinni, którzy zdecydowali się udostępnić swój numer telefonu pacjentom, mają zwykle nie więcej niż jedną nocną wizytę tygodniowo. Pozostałe praktyki organizują system dyżurów nocnych w sposób przedstawiony wcześniej tj. do godziny np. 23.00 sami odpowiadają na telefony pacjentów, udzielając porad telefonicznych lub odwiedzają chorych w domach. Od 23.00 wynajmują „deputising service”.

Jeżeli GP wynajmuje zastępstwo na nocny dyżur, czy nadal możemy mówić o ciągłości opieki?

Istotnie, dyżurujący, wynajęty GP nie zna chorego tak dobrze jak jego własny lekarz, często nie zna pacjenta wcale. Jest to wynik kompromisu między zasadą ciągłości opieki medycznej a prawem do zachowania prywatnego życia lekarza. Należy jednak podkreślić, że jeżeli wynajęty lekarz udziela porady telefonicznej czy konsultacji w domu pacjenta, jego GP dowiaduje się o tym już następnego dnia, mając w ten sposób pełną kontrolę nad stanem zdrowia swoich pacjentów.

Iloma pacjentami opiekuje się jeden lekarz rodzinny?

Nie istnieją ściśle ograniczenia liczby pacjentów, którą może objąć swoją opieką lekarz rodzinny, liczba zalecana przez Królewskie Kolegium Lekarzy Rodzinnych (RCGP - The Royal College of General Practitioners) to 1800 pacjentów. Przeciętnie u jednego brytyjskiego lekarza rodzinnego jest zarejestrowanych 1913 pacjentów, z których 70% ma przynajmniej jedną konsultację w ciągu roku, a 90% z nich widzi się ze swoim GP co najmniej raz w ciągu 3 lat. W tej liczbie zawierają się dorośli i dzieci.

Jakie są korzyści z wprowadzenia instytucji lekarza rodzinnego do systemu podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce?

Jesteśmy przekonani, że wprowadzenie lekarza rodzinnego do POZ przyniesie obopólne korzyści, zarówno dla pacjentów jak i dla samych lekarzy. Podstawową korzyścią jest rozwiązanie problemu odpowiedzialności za pacjenta. Nie w sensie prawnym, tak rozumiana odpowiedzialność



istniała zawsze, ale w znaczeniu organizacyjnym i psychologicznym. Teraz pacjent będzie potrafił wskazać swojego lekarza, którego sobie wybrał, a ten będzie czuł się odpowiedzialny za swoich pacjentów w prowadzonej przez siebie praktyce. Pacjenci zyskają w osobie lekarza rodzinnego osobistego doradcę w sprawach szeroko pojmowanego zdrowia.

Co zyskają lekarze? Po raz pierwszy lekarze POZ staną się samodzielniymi specjalistami medycyny „pierwszego kontaktu”. Lekarze rodzinni będą mogli uczestniczyć w przygotowaniu programu własnej specjalizacji. Dotychczasowe programy specjalizacji nie brały pod uwagę specyfiki pracy w POZ. Były one projektowane i prowadzone przez lekarzy klinicystów z myślą o lekarzach pracujących w szpitalach. Nie brano pod uwagę faktu, że potrzeby lekarzy lecznictwa zamkniętego są inne niż lekarzy POZ. Ponadto lekarze pracujący już w POZ uzyskają możliwość podwyższenia kwalifikacji i zdobycia praktycznych umiejętności przydatnych w prowadzeniu własnej praktyki. W sierpniu zeszłego roku weszło w życie zarządzenie ministra zdrowia zezwalające na zawieranie kontraktów na świadczenie usług medycznych. To zarządzenie oraz wprowadzanie nowej specjalności tworzonej od podstaw pozwala na negocjowanie korzystnych warunków finansowych. Czy zaowocuje to poprawą sytuacji finansowej lekarzy POZ zależy w dużej mierze od aktywności ich samych. Sukces lekarzy rodzinnych otworzyłby drogę dla dalszych pertraktacji finansowych całemu środowisku lekarskiemu.

Na wprowadzeniu nowej specjalizacji zyska w ostatecznym rozrachunku państwo. Przy utrzymaniu powszechnie dostępnej, podstawowej opieki medycznej, pojawienie się menedżerów POZ współpracujących z lekarzem rodzinnym umożliwi pre-

cyzyniejsze określenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i planowanie wydatków na ochronę zdrowia. Potwierdzenie miejsca profilaktyki i promocji zdrowia w POZ oraz umocnienie roli lekarzy rodzinnych jako strażników bram prowadzących do wymagającego coraz to większych nakładów finansowych systemu opieki zdrowotnej, powinny zaowocować w dalszej perspektywie zahamowaniem wzrostu wydatków na usługi medyczne i leki.

Jak można zostać lekarzem rodzinnym u nas? Czy mają na to jakąkolwiek szansę lekarze już pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej?

Z końcem zeszłego roku 12 tzw. rezydentów, lekarzy po stażu podyplomowym, rozpoczęło 3-letnią specjalizację z medycyny rodzinnej w AMG, w jednym z 44 ośrodków akredytowanych przez MZIOS.

Inną możliwością zdobycia specjalizacji z medycyny rodzinnej, kierowaną do lekarzy już pracujących w POZ, jest odbycie 6-miesięcznego, intensywnego kursu specjalizacyjnego. Ten skrócony tryb specjalizacji, tzw. „krótka ścieżka”, adresowany jest do lekarzy spełniających następujące kryteria:

- przynajmniej 4 lata pracy w POZ,
 - nie przekroczony 35 rok życia,
 - I stopień specjalizacji z medycyny ogólnej, interny lub pediatrii;
- albo
- przynajmniej 10 lat pracy w POZ,
 - bez limitu wieku,
 - II stopień specjalizacji z medycyny ogólnej, interny lub pediatrii.

Inni lekarze, nie spełniający jednego z wyżej wymienionych warunków, mogą zostać warunkowo dopuszczeni do specjalizacji w trybie skróconym, o ile uzyskają zgodę Zarządu Kolegium Lekarzy Rodzinnych. Wszystkie zgłoszenia ubiegających się o dopuszczenie do specjalizacji w trybie skróconym należy składać do Regionalnych Ośrodków Kształcenia (ROK) w terminie do 30 września 1994.

Wszystkich zainteresowanych specjalizacją z medycyny rodzinnej zachęcamy do kontaktu z Katedrą Medycyny Rodzinnej AM w Gdańsku, tel. (0 58) 313-314.

Odpowiadali:

Piotr Mielcarek i Paweł Nowak

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

PRASÓWKA

Temat bardzo na czasie, jako że zakończył się okres rekrutacji kandydatów na wyższe uczelnie, także do Akademii Medycznej w Gdańsku. W miesięczniku *Medycyna na świecie* (Nr 6, 1994) na str. 5 czytamy: „MYŚLENIE NIE BOLI...”.

I dalej:

„Dobór kandydatów na studia medyczne jest u nas oparty na tzw. obiektywnym kryterium, czyli anonimowym egzaminie testowym, obejmującym jakieś tam wiadomości ze szkoły średniej. Tymczasem istotą medycyny nie są wiadomości ze szkoły średniej, ani nawet zdolność zapamiętywania innych, lecz kontakt z człowiekiem, umiejętność wzbudzania w sobie współczucia dla innych, zdolność formułowania wniosków na podstawie utamkownych informacji i parę innych cech, które można zdefiniować i - co więcej - oceniać.

Obecny system został po wielu bólach wymyślony przez urzędników, oburzonych ciągłymi pomówieniami o „nienależne korzyści materialne”. Niestety, usuwając możliwość ewentualnych przecieków i nieprawidłowości wylano dziecko z kąpielą. Pozostawiono goły egzamin testowy, który nie ma żadnego związku z przydatnością kandydatów do zawodu. Obecny system przyjęć na studia (a trzeba pamiętać, że kończy je 98% tych, którzy je zaczynają) produkuje znaczną liczbę lekarzy, którzy brzydzą się pacjenta, „nie mogą patrzeć na krew” i są w ogóle nieszczęśliwi w tym zawodzie. Nie trzeba dodawać, jak nieszczęśliwy jest z tego powodu pacjent.

Wielu rzeczy można na studiach nauczyć, mimo że studenci na ogół się przed tym bronią; wiele cech charakteru wzmocnić, osłabiając inne. Punktu wyjścia nie da się jednak zmienić: trzeba zaczynać od ludzi o pewnych wrodzonych inklinacjach, zamiłowaniach i uzdolnieniach.

Aby tak się stało, należy wykorzystać głębokie zmiany w resorcie zdrowia i sprawę szkolenia nowych lekarzy powierzyć osobom, które nie mają ciasnych poglądów na dobór kandydatów, ani alergii na eksperymentowanie.

Warto przypomnieć, że jakiegokolwiek zmiany w systemie doboru kandydatów na studia medyczne przyniosą wyniki najwcześniej za 6 lat. Choć dla wielu wyda się to terminem odległym, a może nawet ich osobiście nie dotyczącym, to wypada przecież patrzeć nieco dalej niż na koniec własnego nosa. B.”

LASERY DLA SZPITALA - pod takim tytułem anonsował *Dziennik Bałtycki* (Nr 146, 25-26.06):

„Przedstawiciele miasta Buffalo i fundacji „Wzrok dla Polski” przekazały gdańskiemu oddziałowi okulistyki gdańskiego szpitala na Zaspie laserową aparaturę przeznaczoną do leczenia chorób oczu. Sprzęt wartości 70 tys. dolarów służy do zabiegów dokonywanych na przeciekających naczyniach krwionośnych siatkówki i leczenia jaskry. W sprawę zaopatrzenia oddziału okulistyki w sprzęt medyczny zaangażowała się istniejąca od roku fundacja „OKO”. Organizacja ta ostatnio przekazała szpitalowi lampę szczelinową wartą ponad 100 milionów złotych, która stanowi integralną część aparatury laserowej, otrzymywanej właśnie w darze od Amerykanów. Przekazanie tych urządzeń szpitalowi działacze uznają za pierwszy sukces obydwu fundacji, wróżący dalszą pomyślną współpracę”.

SZLACHETNE ZDROWIE... cytatem z Kochanowskiego *Dziennik Bałtycki* (28.06) informuje o zatrważającej statystyce. Czytamy:

„Stan zdrowia Polaków pogarsza się dramatycznie. Według ustaleń Banku Światowego pod względem stanu zdrowotności Polska, wśród 27 państw Europy, w roku 1980 znajdowała się na 20 miejscu, a w dziesięć lat później - aż na 26 (przedostatnim!)”.

I dalej: „W kraju rodzi się coraz mniej dzieci, coraz więcej osób umiera. W latach 80. na 100 urodzeń przypadało ok. 50 zgonów, w r. 1992 ich liczba zwiększyła się do 76. Mężczyźni w Polsce żyją przeciętnie 64 lata, kobiety - 70, podczas gdy na zachodzie Europy o 7-8 lat dłużej”.

„Nieracjonalnie się odżywiamy: podstawą diety przeciętnego Polaka jest w dalszym ciągu, mimo przestróg żywieniowców, białe pieczywo, cukier, tłuszcz. Za mało jemy owoców i warzyw.

Mimo dostępności, a nawet wręcz nadmiaru środków czystości na rynku, w dalszym ciągu bardzo niski jest poziom higieny sanitarnej. Nic więc dziwnego, że choroby zakaźne, pasożytnicze, odzwierzęce, ogólnie - tzw. choroby „brudnych rąk” są w Polsce powszechne...

Ludzie... jeśli myślą o zdrowiu to w dalszym ciągu wyłącznie w kategoriach: drogie leki, źle wyposażone placówki medyczne, niedouczony, lekceważący chorego personel... Niewłaściwi d e c y d e n c i (podkr. DB), bo nie „dają”, nie „zapewniają”, ostatnio nawet coraz częściej „odbierają”...

O tempora, o mores!

„LAPAROSKOP ZAMIAST SKALPELA” - informuje *Dziennik Bałtycki* (Nr 149, 29.06). Czytamy:

„W ciągu trzech lat - stwierdził nie bez dumy prof. Zdzisław Wajda - w stu polskich szpitalach zaczęto stosować przy operacjach metodę laparoskopową. W dziedzinie tej nastąpił i następuje nadzwyczajny rozwój. Byliśmy daleko w tyle, dzisiaj dorównujemy światowym standardom.”

I dalej:

„W sanatorium MSW w Sopocie odbyło się Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe na temat metod operacyjnych w chirurgii laparoskopowej. Organizatorami dwudniowego zjazdu 150 chirurgów z całego kraju były II Katedra i Klinika Chirurgii Akademii Medycznej w Gdańsku, Uniwersytet w Ankonie oraz firma Ethicon-Poland.

Laparoskop robi w medycynie oszałamiającą karierę. Metoda jest prawie bezinwazyjna. Polega na usuwaniu m.in. kamieni, przepuklin pachwinowych, woreczków żółciowych bez cięcia skalpelem. ...Operacja trwa zaledwie 40 minut, nie wymaga głębokiej narkozy, pacjent już po tygodniu wraca do pełni sił. Z ekonomicznego punktu widzenia - same zalety, gdyby nie podstawowa wada: na razie sprzęt do tego typu operacji jest bardzo drogi. Jednak, mimo szpitalnej biedy, dziedziną się rozwija i ma przed sobą przyszłość” (Rita Krzyżaniak).

W KLESZCZACH PSYCHOZY - informuje *Głos Wybrzeża* (Nr 154, 5.07). A w nadtytuł: Wakacyjny chwyt reklamowy firm farmaceutycznych? W tekście zaś czytamy:

„Epidemia strachu przed kleszczami - jak twierdzą medyczne autorytety wytwór mass mediów - trwa. Nie ma jednak żadnych wskazań - dodają epidemiolodzy - by wprowadzać obowiązkowe szczepienia przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu. Wysoce prawdopodobne wydaje się, że jest to kolejny chwyt reklamowy firm farmaceutycznych, dla których Polska jest intratnym rynkiem zbytu”. To w preambule artykułu i drukiem „wytluszczonym”. Dalej zaś czytamy:

„... gdyby ktoś dał się jednak opętać epidemią strachu przed kleszczami... może sobie kupić szczepionkę w aptece za ok. 1200 tys. zł (trzy dawki) i zgłosić się np. do punktu szczepień przy Szpitalu Zakaźnym w Gdańsku...”. Dalej rzecz spokojnie wyjaśnia prof. Władysław Zielińska - kierująca Kliniką Chorób Zakaźnych AMG:

„... można i po dwóch dawkach szczepionki wyprawić się w białostockie lasy z poczuciem absolutnego bezpieczeństwa, ale będzie to gra pozorowana. Jeżeli już szczepić, choć powinno to dotyczyć głównie leśników w rejonach zagrożonych, to od jesieni, aby osiągnąć pełną odporność na początku przyszłego lata... O wiele bardziej ucieszyłabym się - mówi prof. Zielińska - gdyby dostępna była u nas szczepionka przeciw boreliozie, również roznoszonej przez kleszcze. Zachorowań na boreliozę jest o wiele, wiele więcej. Również i ta choroba nie jest szczególnie groźna...”. I stwierdzenie końcowe:

„Ta absurdałna fama, która krąży podawana z ust do ust, nie powinna zepsuć nam urlopu, gdyż nie jest prawdziwa”. (notowała: Jolanta Grodzka-Anzelewicz).

Bulwersujący tytuł w *Dzienniku Bałtyckim* (Nr 168, 21.06): **WIELCY KUPUJĄ SŁUŻBĘ ZDROWIA?** Dalej czytamy:

„Przedstawiciele Banku Handlowego w Warszawie S.A., Banku Gdańskiego S.A., Banku Rozwoju Eksportu S.A., Banku Inicjatyw Gospodarczych S.A., Rafinerii Gdańskiej S.A., starogardzkiego Polmosu i Agencji Rozwoju Pomorza Gdańskiego S.A. otrzymają ofertę wykupu długów służby zdrowia województwa gdańskiego.

O odbyło się już pierwsze spotkanie na ten temat z wojewodą gdańskim, Maciejem Płażyńskim.

Firmy te (nie licząc agencji) należą do najbogatszych w Polsce i na Wybrzeżu. Są też jednym z największych polskich podatników. Wykup długów służby zdrowia pozwoliłby im dokonać w Izbie Skarbowej tzw. kompensaty, czyli wzajemnego potrącenia wierzytelności. Firmy zapłaciłyby skarbowi państwa mniejszy podatek, zaś wierzyciele gdańskiej służby zdrowia otrzymaliby swoją należność.

Do operacji takiej doszło już w Gdańsku. Wówczas wielomiliardowy dług wobec Cefarmu skupił Bank

Gdański S.A.". Jeszcze trzy zdania z dalszej części artykułu:

„Gdańska firma Polish Business Offers ma opracować „profesjonalną ofertę wykupu długów trójmiejskiej służby zdrowia”. Zadłużenie wynosi obecnie 756 mld zł. 500 mld zł to tzw. zobowiązania wojewody, ponad 200 mld zł wynika z zadań zleconych gmin. W długów wojewody wliczone jest ok. 300 mld. zł zobowiązań wobec aptek”. (podkr. A.D.)

„... Zamiast płacić podatek, nabywca długu zanoszący urzędowi podatkowemu dług skarbu państwa, kupiony za kilkadziesiąt procent jego nominalnej wartości. Wierzyciel - w tym przypadku był to Cefarm - otrzymuje gotówkę.

Dla skarbu państwa takie rozliczenie jest czystym zyskiem. Urząd skarbowy zobowiązany jest, na podstawie art. 28 ustawy o zobowiązaniach podatkowych, dokonać tzw. kompensaty, czyli wzajemnego potrącenia wierzytelności. Wierzytelność wobec skarbu państwa musi być jednak bezsporna i wymagalna...”.

materiał zebrał i opracował:
dr n. farm. Aleksander Drygas

**Fundacja Rozwoju
Akademii Medycznej
w Gdańsku**

**Wielkopolski Bank
Kredytowy S.A.
Oddz. w Gdańsku**

351-809-506850-139-11

Dnia 24 lipca 1994 r. zmarła

**Prof. dr hab. n. przyr.
Maria Morzycka**

Emerytowany, wieloletni Kierownik
Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej
Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej
w Gdańsku.

Wspaniały Nauczyciel i Wychowawca młodzieży
akademickiej, który całe swoje 47-letnie życie
zawodowe związał z naszą Uczelnią.

Człowiek skromny, prawy i szlachetny,
ceniony naukowiec, którego prace naukowe z zakresu
wirusologii były wielokrotnie wyróżniane i nagradzane.



Anegdoty i sentencje prof. Sergiusza Schilling-Siengalewicza

Profesor Sergiusz Schilling-Siengalewicz z Akademią Medyczną w Gdańsku związany był tylko przez krótki okres swego życia, kiedy jako profesor medycyny sądowej Uniwersytetu Poznańskiego równolegle podjął się nauczania farmakologii w Gdańsku w latach 1947-49.

Zasłynął także z anegdot i powiedzeń, których kilka następnych - dzięki uprzejmości profesora Stefana Raszeji - zamieszczamy poniżej.

W czasie egzaminów

• Student pytany o maksymalną dawkę morfiny, którą można pacjentowi zapisać, podaje dawkę, którą można by zatruć co najmniej kilka osób. Profesor spokojnie pyta dalej studenta, czy zalecałby jej podanie przed czy po jedzeniu, na co uzyskuje odpowiedź: „po jedzeniu”. Profesor skomentował to: „słusznie, niech biedaczysko naje się przed śmiercią”.

• Profesor uważał, że egzamin z medycyny sądowej, zdawany z reguły jako ostatni po wszystkich egzaminach klinicznych, jest sprawdzianem „ogólnej inteligencji medycznej” i stąd rzadko „oblewał”, a u studenta najwyższej cenil jego błyskotliwość i poczucie humoru. Studenci twierdzili, że egzamin u Siengalewicza jest przyjemnością nawet wtedy, gdy się go nie zda.

Pewna studentka zapytana o dawkę środków przeciwczerwieniowych, po długim namyśle wymieniła - 8 gramów. „Nie znam takiej dawki - orzekł Profesor - dzieciom dajemy 4 gramy, a dorosłym 12 gramów”. Niespieszona studentka śpiesznie wyjaśniła, że myślała, iż Profesor pyta o dawkę dla podlotków.. Oczywiście, zdała egzamin z oceną b. dobrą, za poczucie humoru.

• „Od szczęścia, tak jak od nieszczęścia, apelacji nie ma” - powiedział Profesor, gdy pewnego dnia zgłosił się do niego zmarłony student, któremu Profesor przez pomyłkę wpisał do indeksu ocenę bardzo dobrą, mimo iż ten w ogóle tego egzaminu jeszcze nie zdawał. „To jakby kolega znalazł złoty zegarek na ulicy: nikt go panu nie zabierze i będzie się pan o niego martwił przez całe życie”.

• Młoda dama zachnęła się, gdy w czasie egzaminu Profesor zwrócił się do niej per Zosienko - „mnie jest na imię Zofia panie profesorze”. „Ależ drogie dziecko - wyjaśnił Profesor - po takiej godzinnej obustronnej kompromitacji możemy chyba sobie mówić po imieniu”. Studentka była bowiem bardzo słabo przygotowana. Co kompromitowało Profesora - nie wiadomo.

Sentencje

- Powaga jest cechą dyletantów, gdyż tylko dyletant tak jest pochłonięty tym, co czyni, że nie stać go na uśmiech.

- Urodzenie się człowieka jest zbrodnią, za którą zostaje on natychmiast skazany na karę śmierci. Co do wyroku, to jest on rzadko wykonywany natychmiast. Prośby o ulaskawienie są jednak zawsze odrzucane.

- Nie lubię jedzenia, bo psuje apetyt.

- Każda idylla wymaga antraktu.

- Trzy choroby dają pełnię życia: megalomania, kleptomania i erotomania.

- (w przenośni o kobietach) Wolę starą piękną wazę etruską niż nowy błyszczący nocnik.