

GAZETA GDAŃSK AMG

Grudzień 1994

Rok 4 nr 12 (48)



Hold trzech króli. Kwaterna tryptyku z kościoła św. Katarzyny, 1488 r. Muzeum Narodowe w Krakowie.
fol. Stanisław Jabłoński

*Pokój i nadzieja niech będą darem
Betlejemskiej Nocy*

Redakcja

W imieniu Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku i własnym pragnę przekazać słowa najwyższego uznania studentom, pielęgniarcom, zespołom lekarskim i służbom administracyjnym naszej Uczelni niosącym pomoc ofiarom tragedii, jaka wydarzyła się w Hali Stoczni Gdańskiej w dniu 24 listopada 1994 r.

To prawda, że naszym codziennym obowiązkiem jest niesienie pomocy. Jednak Wasze bezinteresowne oddanie, spontaniczne działanie podjęte dla dobra innych, dla ratowania życia i zdrowia ofiar katastrofy zasługują na najwyższe uznanie i słowa wielkiego podziękowania.

Rodziny ofiar i poszkodowanych proszę o przyjęcie wyrazów otuchy i szczerego współczucia.

Rektor Akademii Medycznej w Gdańsku
prof. dr hab. Zdzisław Wajda

Uchwała Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku z dnia 14 listopada 1994 r. w sprawie sytuacji w wyższym szkolnictwie medycznym

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku w całej rozciągłości podziela troskę rektorów Uczelni Polskich wyrażoną w „Oświadczeniu Rektorów Polskich Szkół Wyższych” z dnia 22 października br. o stan szkolnictwa wyższego w naszym kraju.

Specyfika akademii medycznych, które obok funkcji dydaktycznych i działalności naukowo-badawczej świadczą także wysoko specjalistyczne usługi medyczne, skłania Senat do zwrócenia uwagi na dramatyczną sytuację finansową państwowych szpitali klinicznych.

Bez zwiększenia dotacji budżetowej na działalność szpitali klinicznych akademie medyczne nie będą w stanie wypełniać swoich statutowych powinności. Niemożliwe stanie się także sprostanie oczekiwaniom społecznym związanym z postępem w medycynie.

Przewodniczący Senatu AMG
Rektor
prof. dr hab. Zdzisław Wajda

Medical University of Gdańsk

- tak brzmi nazwa naszej Uczelni w języku angielskim przyjęta Uchwałą Senatu AMG z dnia 14 listopada 1994 r.

Do naszych Wielce Szanownych Seniorów

Każdorazowo, kiedy przechodzą na emeryturę kolejni Profesorowie, przeżywamy to wszyscy głęboko. Jest to, niestety, fakt niezależny od nas. Od razu widzę puste miejsca w czasie kolejnych posiedzeń Rady Wydziału, odczuwam brak oparcia w niejednokrotnie ważnych sprawach Wydziału o opinie życzliwe najbardziej doświadczonych spośród nas. I tak, rok za rokiem, ubywa coraz więcej i z tym trudno mi się pogodzić.

Kiedy w imieniu Rady Wydziału i swoim własnym dziękuję odchodzącym na emeryturę za trud całego życia poświęcony Uczelni, nadrabiam miną zarówno ja, jak i żegnane Osoby. Przeżywamy to ciężko i z całego serca i niczym nie można złagodzić

tej chwili. Sądzę, że z tego właśnie powodu Profesorowie odchodzący na emeryturę nie życzą sobie oficjalnych pożegnań na posiedzeniu Rady Wydziału. Nieliczni tylko z Nich przychodzą później na posiedzenia Rady Wydziału, czują się niepotrzebni, tracą prawo do głosowania, ale przecież nie tracą naszego głębokiego szacunku, życzliwości i wielkiej sympatii. Wierzę, że takie odczucia mam nie tylko ja sama, ale i wszyscy członkowie Rady Wydziału. Nic bowiem nie może przekreślić naszych wspólnych, wieloletnich więzów.

Nie wiem, jakich słów użyć, by przekonać o tym wszystkich Tych, którzy wprowadzie z mocy ustawy musieli przerwać swoje dotychczasowe

obowiązki, ale nam, społeczności akademickiej, są nadal potrzebni. Potrzebni nie tylko z racji wieloletniego doświadczenia zawodowego i życiowego, ale także z racji więzi, których nie daje się i nie należałoby zrywać radykalnie.

Ośmielam się więc prosić Państwa w imieniu własnym i całej Rady Wydziału o dalszy aktywny udział w życiu Uczelni, o uczestnictwo w jej uroczystościach, o udział w posiedzeniach Rady Wydziału, o zrozumienie, że pozostają Państwo nierozłączną częścią naszej społeczności, częścią najlepszą, najserdeczniejszą.

prof. dr hab. Barbara Śmiechowska
Dziekan Wydziału Lekarskiego

UROCZYSTA KONFERENCJA ODDZIAŁU GDAŃSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW DZIECIĘCYCH



Dnia 22 października 1994 roku w Sali Białej Ratusza Głównomiejowego odbyła się uroczysta konferencja naukowa Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych z okazji uhonorowania Profesora Romualda Sztaby Medalem im. Jana Kossakowskiego w ramach obchodów Jubileuszu 50-lecia AMG.

Spotkanie to obecnością swoją zaszczylicili:

- Przedstawiciele Władz Uczelni - Prorektor ds. Klinicznych prof. Zbigniew Nowicki, Dziekan Wydziału Lekarskiego prof. Barbara Śmiechowska i Dziekan Międzyuczelnianego Wydziału Biotechnologii prof. Wiesław Makarewicz,
- Przewodniczący Nadzoru Krajowego ds. Chirurgii Dziecięcej prof. Kazimierz Łódziński,

- Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych Zygmunt H. Kaliciński,

- Członkowie Kapituły Medalu im. Jana Kossakowskiego - prof. Aleksander Wagner (Kierownik Kliniki Dziecięcej w Warszawie) i dr Andrzej Cedro (Klinika Chirurgii Dziecięcej Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie),

- Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej w Bydgoszczy prof. Olgierd Sarrazin,

- licznie przybyli Profesorowie naszej Uczelni - Stefan Raszeja, Eugeniusz Sienkowski, Edward Witek, Mirosława Narkiewicz, Maria Kamińska, Anna Balcerska, Tadeusz Korzon, Andrzej Kopacz, Jerzy Mielnik, Brunon Imieliński, Zbigniew Gruca, Jan Skokowski, Zygmunt Jonas, Adam Biliakiewicz, Józef Szczekot.

Przybyli także dawni pracownicy kliniki oraz ordynatorzy oddziałów chirurgii dziecięcej regionu Polski Północnej, jak i przedstawiciele ośrodków akademickich chirurgii dziecięcej z Wrocławia, Szczecina i Poznania.

DOKOŃCZENIE NA STR 12

W SPRAWIE USTAWY O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO

W nr 111 *Dziennika Ustaw R.P.* z dnia 20 października 1994 r. ukazała się Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 56 Ustawa wejdzie w życie po upływie trzech miesięcy od dnia ogłoszenia, to znaczy, że zacznie obowiązywać w dniu 20 stycznia 1995 r. Jest to doniosłe wydarzenie nie tylko dla psychiatrów i ich pacjentów, ale dla całego kraju. Jestem przekonany, że czytelnikom *Gazety AMG* należy się informacja na temat Ustawy i dlatego chętnie przystałem na propozycję Redakcji napisania w tej sprawie artykułu.

Wokół projektu Ustawy narosło w przeszłości wiele mitów, nieporozumień, a nawet przekłamań, których źródłem była przeważnie nieznamość realiów w psychiatrycznej opiece zdrowotnej w Polsce, a także kolejnych projektów Ustawy. Było ich bowiem kilka, a ich treść zmieniała się na przestrzeni ostatnich lat dość radykalnie. Czuję się upoważniony do zabrania głosu, gdyż problematyką tą interesowałem się od początku swojej działalności zawodowej, a ponadto w ostatnich latach uczestniczyłem w pracach legislacyjnych nad Ustawą jako ekspert z ramienia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej.

Do czasu uchwalenia przez Sejm ustawy w dniu 19 sierpnia 1994 r. Polska była jednym z nielicznych krajów europejskich, który nie posiadał regulacji prawnej ochrony zdrowia psychicznego.

Trudno było bowiem uważać za taką regulację akt niskiej rangi, jaki stanowiła Instrukcja Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 grudnia 1952 r. w sprawie przyjmowania i wypisywania chorych ze szpitali psychiatrycznych. Pozostawała ona jednak jedyną podstawą prawną działalności lekarzy w stosunku do psychicznie chorych, wymagających leczenia szpitalnego, zwłaszcza wbrew swojej woli.

Zabiegi i starania o ustawę psychiatryczną w Polsce mają już długą historię. Brak odpowiedniego ustawodawstwa psychiatrycznego odczuwano w chwili odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 r. Ustawy i przepisy odziedziczone po zaborcach, obowiązujące w różnych dzielnicach, były niedostateczne i przestarzałe, często w ogóle sprzeczne z ustawami i przepisami ogólnymi. Próby uchwalenia ustawy psychiatrycznej rozpoczęto prawie nazajutrz po założeniu w 1920 r. Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Niestety, wy-

silki te spełzły na niczym i utomne stosunki prawne nie uległy większej zmianie do 1939 r. O potrzebie ustawowej regulacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej zaczęto też mówić po zakończeniu II wojny światowej. Na kolejnych zjazdach naukowych psychiatrów polskich poruszano ten temat i wskazywano na pilną potrzebę opracowania ustawy.

Ustawa psychiatryczna miała wśród psychiatrów gorących zwolenników, do których piszący te słowa zawsze się zaliczał. Miała też przeciwników. Ci ostatni wysuwali różnego rodzaju kontrargumenty. Mówili o niepotrzebnym zbiurokratyzowaniu i sformalizowaniu trybu umieszczania chorych w szpitalu psychiatrycznym, o ryzyku powierzania sądom kontroli nad działalnością psychiatrycznych placówek leczniczych (zwłaszcza w warunkach państwa totalitarnego, w którym sądy podporządkowane były nadzorowi politycznemu monopartii), o potencjalnie negatywnych skutkach działania ustawy w sensie rozbudzania postaw roszczeniowych wśród pacjentów psychiatrycznych itd. Przeciwników można też było znaleźć wśród niektórych przedstawicieli prawa i mass mediów. Oczywiście całkowicie chybiony był zarzut, iż

„psychiatrom w głowie się przewróciło”

ponieważ wysuwają żądania ustawowego wzmocnienia swojej władzy nad chorymi. Kto zapozna się z tekstem Ustawy łatwo się przekona, że jest wprost przeciwnie. W istocie ogranicza ona władzę psychiatrów. Nie wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że do chwili jej uchwalenia psychiatrzy mieli wprost nieograniczone możliwości. Tylko ich uczciwości należy zawdzięczać fakt, że jedynie w sporadycznych sprawach lekarze tej specjalności byli pociągani do odpowiedzialności karnej czy dyscyplinarnej za nadużycie uprawnień wobec

psychicznie chorych. Nie było też działań w polskiej psychiatrii, które można by uznać za przejaw tzw. polityzacji psychiatrii. Niestety, mimo iż środowisko polskich psychiatrów było w swojej większości przychylne uchwaleniu ustawy psychiatrycznej, przeciwnicy dysponowali większymi możliwościami hamowania czy wręcz blokowania starań w tym zakresie.

W tym miejscu należy wyrazić słowa najwyższego uznania niestrudzonemu inicjatorowi i twórcy Ustawy prof. Stanisławowi Dąbrowskiemu, emerytowanemu dyrektorowi Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz byłemu przewodniczącemu Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie psychiatrii. Bez przesady można powiedzieć, że prof. Dąbrowski połowę swojego życia poświęcił walce o ustawę psychiatryczną. Nie zrażając się przeciwnościami przeredagował cierpliwie kolejne jej projekty wraz z zespołem lekarzy i prawników, wśród których na pierwszym miejscu stawiam prof. Leszka Kubickiego z Instytutu Państwa i Prawa PAN.

Jest niewątpliwie paradoksem, że to właśnie Polska, jako jeden z ostatnich krajów europejskich, dokonuje ostatecznej regulacji prawnej w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

**Z punktu widzenia historycznego
bowiem nasz kraj wiódł
onegdaj prym w humanitarnym
traktowaniu psychicznie chorych.**

W czasach, gdy zachodnia Europa stosowała ustawodawstwo, na którym opierały się procesy o czary, stanowiące hańbę cywilizacji europejskiej, w naszym kraju za panowania króla Zygmunta Starego wydano w 1529 roku tzw. statut litewski, w którym *expressis verbis* wzięto w obronę upośledzonych na umyśle traktując ich jak ludzi chorych bez śladów demonologii. Była to w zasadzie pierwsza polska ustawa psychiatryczna.

Przyspieszenie prac legislacyjnych nad projektem Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego było wynikiem nie tylko stałych wysiłków polskiego środowiska psychiatrycznego, członków Polskiego Towarzy-

stwa Psychiatrycznego oraz Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ale zostało niejako wymuszone na Polskę w związku z jej aspiracjami integracyjnymi z organizacjami i instytucjami europejskimi. Szczególną rolę odegrała uchwała Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych z dnia 17 grudnia 1991 r. pt. „Zasady ochrony psychicznie chorych i doskonalenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej” nawiązująca do postanowień Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka. Członkostwo naszego kraju w Radzie Europy obligowało do wprowadzenia w życie standardów europejskich w dziedzinie ochrony praw człowieka. Należy tutaj również ochrona praw człowieka psychicznie chorego.

Nie jest moim zamiarem szczegółowe omawianie kolejnych artykułów Ustawy. Byłaby to zresztą lektura nudna. Ograniczając mnie ponadto rozmiary naszej *Gazety*.

Wypunktuję poniżej zasadnicze problemy, które doczekały się w Ustawie uregulowania prawnego:

1. Ustawa określa jasno zakres pojęcia „osoby z zaburzeniami psychicznymi”, które obejmuje nie tylko chorych psychicznie i osoby upośledzone umysłowo, lecz także osoby wykazujące takie zakłócenia czynności psychicznych, które wymagają opieki zdrowotnej lub innych form opieki i pomocy (np. osoby dotknięte nerwicą).

2. Ustawa umożliwia działanie organizacji społecznych, kościołów i innych związków wyznaniowych, a także grup samopomocy pacjentów i ich rodzin, w zakresie ochrony zdrowia psychicznego.

3. Ustawa przewiduje szeroki zakres działań profilaktycznych na rzecz ochrony zdrowia psychicznego. Podejmowane one będą przede wszystkim wobec dzieci i młodzieży oraz osób starszych, a także osób znajdujących się w sytuacjach zagrożenia dla ich zdrowia psychicznego.

4. Wzrastająca systematycznie liczba osób korzystających rocznie z leczenia psychiatrycznego (liczba ta co roku powiększa się o około 1%) w placówkach ambulatoryjnych sprawia, że model organizacyjny psychiatrycznej opieki zdrowotnej winien być dostatecznie zróżnicowany w celu zapewnienia stosownej pomocy w każdej postaci i w każdym stadium

zaawansowania zaburzeń psychicznych. Ustawa narzuca zakładom podstawowej opieki zdrowotnej obowiązek udziału w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad osobami z zaburzeniami psychicznymi zgodnie ze współczesnymi zasadami organizacji psychiatrycznej.

5. W celu zabezpieczenia powszechnej dostępności świadczeń psychiatrycznych, Ustawa zobowiązuje wojewodów do organizowania na obszarze województwa zakładów psychiatrycznej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, odpowiednio do miejscowych potrzeb i zgodnie ze stosownymi wskaźnikami ustalonymi przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej i przez Ministra Pracy i Polityki Socjalnej. Aktualnie wielu wojewodów korzysta ze szpitali psychiatrycznych zlokalizowanych w sąsiednich województwach.

6. Ustawa zmierza do uregulowania zasad postępowania, które służą kształtowaniu właściwego klimatu zaufania między leczonymi a leczącymi, a ponadto odpowiedniej atmosfery zakładu leczniczego i opiekuńczego. Chodzi też o dążenie do zmniejszenia odrębności zasad obowiązujących w lecznictwie psychiatrycznym w stosunku do ogólnie stosowanych w opiece zdrowotnej. O ile pewne zasady postępowania są powszechnie akceptowane w medycynie ogólnej, o tyle w odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi mogą budzić wątpliwości i w praktyce nie zawsze są przestrzegane np. w szpitalach psychiatrycznych.

W szczególności chodzi o następujące reguły:

- a. zasada respektowania w procesie leczenia osobowości i indywidualnych potrzeb pacjenta z zaburzeniami psychicznymi. Nie należy przywracać stanu zdrowia „za wszelką cenę”;
- b. zasada niekontrolowanej swobody kontaktu osobistego oraz swobody korespondencji osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej;
- c. zasada swobody udzielania osobom leczonym w szpitalu psychiatrycznym przepustek;
- d. zasada niepodporządkowywania zajęć rehabilitacyjnych, np. terapii zajęciowej celom gospodarczym;
- e. zasada odpłatności prac wykonywanych przez osoby przeby-

wające w zakładach psychiatrycznej opieki zdrowotnej na rzecz tych zakładów.

7. Ustawa reguluje jednoznacznie kwestię stosowania przymusu bezpośredniego, określa sytuacje i okoliczności uzasadniające przymus bezpośredni, a także definiuje zakres dopuszczalnych form przymusu. Należy pamiętać, że częstość przymusu bezpośredniego w formie krępowania i izolacji waha się w piśmiennictwie światowym od 3,6% do 66% pacjentów różnych zakładów psychiatrycznych (przegląd piśmiennictwa dokonany przez R. Rutkowskiego w 1992 r.).

8. Centralnym zagadnieniem prawnej regulacji leczenia psychiatrycznego są niewątpliwie przepisy dotyczące umieszczania w szpitalu psychiatrycznym bez zgody osoby przyjmowanej.

Ustawa określa w tym zakresie dwa odrębne tryby postępowania:

I. **Natychmiastowe przyjęcie**, które ustawodawca dopuszcza, gdy z powodu choroby psychicznej powstaje rzeczywiste, bezpośrednie zagrożenie szczególnie cennych dóbr pacjenta lub otoczenia. Muszą wówczas występować równocześnie następujące warunki: pacjent wykazuje objawy choroby psychicznej, w zachowaniu pacjenta występują jednocześnie konkretne przejawy wskazujące na to, że zagraża on bezpośrednio własnemu życiu, albo życiu lub zdrowiu innych osób; zagrożenie dla wskazanych dóbr ze strony pacjenta wynikać musi z powodu występującej u niego choroby psychicznej.

O przyjęciu do szpitala postanawia lekarz psychiatra po zasięgnięciu, w miarę możliwości, opinii drugiego lekarza lub psychologa. Przyjęcie jest natychmiast wykonalne, wymaga jednak zatwierdzenia przez kierownika zakładu w ciągu 48 godzin. O przyjęciu pacjenta do szpitala bez jego zgody zawiadamia się w ciągu 72 godzin sąd opiekuńczy, który wszczyna postępowanie.

II. Według drugiego trybu - **przymusowe przyjęcie pacjenta do szpitala psychiatrycznego** może nastąpić na podstawie poprzedzającego prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego na wniosek przedstawiciela ustawowego tej osoby, jej małżonka, krewnych w linii prostej, roduństwa lub osoby sprawującej bezpośrednią pieczę, a także gminy

bądź organu administracji rządowej.

W tym trybie do szpitala psychiatrycznego może być przyjęta bez swej zgody osoba psychicznie chora:

- 1) której dotychczasowe zachowanie wskazuje w sposób oczywisty na to, że nieumieszczenie jej w szpitalu psychiatrycznym spowoduje w bliskiej przyszłości istotne zagrożenie dla życia tej osoby, albo życia lub zdrowia innych osób
- 2) która jest niezdolna do samodzielnego zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych, a uzasadnione jest przewidywanie, że pobyt w szpitalu psychiatrycznym przyniesie poprawę stanu zdrowia.

Powierzenie sądom orzecznictwa w sprawach z zakresu leczenia psychiatrycznego bez zgody pacjenta, jest konsekwencją zasad konstytucyjnych oraz konwencji międzynarodowych i poszanowania praw obywatelskich. Każda bowiem forma ograniczenia swobody osobistej, podejmowana nawet w celach leczniczych, powinna podlegać ocenie niezależnego sądu. Takie rozwiązania zwiększają poczucie gwarancji ochrony praw obywatelskich.

9. Ustawa zawiera też przepisy dotyczące postępowania o wypisaniu pacjenta ze szpitala. Zobowiązuje ona przede wszystkim kierownika szpitala do podjęcia takiej decyzji w sytuacji, gdy ustaną przyczyny przyjęcia pacjenta bez jego zgody. Osoba umieszczona bez jej zgody, jak również jej przedstawiciel ustawowy i osoby najbliższe, mogą żądać wypisania ze szpitala, jednakże nie wcześniej niż po upływie 30 dni od uprawomocnienia się postanowienia o umieszczeniu. Od decyzji odmownej służy odwołanie do sądu opiekuńczego.

10. Przepisy Ustawy regulują tryb przyjmowania osób z zaburzeniami psychicznymi do domów pomocy społecznej. Przyjęcia są w zasadzie dobrowolne, ale Ustawa dopuszcza możliwość zastosowania przepisów o umieszczeniu bez zgody w szpitalu psychiatrycznym. Decyzję podejmuje sąd opiekuńczy na wniosek gminy bądź organu administracji rządowej w stosunku do osoby, która wymaga opieki ze względu na stan bezradności.

11. Ustawa nakłada na zakład pracy obowiązek ponownego zatrudnienia pracownika, z którym rozwiązano umowę o pracę z powodu niezdolno-

ści do pracy wywołanej chorobą psychiczną, jeżeli ta niezdolność ustała.

12. Świadczenie zdrowotne udzielane osobom chorym psychicznie lub upośledzonym umysłowo przez publiczne zakłady psychiatrycznej opieki zdrowotnej są bezpłatne.

Jednym z argumentów, który wyhamowywał prace nad Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego był zarzut, iż budżet państwa nie wytrzyma obciążeń finansowych z niej wynikających.

Szczegółowa analiza przeprowadzona przez Komisję Międzyresortową, nadzorowaną przez Ministerstwo Sprawiedliwości wykazała, iż obawy te były przesadne. Liczba osób przyjmowanych do szpitali psychiatrycznych w ostatnich latach kształtuje się w granicach około 142 tys. rocznie. Z tej liczby 8% przyjęto przymusowo na zlecenie organów ścigania, sądu i wojska. Z pozostałej liczby 130 tys. pacjentów około 15% stanowią przyjęcia przymusowe. Można założyć, że roczny wpływ spraw wnioskowanych o umieszczenie w szpitalu psychiatrycznym będzie stanowić 10% wniosków o natychmiastowe umieszczenie, tj. około 1200 spraw, natomiast problemy dotyczące odmowy wypisania ze szpitala - będą przedmiotem 50% ilości spraw, w których pobyt w szpitalu nastąpił na podstawie orzeczenia sądowego - tj. około 6000 spraw rocznie. Uwzględniając napływ innych wniosków (np. umieszczenie i wypisanie z domu pomocy społecznej) można przyjąć, iż do sądów rodzinnych wpłynie rocznie około 25 tys. spraw rozpoznawanych na podstawie Ustawy. Taki wpływ uzasadniałby zwiększenie obsady sędziowskiej w sądach o 70 etatów, rodzinnych kuratorów zawodowych o 35 etatów i obsady administracyjnej o około 140 etatów. Łącznie przewidywane skutki finansowe Ustawy, dotyczące resortu sprawiedliwości, wynoszą około 40000 mln zł rocznie.

Do czasu wejścia w życie przepisów Ustawy resorty: Zdrowia i Opieki Społecznej, Pracy i Polityki Społecznej, Sprawiedliwości i Edukacji Narodowej przygotują odpowiednie zarządzenia wykonawcze kompatybilne z Ustawą o ochronie zdrowia psychicznego. Czas pokaże, czy Ustawa spełni założone w niej cele i zda egzamin życiowy.

REZYDENTURY'94

czyli o rekrutacji na szkolenie lekarzy rodzinnych

W dniach 24-25 października odbył się nabór na 3-letni cykl szkolenia w zakresie medycyny rodzinnej trybem rezydenckim. Szkolenie przeznaczone jest dla lekarzy z ukończonym stażem podyplomowym.

W roku 1994/95 rozpoczyna naukę z medycyny rodzinnej kolejna dwunastka rezydentów - tyle bowiem etatów szkoleniowych przyznało MZIOS.

Należy podkreślić, że wzrasta zainteresowanie nową specjalizacją medycyny; złożono 30 formularzy, do egzaminu przystąpiło 20 kandydatów.

Decyzją kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej, prof. dr. hab. Marika Hebanowskiego oraz zespołu, poza testem z szerokiej interny, zawierającym 100 pytań, z każdym kandydatem przeprowadzono rozmowę. Ze względu na eksperymentalny charakter rozmowy, potrzebę jej wystandaryzowania, o przyjęciu na szkolenie tym razem decydował wynik testu.

Rozmowy wstępne pozwoliły na ocenę zainteresowań i stopnia dojrzałości do specjalizacji, umiejętności nawiązywania kontaktu i obcowania z drugim człowiekiem. Wydaje się konieczne uwzględnienie w roku przyszłym rozmowy jako jednej z form postępowania kwalifikacyjnego i przyznania jej decydującej roli wśród kryteriów wyboru. Jest to istotne w sytuacji, kiedy dużo mówi się o dehumanizacji kształcenia, gdzie m.in. poprzez ujednolicenie egzaminów przez testy, eliminuje się osobowość kandydata.

Tymczasem dla tegorocznej „szczęśliwej dwunastki” już od 22 listopada rozpoczął się indywidualny tok szkolenia, czas pracy z internistą, pediatrą, chirurgiem i innymi specjalistami.

Koordinator szkolenia lekarzy rodzinnych trybem rezydenckim
mgr Barbara Trzeciak

prof. dr hab. Adam Bilikiewicz

Komentarz do artykułu prof. M. Hebanowskiego „Próby humanizacji procesu nauczania...”

Z obowiązku pełnionej funkcji dziekana uważam za celowe poczynić pewne sprostowania niektórych informacji, które pojawiły się w artykule prof. M. Hebanowskiego „Próby humanizacji procesu nauczania na Wydziale Lekarskim AM w Gdańsku” w ostatnim (11) numerze *Gazety AMG*.

Może naprzód stwierdzenie ogólne: humanizacja nauczania na Wydziale Lekarskim nie może ograniczać się jedynie do wymienionych w tym artykule i wykładanych w Uczelni przedmiotów, ujętych w zamieszczonej tabeli. Cale bowiem nauczanie medycyny jest działaniem dla człowieka. Prof. Jan Nielubowicz (*Gazeta Lekarska* 1994/4) uważa, że „humanizmem w medycynie można nazwać postawę moralną lekarza, wyrażającą się jak najlepszym leczeniem, jak też poszanowaniem godności, wolności i odczuć chorego. Jest to postawa moralna, biorąca swój początek w poczuciu braterstwa ludzkiego w tym, co w najwyższym swym wymiarze określa się mianem miłosierdzia”. Uważam, że całe studia medyczne winny być przesiąknięte taką nauką.

W umieszczonej w artykule tabeli nie wymieniono wykładów z deontologii, prowadzonych dla studentów ostatnich lat studiów obu kierunków przez Katedrę Medycyny Sądowej. Nie podano liczby godzin zajęć prowadzonych przez Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej.

Wspomniana na początku artykułu prof. Hebanowskiego Wydziałowa Komisja Planów i Programu Studiów została powołana m.in. dla prac nad zmianą planów studiów. Głównym celem tych zmian nie była ogólnie modernizacja planów, jak podano w artykule, ale doprowadzenie do porównywalności naszych studiów ze studiami lekarskimi w uczelniach zachodnioeuropejskich. Zmiany w planach studiów obu kierunków Wydziału Lekarskiego, wprowadzone ostatecznie w roku 1992/93 sprostowały temu zadaniu. Uzyskaliśmy porównywalność liczby godzin z poszczególnych przedmiotów oraz lat studiów, na których są nauczane, z planami uczelni europejskich (m.in. Włochy,

Francja, Belgia, Hiszpania). Było to ważne m.in. ze względu na zwiększające się możliwości odbywania części studiów przez naszych studentów w uczelniach zagranicznych. Sprawdzianem stała się współpraca w ramach programu TEMPUS z Uniwersytetem w Neapolu. Porównywalny przebieg studiów jest konieczny do starań o podjęcie pracy za granicą przez naszych absolwentów. Powyższe jest istotne przy podejmowaniu decyzji o uznaniu wzajemnym dyplomów lekarskich w Europie.

Nie zgadzam się z prof. Hebanowskim, że „autonomia uczelni nie została przez nas w pełni wykorzystana”. Nie byliśmy w niczym ograniczeni modyfikując nasze plany studiów. Nie istnieje obecnie żaden ramowy plan i program studiów, który obowiązywałby wszystkie akademie medyczne. Wszystkie zmiany wprowadzone do nowych planów spotkały się z pełnym zrozumieniem, a jeśli pojawiały się jakiegokolwiek opory, np. przed zwiększeniem liczby godzin z danego przedmiotu, to wynikały one jedynie z braku odpowiedniej liczby nauczycieli akademickich, niezbędnych do wykonania zwiększonych zadań. Nie znane mi są fakty oczekiwania na „dyrektywy z góry”. Nic mi nie wiadomo, by resort zdrowia zapowiadał opracowanie własnych programów i planów studiów, które miałyby być obowiązujące we wszystkich akademiach. Ostatnie takie programy, już dawno nieaktualne, pochodzą z lat siedemdziesiątych. Nie wiem, jakie „gremia tworzone przez osoby często niekompetentne” miał na myśli prof. Hebanowski. Wiem, że z inicjatywy Rektora AM w Lublinie są organizowane w Nałęczowie spotkania prorektorów ds. dydaktyki i dziekanów, w których także uczestniczę. Spotkania te służą wymianie doświadczeń. Ustalone tam zostały jedynie minima godzinowe z poszczególnych przedmiotów oraz opracowywane są propozycje programowe dla każdego przedmiotu przez przedstawicieli dyscyplin z różnych akademii i później konsultowane we wszystkich pozostałych. Są to jedynie propozycje programów, bardzo zresz-

tą cenne w wielu przypadkach. Podobnym celom służą przygotowane przez CMKP opracowania, np.: „Cele Medycyny 2000”, które możemy wziąć pod uwagę porównując nasze programy nauczania.

Wymiana doświadczeń w nauczaniu poszczególnych przedmiotów odbywa się również poprzez towarzystwa naukowe. Często zwracają się one do władz uczelni ze swoimi uwagami i propozycjami, dotyczącymi zarówno planów jak i programów nauczania. Myślę, że do pewnych uzupełnień naszych programów mogą nas jedynie zmusić w przyszłości wymagania planowanego egzaminu ogólnopaństwowego dla absolwentów medycyny.

Nie zgadzam się z Autorem artykułu, że „patrząc z perspektywy roku 1994 nie udało nam się uzyskać zmian w programach nauczania”. Programy nauczania już opracowano i są one w ostatnim stadium przygotowania do druku. Była to praca ogromna. Pierwsze wydanie tych programów, być może, nie będzie wolne od różnych niedociągnięć, ale będzie to pierwszy zbiór programów nauczania, opracowanych przez naszą Uczelnię, szeroko dostępny zarówno dla nauczających jak i studentów. Poddany uwagom krytycznym będzie, mam nadzieję, podstawą do wszelkich modyfikacji, uzupełnień, z możliwościami podejmowania integracji poziomej i pionowej, o których wspomina prof. Hebanowski.

W ostatnim etapie przygotowania do druku jest też wykaz umiejętności praktycznych, nabywanych przez studentów w czasie studiów, a egzekwowanych przed uzyskaniem dyplomu. Będzie to obowiązywało już studentów obecnego I roku. O czym zresztą informowałam Radę Wydziału w roku ubiegłym. Nie może być więc mowy o tym, że nadal jest to „sprawa otwarta”.

Wysoko oceniam pracę Zespołu ds. humanizacji studiów lekarskich i wkład pracy prof. Hebanowskiego i prof. Bilikiewicza. Na wniosek tego Zespołu RW przyjęła propozycję rozmieszczenia odpowiednich przedmiotów na wszystkich latach studiów.

Mam wątpliwości jednak, czy do zaistnienia oczekiwanej integracji poziomej wystarczy fakt umieszczenia odpowiednich przedmiotów na tym samym roku studiów, np. wspomniana w artykule integracja pozioma fizjologii i biochemii z psychologią na II roku studiów.

Wśród jednostek dydaktycznych realizujących program humanizacji (str. 11 artykułu) nie wymieniono Katedry Medycyny Sądowej i Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, umieszczono natomiast „niedawno powstały” Zespół ds. Nauczania Medycyny Katastrof. Zespół taki nie był nigdy powołany. Medycyna Katastrof jest wydzielonym przedmiotem i jest do chwili obecnej nauczana przez nauczycieli akademickich wielu Klinik i Zakładów Wydziału Lekarskiego i Wydziału Farmaceutycznego. Nauczanie koordynowane jest przez prof. Cz. Barana. Jest to przedmiot, jedyny zresztą, narzucony przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Zdrowotnej, w miejsce zlikwidowanej w roku 1992 Medycyny Wojskowej. Wyrażam ogromną wdzięczność wszystkim zaangażowanym w nauczanie tego przedmiotu, bo było to dla nich dodatkowe obciążenie. Dla uzupełnienia tej informacji podaję, że Rada Wydziału Lekarskiego i Senat Uczelni powołały w ostatnich dniach Zakład Medycyny Katastrof, który przejmie na siebie obowiązek koordynowania i organizowania zajęć z tego przedmiotu. Zakład ten w dalszym ciągu będzie korzystał z pomocy wykładowców biorących dotychczas udział w tym nauczaniu. Jest to przedmiot wielospecjalistyczny, o dużym znaczeniu, możliwy do nauczania jedynie przy udziale przedstawicieli wielu dyscyplin.

Na koniec jeszcze jedna nieścisłość, która wkradła się do artykułu prof. Hebanowskiego. Nie zwiększono godzin z psychologii i socjologii, nie istnieje odrębnie socjologia i socjologia medycyny.

Mam nadzieję, że prof. Hebanowski nie weźmie mi za złe przedstawionych powyżej uwag i że uwagi te nie umniejszą w żaden sposób osiągnięć kierowanej przez prof. Hebanowskiego Komisji w latach 1991-1993.

prof. dr hab. Barbara Śmiechowska
Dziekan Wydziału Lekarskiego



Eugeniusz Biadała, Eugeniusz Sieńkowski

CHOLERA W GDAŃSKU w 1831 roku

Choroba zwana cholerą znana była od dawien dawna. Jej kolebką są Indie, gdzie grasowała wielokrotnie. W Europie po raz pierwszy pojawiła się w początkach XIX wieku. Do Polski dotarła w 1831 r., przeniesiona z Rosji przez wojska wysłane do stłumienia powstania listopadowego.

Gdańsk w 1831 r. to miasto pod zaborem pruskim, liczące około 62 tys. mieszkańców, siedziba regencji. W skład regencji wchodziło miasto Gdańsk oraz powiaty: gdański, elbląski, wejherowski, kartuski, starogardzki, malborski. Obszar regencji zajmował przeszło 1000 km² i liczył blisko 330 tys. ludności. Miasto otoczone wysokimi murami i fosami, mimo ostрых przepisów sanitarnych, nie „grzeszyło” czystością. Przyczyną była gęsta zabudowa, brak wodociągów (wodę pito z Raduni), brak kanalizacji oraz nieprzestrzeganie czystości przez mieszkańców. Dopiero w 1869 r. założono wodociągi, a w dwa lata później kanalizację. W mieście było 25 lekarzy, 15 chirurgów oraz 11 aptek. 10 lekarzy przybyło do pomocy po wybuchu epidemii (z Rosji, Anglii, Danii i Niemiec). Funkcjonował szpital cywilny, tzw. Lazaret Miejski oraz dwa lazarety wojskowe.

Epidemia w Gdańsku zaczęła się 27 maja 1831 r. i trwała do 19 października tegoż roku. Pierwszymi, którzy zachorowali, byli robotnicy Nowe-

go Portu, mieszkający w pobliskich wioskach. Niebawem zaczęły się zachorowania wśród mieszkańców Starego Miasta, w dzielnicy Zaroślak oraz ulic leżących u podnóża Biskupiej Górki; były to dzielnice, w których zaraza uczyniła największe spustoszenie. Dziennie przybywało od kilku do kilkunastu chorych, osiągając liczbę 30 dziennie na przełomie czerwca i lipca oraz lipca i sierpnia. Równolegle do tego wzrastała też śmiertelność waha- jąca się w granicach 70-80% chorych. W wyniku epidemii zachorowało 1447 osób, zmarło 1056, co daje prawie 73% śmiertelności. W całej regencji gdańskiej zachorowały 5704 osoby, a zmarło 3701 (śmiertelność 64,8%).

31 maja w mieście powstała Komisja Sanitarna do zwalczania zarazy. Wydano szereg zarządzeń, w wyniku których życie w mieście zamarło. Zamknięto teatry, szkoły i lokale taneczne. Odwołano targi, jarmarki i odpusty. Ograniczono handel i podróżowanie. Na wyspie Ostrów założono szpital i cmentarz dla zmarłych. Wojsko dla leczenia żołnierzy chorych na cholere przeznaczyło jeden ze swoich lazaretów. Każdy dom, w którym był chory, izolowano na 20 dni i oznaczano małym krzyżem na drzwiach wejściowych lub wiechem słomy na kiju, a ponadto dom był pilnowany przez strażnika uzbrojonego w pałkę (zob. rysunek powyżej).

► Miasto oddzielono 150 km wojskowym kordonem sanitarnym od reszty kraju. Strzegło go 20 tys. żołnierzy, którzy mieli rozkaz strzelania do ludzi usiłujących go nielegalnie przekraczać. Wyznaczono miejsca, gdzie urządzono zakłady kwarantannowe i dezynfekcyjne. Obowiązywała 20-dniowa kwarantanna i dezynfekcja odzieży i bagaży. Dla przybywających morzem, zakłady takie otwarto w Brzeźnie i Nowym Porcie. Wprowadzono też dezynfekcję listów i pieniędzy przesyłanych pocztą. Listy przekłuwano wielokrotnie ręcznie lub prostym urządzeniem i poddawano działaniu par siarki i octu. Tak odkażone opatrywano specjalnym stemplem.

Ścisłe ograniczenie kontaktów ze światem zewnętrznym spowodowało głód i wzrost cen żywności. By temu zaradzić urządzono w kilku miejscach kordonu tzw. tamownie. Były to trzyizbowe szopy, w których w części środkowej odkażano pieniądze kupujących, a na długich łopatach podawano je sprzedającym artykuły żywnościowe.

Komisja Sanitarna podzieliła Gdańsk na obwody, opiekę nad którymi przydzielono poszczególnym lekarzom lub chirurgom. Lekarz doglądający chorych ubrany był w specjalny płaszcz z kapturem osłaniającym twarz i głowę. Wielu lekarzy przy badaniu paliło fajkę, wierząc, że dym oczyszcza powietrze, niektórzy w ogóle nie dotykali chorego stawiając rozpoznanie na odległość. Chorych zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego przewożono zakrytym wozem, a następnie promem do szpitala na wyspę Ostrów. Na ogół chorzy do szpitala szli niechętnie.

Zwłoki wywożono na cmentarz zlokalizowany na wyspie Ostrów, gdzie

Nr obw.	Obwód (powiat)	pozostaje chorych	nowych zachorowań	ozdrowieńców	zmarło	Ogółem		
						zachorowało	z tej ilości zmarło	wyzdr.
I	Gdańsk-miasto	-	-	-	-	1450	1057	393
II	Gdańsk-powiat					900	546	354
III	powiat Elbląg	-	5	-	-	629	399	230
IV	powiat Kartuzy	-	-	-	-	122	69	53
V	powiat Wejherowo	-	-	-	-	765	483	282
VI	powiat Starogard	6	18	14	10	1041	656	385
VII	powiat Malbork	3	17	9	11	417	273	144
VIII	powiat Kościerzyna	3	-	3	-	365	205	160
IX	Zakłady kontumacyjne	-	-	-	-	15	13	2
Ogółem		-	-	-	-	5704	3701	2003

Zachorowalność i zgony w całej regencji gdańskiej

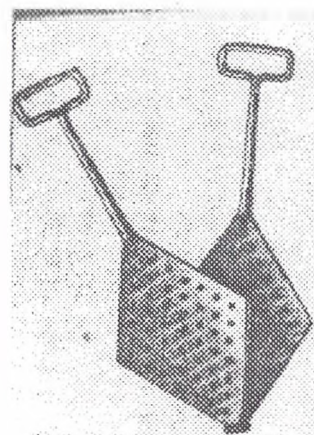
grzebano je we wspólnym grobie bez żadnych uroczystości. Zabieranie zwłok i ich transport budził grozę. Grabarze hakami wyciągali trupy z domów i ładowali na wóz. Będąc zwykle pod wpływem alkoholu zachowywali się często nieprzystojnie, co wywoływało oburzenie ludności. Szpital i cmentarz stały się szybko postrachem ludności tak, że i wyspę Ostrów trzeba było wkrótce otoczyć wojskiem.

25 sierpnia zlikwidowano kordon sanitarny wokół miasta, który i tak nie spełniał swego zadania. We wrześniu epidemia wyraźnie zmalała, a od 20 października nie było już nowych zachorowań. W powiecie gdańskim epidemia trwała dłużej i wygasła dopiero 10 listopada, zabierając 546 ofiar.

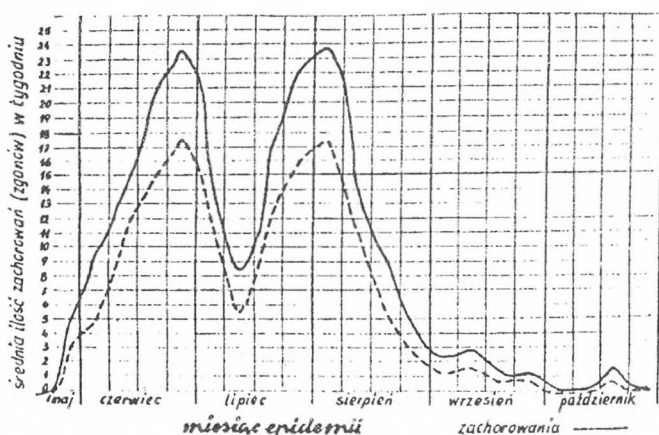
Leczenie cholery stanowiło poważny problem. Nie znano przyczyny jej powstania, więc leczono na oślep. Większość lekarzy zalecała opium, kalomel, wymiotnicę, które to środki miały usuwać z ustroju „jady chorobotwórcze”. To samo chciano uzyskać herbatami napotnymi lub często jeszcze stosowanymi upustami krwi. Polecano też ogrzewanie ciała kompresami, okładami, nacieraniem, a także kąpielami, do których stosowano różne urządzenia. Zalecano na przykład kąpiele w parach octu, w wodzie z solą lub z dodatkiem ziół. Stosowano również leczenie homeopatyczne arzenikiem lub ciemniernikiem białym. Do picia podawa-

no kwas ogórkowy, sok z kiszzonej kapusty lub buraków. Próbowano też koproterapii zalecając picie wywaru z gotowanego nawozu krowiego. Stosowano również amulety.

Ludność Gdańska doceniała trud i poświęcenie lekarzy i wszystkich zaangażowanych w zwalczanie epide-



Przyrząd do dezynfekcji listów, tzw. „rastel”



Krzywe średniej tygodniowej zachorowalności i zgonów w czasie epidemii cholery w Gdańsku w 1831 r.

mii. Mimo trudności ekonomicznych i zubożenia miasta, wyraziła im uznanie fundując piękne i drogie puchary zapoatrzone stosownymi dedykacjami.

Medycyna długo jeszcze była wobec cholery bezradna. Gdańsk i Europę nawiedzała ona w XIX wieku jeszcze wielokrotnie. Dopiero wykrzyk przez Roberta Kocha jej przyczyny - przecinkowca cholery (1883) i wprowadzenie w miastach wodociągów i kanalizacji, a w medycynie zastosowanie antybiotyków, zahamowało jej postęp, chociaż, jak widzimy ostatnio, nie zdołano jej zniszczyć zupełnie. Powróciła i stanowi jeszcze jedno ostrzeżenie o dramatycznych skutkach spowodowanych zaburzeniami równowagi ekologicznej. □

Władysława Zielińska

1 grudnia - Światowy Dzień Walki z AIDS

Dzień 1 grudnia to Światowy Dzień Walki z AIDS - również dzień pamięci o tych, którzy już odeszli, o zmarłych na AIDS, których liczba, niestety, wzrasta.

Tego dnia na całym świecie odbywają się spotkania organizowane przez ludzi biorących czynny udział w pomocy zakażonym HIV i chorym na AIDS.

Celem spotkań, mających różne formy w różnych częściach świata, jest upowszechnianie wiedzy o samym wirusie, o drogach szerzenia się zakażenia, a przede wszystkim o zapobieganiu zakażeniu, o tym, jak chronić siebie i innych przed narastającym zagrożeniem, jak rozumnie zwalczać epidemię strachu!

Zespół Centrum Diagnostyczno-Klinicznego HIV/AIDS woj. gdańskiego przy Klinice Chorób Zakaźnych AMG dzień pamięci, 1 grudnia, poświęca dzieciom - ofiarom HIV!

Na konferencji zorganizowanej 1 grudnia 1994 r. o godz. 12.00 w sali im. Prof.

W. Bincera przedstawimy własne doświadczenia dotyczące najmłodszych pacjentów z HIV/AIDS, którzy trafiają do naszej Kliniki. Powiemy też o Domu, który wspólnym wysiłkiem udało się zorganizować - Domu małych ludzi, pozbawionych opieki sobie najbliższych - Domu, jakich są dziesiątki w naszym kraju, ale który pod jednym względem jest Domem wyjątkowym. Jest w nim miejsce również dla każdego dziecka seropozytywnego, dla każdego, które zetknęło się już z wirusem HIV!

Podjęliśmy się obowiązku opieki i wychowania dzieci pozbawionych opieki dorosłych bez względu na to, czy w ich surowicy są, czy też nie ma przeciwciał przeciw wirusowi HIV. Postanowiliśmy, że nie dopuścimy do żadnej segregacji, nie pozwolimy na stworzenie getta, zapewnimy jednakowe bezpieczeństwo, opiekę i miłość każdemu małemu mieszkańcowi tego Domu!

Personel Domu świadomie i z pełnym zrozumieniem przyjął zasadę: "wszyscy jesteście zakażeni!", bez dociekania kogo to dzisiaj naprawdę dotyczy. Bezpieczeństwo małych mieszkańców i personelu gwarantowane jest wiedzą dorosłych o drogach przekazywania zakażenia HIV, które zresztą są wspólne i dla innych dobrze znanych już wirusów, jak HBV, HCV.

Dzieci te nie wymagają żadnej formy izolacji! Mogą i muszą żyć i rozwijać się w normalnych warunkach, wśród zdrowych dzieci, pod opieką dorosłych. Wymagają tylko większej troski, opieki i miłości, należnych wszystkim dzieciom.

W konferencji, poza lekarzami, wezmą czynny udział studenci naszej Uczelni. W ich wykonaniu posłuchamy wierszy i muzyki, w których to formach ludzie na całym świecie zwykli wyrażać swoje uczucia radości i smutku.

Ale najpiękniejszym wydarzeniem będzie wystawa rysunków dzieci, mieszkańców Domu im. Janusza Korczaka i dzieci z nami zaprzyjaźnionych. Wystawa połączona będzie z aukcją obrazów, z której dochód przeznaczony jest w całości dla małych mieszkańców Domu im. J. Korczaka.

PROBLEMY ZWIĄZANE Z ZAKAŻENIEM HIV U DZIECI

referat przygotowany na konferencję organizowaną w dniu 1 grudnia 1994 r. z okazji „Światowego dnia walki z AIDS” w Centrum Diagnostyczno-Klinicznym HIV/AIDS woj. gdańskiego przy Klinice Chorób Zakaźnych AMG

Liczba dzieci zakażonych HIV i chorych na AIDS ulega stałemu zwiększeniu. Według szacunkowych danych WHO na świecie jest ok. 1 - 2 mln dzieci zakażonych HIV. Około 1 000 000 spośród nich jest chorych na AIDS. W USA pierwsze przypadki dzieci chorych na AIDS zanotowano w 1982 r. Do końca 1991 r. w USA zarejestrowano 3 500 dzieci chorych na AIDS. Należy oczekiwać, że w związku z częstszym zakażeniem HIV u kobiet w wieku rozrodczym, szybko zwiększy się liczba zakażonych dzieci. W Polsce wśród 3150 zakażonych HIV (30.09.1994) jest 630 zakażonych kobiet (K/M=1/5). Zakażenie HIV potwierdzono dotąd u 11 dzieci (w tym u 5 chorych na hemofilię). Dalszych 50 dzieci jest podejrzanych o zakażenie HIV: są to dzieci, u których w surowicy stwierdzono obecność przeciwciał, ale dzieci te nie przekroczyły jeszcze 18 miesiąca życia (wg danych PZH - dr Szata).

Dziecko najczęściej ulega zakażeniu drogą wertykalną od zakażonej HIV matki:

- przez łożysko w okresie płodowym

- podczas porodu
- wkrótce po urodzeniu.

Ryzyko zakażenia okołoporodowego wynosi 30%. Jednakże tą drogą uległo zakażeniu 80% ogółu zakażonych dzieci.

Dziecko może ulec zakażeniu poprzez:

- przetoczenie zakażonej krwi i preparatów krwiopochodnych (np. przypadki chorych na hemofilię) - 13% zakażeń wśród dzieci
- zanieczyszczony HIV sprzęt medyczny
- drogą seksualną (gwałt dokonany na dziecku, prostytucja nieletnich)
- zanieczyszczone igły i strzykawki: narkomania nieletnich.

Rokowanie u dzieci zakażonych okołoporodowo jest bardzo poważne.

Okres bezobjawowego zakażenia trwa u nich krótko - w nielicznych tylko przypadkach dłużej niż 3 lata. U większości pełnoobjawowy AIDS rozwija się jeszcze przed ukończeniem pierwszego roku życia. Zgon następuje zwykle po pierwszej już infekcji oportunistycznej, często w

ciągu pierwszych trzech miesięcy życia. Ogółem 75% dzieci zakażonych okołoporodowo umiera z powodu AIDS jeszcze przed ukończeniem pierwszego roku życia. **U części dzieci, niezależnie od drogi, jaką nabyły zakażenie HIV, okres bezobjawowy zakażenia trwa 5-10 lat.** dotyczy to przede wszystkim dzieci zakażonych drogą krwi (przez przetoczenie zakażonej krwi i preparatów krwiopochodnych, przez używanie zanieczyszczonych igieł i strzykawek - małoletni narkomani), dzieci zakażonych drogą seksualną (zbrodnicze akty seksualne dokonywane na dzieciach przez osoby zakażone HIV, prostytucja nieletnich), dzieci zakażone okołoporodowo przez zakażone HIV matki (najmniej liczna grupa dzieci).

Rutynowa diagnostyka zakażeń HIV u dzieci, podobnie jak u dorosłych, oparta jest na stwierdzeniu w surowicy obecności przeciwciał anty-HIV (test przesiewowy Elisa, potwierdzany metodą Western Blot). Tylko u dzieci starszych, zakażonych w ciągu życia osobniczego przez przetoczenie zakażonej krwi i preparatów krwiopochodnych, drogą zanieczyszczonych wirusem

► igiet i strzykawek lub drogą seksualną, stwierdzenie przeciwciał anti-HIV jest, podobnie jak u dorosłych, jednoznaczne z potwierdzeniem zakażenia! **Stwierdzenie obecności przeciwciał u noworodka, niemowlęcia, małego dziecka urodzonego przez zakażoną HIV matkę do 18 miesiąca życia osobniczego dziecka nie jest równoznaczne z zakażeniem HIV danego dziecka!** W surowicy dziecka mogą być obecne przeciwciała anti-HIV, przekazane biernie dziecku, podobnie jak przekazywane są z krwią matki przeciwciała przeciw różnym chorobom zakaźnym przebyłym kiedyś przez matkę, np. przeciw odrze, różyczce itp. Wszystkie te przeciwciała utrzymują się zwykle przez okres pierwszych 12-18 miesięcy życia dziecka, po czym ilość ich (miano) stopniowo obniża się i wreszcie całkowicie zanikają. W przypadkach seropozytywnych dzieci urodzonych przez zakażone HIV matki, o zakażeniu urodzonego przez nią dziecka można wnosić dopiero po ukończeniu przez nie 18 miesiąca życia. Jeżeli przeciwciała w surowicy takiego dziecka są obecne, świadczyć to może o tym, że istotnie uległo ono zakażeniu wirusem HIV, przekazanym mu przez zakażoną matkę. Stać się to mogło w życiu płodowym, w trakcie porodu lub we wczesnym okresie jego życia osobniczego. Jest rzeczą szczególnie ważną wczesne i pewne ustalenie, czy seropozytywne dziecko, urodzone przez zakażoną HIV matkę jest czy nie jest zakażone HIV! Można to uzyskać przez zastosowanie czułych i swoistych metod diagnostycznych określających zakażenie HIV:

1. badanie obecności antygeny p-24
2. zastosowanie metody polimerazowej reakcji łańcuchowej (Polymerase Chain Reaction - PCR)
3. hodowlę wirusa.

Wczesne potwierdzenie zakażenia HIV u dziecka urodzonego przez zakażoną HIV matkę umożliwia wdrożenie leczenia już u niemowlęcia czy nawet noworodka, z nadzieją wydłużenia życia zakażonego i chorego dziecka, opóźnienie i złagodzenie objawów związanych z przebiegiem zakażenia HIV.

Wczesne potwierdzenie zakażenia u takiego dziecka daje podstawy wdrożenia postępowania zapobiegającego zakażeniom oportunistycznym oraz stosowania niezbędnej profilak-

tyki przeciw chorobom zakaźnym przez szczepienia ochronne odpowiednimi dla zakażonych HIV szczepionkami. **Szczepionki stosowane u dzieci zakażonych HIV powinny zawierać zarazki zabite.** Przeprowadzane są u nich szczepienia wg programu szerszego niż dla całej populacji dzieci. Są to szczepienia przeciw chorobie Heinego Medina (p/polio), odrze, różyczce, śwince, błonicy, tężcowi, kokluszowi, WZW t. B, grypie, zakażeniom pneumokokowym. Wykorzystywana jest możliwość uodpornienia biernego, przy użyciu immunoglobulin, gammaveniny i innych.

Wyniki amerykańskich, wieloosrodkowych badań nad zastosowaniem AZT w ciąży (program badań ACTG 076) wykazały, że **stosowanie AZT u zakażonych HIV kobiet w czasie ciąży i w okresie okołoporodowym zapobiegło dwu trzecim zakażeń płodu przez matkę.** 18 lutego 1994 r. amerykański komitet nadzorujący te badania zalecił zaniechanie dalszych badań ze stosowaniem placebo i doradza stosowanie tego leku (AZT) u wszystkich wyrażających na to zgodę zakażonych HIV ciężarnych już od 14 tygodnia ciąży.

Dziecko seropozytywne lub zakażone HIV musi być otoczone szczególnie troskliwą opieką lekarską. Podlegać powinno regularnie przeprowadzanym badaniom kontrolnym uwzględniającym m.in. badania monitorujące stan zakażenia HIV (badania układu immunologicznego - m.in. ocena liczby limfocytów CD4). Dzieci seropozytywne lub zakażone HIV wymagają szczególnej, wszechstronnej opieki. Są to często dzieci narkomanów, alkoholików, osób z marginesu społecznego. Bywają porzucane - stają się sierotami społecznymi. Dotyczy to również dzieci rodziców, którzy z powodu własnej, zaawansowanej choroby nie są w stanie zapewnić im odpowiedniej opieki. Problem dzieci zakażonych HIV jest zatem nie tylko natury medycznej, ale i społeczno-prawnej.

Nie potwierdzono dotychczas możliwości zakażenia innych dzieci czy ich opiekunów od dzieci zakażonych HIV w środowisku rodzinnym czy w Domu Dziecka. Zakażenie HIV nie przenosi się przez zwykłe kontakty rodzinne, przy całowaniu, tuleniu czy pielęgnacji zakażonego dziecka. Gryzienie, które tak często obserwuje się w zachowaniu dziecka, teoretycznie może stanowić

drogę przeniesienia zakażenia HIV. Jednakże zakażenie tą drogą nie zostało udowodnione. Nie stwierdzono przeniesienia zakażenia HIV przez korzystanie ze wspólnych ubrań, zabawek, naczyń stołowych, kuchennych, wspólnej toalety czy łazienki. **Niebezpieczeństwo zakażenia istnieje tylko w przypadku kontaktu z zakażoną krwią lub płynami ustrojowymi tzn. przedostania się wirusów do krwi osoby drugiej.** Można tego uniknąć poprzez stosowanie podstawowych środków ostrożności i zwykłych zasad higieny. W domach dziecka, żłobkach, przedszkolach można poprawić opiekę nad dziećmi poprzez zwiększenie liczby personelu opiekującego się nimi. Pod nadzorem jednej opiekunki nie powinno być więcej niż 4 - 5 dzieci. Zapewnia to odpowiednią opiekę i bezpieczeństwo dziecku zakażonemu, jak i dzieciom nie zakażonym.

Informacja o zakażeniu dziecka, w przypadku dziecka - sieroty społecznej, pozostającego pod opieką państwa, może być przekazana wyłącznie lekarzowi sprawującemu opiekę nad dziećmi w Domu Dziecka. Personel bezpośrednio opiekujący się dziećmi (nianie, pielęgniarki, psycholog, pedagog, nauczyciele) winien przyjąć zasadę: **"wszyscy jesteście zakażeni"**. Nakłada to obowiązek przestrzegania ogólnie przyjętych zasad higieny, w tym i właściwego postępowania w przypadkach skaleczeń, zranień czy sączących zmian skórnych (u dzieci czy u osoby opiekującej się dziećmi). **Informacja o zakażeniu dziecka** pozostającego w rodzinie (własnej lub zastępczej) powinna być zawsze przekazywana lekarzowi sprawującemu opiekę medyczną nad dzieckiem. Może być przekazana każdej osobie, której rodzice lub prawni opiekunowie chcą o tym powiedzieć. Muszą oni jednak być w pełni świadomi możliwych konsekwencji, jakie spowodować może ujawnienie tego faktu. Muszą być przygotowani na konieczność roztożenia szczególnego "parasola ochronnego" nad swoim zakażonym dzieckiem, które narażają na możliwość różnych form dyskryminacji społecznej, szykan psychologicznych i fizycznych, izolacji, jak i upokarzających dziecko objawów litości.

Dzieci zakażone HIV w okresie bezobjawowym mogą i powinny uczestniczyć we wszystkich zajęciach szkolnych wraz z innymi dziećmi.

Nie powinny być wyłączone z ogólnych zajęć szkolnych, ponieważ nie stanowią zagrożenia dla zdrowia innych dzieci czy personelu. Natomiast w miarę spadku odporności, zwłaszcza w okresie IV zakażenia HIV (AIDS) wymagają one szczególnej ochrony przed dodatkowymi zakażeniami. Uczęszczanie seropozytywnego dziecka do szkoły, uczestnictwo w zajęciach szkolnych, zabawach z innymi dziećmi stanowi o jego prawidłowym rozwoju i stwarza mu możliwość normalnego życia w społeczeństwie. **Zakażenie HIV powinno być traktowane jak inne przewlekłe choroby zakaźne** (np. przewlekłe zapalenie wątroby HBV, HCV) i nie może stanowić ograniczenia w dostępie do wiedzy i życia w społeczeństwie. Dzieciom zakażonym HIV w okresie spadku ich odporności (postęp choroby) należy zapewnić możliwość kontynuowania nauki w domu pod opieką nauczycieli, wychowawców, jak również pedagogów i psychologów.

Fakt zakażenia HIV stygmatyzuje dziecko, jak i jego rodziców, stając się często przyczyną ich odrzucenia przez otoczenie. **Wynik badania w kierunku zakażenia HIV i sam fakt przeprowadzenia takich badań powinien być utrzymywany w tajemnicy.** O jego ujawnieniu mogą decydować wyłącznie rodzice dziecka lub jego prawni opiekunowie, a w przypadku dzieci starszych - samo dziecko!

Choroba dziecka, jak i własna rodziców pogarsza z reguły sytuację materialną całej rodziny, zmusza do myślenia o zapewnieniu dziecku przyszłej opieki na wypadek śmierci rodziców czy opiekunów. W tym konieczna jest im wszechstronna pomoc, również prawna, finansowa, jak i wsparcie psychologiczne, socjologiczne i psychiatryczne. **Opieka nad dzieckiem zakażonym HIV to wielokierunkowa i wielospecjalistyczna opieka nad rodziną dziecka.**

Centrum Diagnostyczno-Kliniczne AIDS woj. gdańskiego przy Klinice Chorób Zakaźnych AMG obejmuje opieką m.in. dzieci zakażone HIV i chore na AIDS. W strukturę Centrum włączone są jednostki powołane do opieki nad dziećmi. Są to:

1. Klinika Chorób Zakaźnych
2. Poradnia
3. Laboratorium i pracownie diagnostyczne
4. Dom Dziecka.

W Klinice Chorób Zakaźnych w Gdańsku hospitalizowane są dzieci zakażone HIV lub chore na AIDS, z różnych przyczyn wymagające leczenia stacjonarnego. Przyjmowane są również dzieci zakażone HIV lub podejrzane o zakażenie (seropozytywne), z terenu całego kraju, wymagające umieszczenia w Domu Dziecka (sieroty społeczne). Przed przekazaniem ich do Domu Dziecka przechodzą badania, mające na celu ocenę ich stanu immunologicznego, ustalane są zalecenia dotyczące szczepień ochronnych i ewentualne wskazania do leczenia zakażenia HIV. **Dla uniknięcia ujawnienia faktu seropozytywności dziecka i jego stygmatyzacji, każde dziecko pozbawione opieki dorosłych, kwalifikowane do przyjęcia do tego Domu Dziecka przechodzi kilkudniowe, wstępne badania na oddziale Kliniki.** Wyniki badań udostępniane są wyłącznie lekarzowi zatrudnionemu w Domu Dziecka. W wypadku choroby wymagającej diagnostyki i leczenia klinicznego każdy mały mieszkaniec tego Domu ma zapewnione miejsce nie tylko w Klinice Chorób Zakaźnych, ale i we wszystkich specjalistycznych klinikach Akademii Medycznej w Gdańsku. Poradnia wchodząca w skład Centrum Diagnostyczno-Klinicznego AIDS woj. gdańskiego zatrudnia lekarzy wszystkich podstawowych specjalności medycznych. **Kobiety ciężarne zakażone HIV** objęte są wszechstronną opieką medyczną i pomocą socjalną, zarówno przed porodem, jak i po urodzeniu dziecka. Nad urodzonymi przez nie dziećmi sprawowana jest systematyczna opieka specjalistyczna. Badaniom kontrolnym podlegają również pozostałe, urodzone wcześniej dzieci zakażonej matki. Pod nadzorem Poradni prowadzone jest leczenie zakażenia HIV, zakażeń oportunistycznych i szczepienia ochronne. Personel Poradni, lekarz pediatra i wyszkolone pielęgniarki, sprawują opiekę środowiskową, odbywają wizyty domowe u rodzin zakażonych HIV. Praca środowiskowa dotyczy zagadnień ściśle medycznych, jak i socjalno-bytowych. Są to bowiem najczęściej rodziny z tzw. marginesu społecznego, dotknięte plagą alkoholizmu, narkomanii, prostytucji itp. W laboratorium i pracowniach diagnostycznych Centrum (przy Wojewódzkim Szpitalu Zakaźnym w Gdańsku) wykonywane są m.in. badania diagnostyczne

i kontrolne dzieci leczonych w Klinice, pozostających pod opieką Poradni, jak i dzieci, mieszkańców Domu Dziecka i Ośrodków Rehabilitacji i Resocjalizacji Narkomanów.

Na zakończenie referatu pozwałam sobie zacytować tekst opracowany w kwietniu 1992 r. - w odpowiedzi na inicjatywę Monaru utworzenia Domów Dziecka dla dzieci narkomanów zakażonych HIV. Skierowany do władz z prośbą o opublikowanie - nigdy i nigdzie się nie ukazał:

I.

"Podawanie do publicznej wiadomości faktu zakażenia HIV jakiegokolwiek osoby jest sprzeczne z zasadami etyki, moralności i jest naruszeniem tajemnicy lekarskiej. Jest też niezgodne z Kartą Praw Człowieka i wykroczeniem w rozumieniu prawa obowiązującego w naszym kraju. W szczególności dotyczy to postępowania wobec dzieci, jak i osób upośledzonych, pozbawionych możliwości obrony."

II.

"Powolywanie Domów Dziecka przeznaczonych wyłącznie dla dzieci zakażonych HIV jest jednoznaczne z organizowaniem getta, na które nie może być zgody w cywilizowanym świecie. Doraźne i odległe skutki szkód psychicznych (urazy, kompleksy, zaburzenia psychiczne), jakie wywołać może u takich dzieci przebywanie w warunkach izolacji społecznej, ze stygmatem "inności", odrzucenia i napiętnowania mogą być zgoła nieobliczalne - z dokonaniem przez dziecko samobójstwa włącznie."

III.

"Popieramy ideę organizowania i prowadzenia Domów Dziecka, w których poza innymi dziećmi znalazłyby miejsce również dzieci narkomanów, pozbawione opieki dorosłych, ale bez piętna zakażenia czy publicznego informowania o ich obciążeniu społecznym (narkomania rodziców)!"



Początek całej historii, którą zamierzam przedstawić wiąże się z odpowiedzialnym przez Uniwersytet w Lundzie. W ubiegłym roku, w przypadkowo przeglądającym numerze znalazłem artykuł o profesorze Tadeuszu Wielochu, laureacie konkursu na stanowisko kierownika Katedry Neurobiologii Uniwersytetu w Lundzie. Ze względu na „swojsko” brzmiące imię i nazwisko postanowiłem zatelefonować i złożyć gratulacje z okazji awansu, jednocześnie poznać osobiście naukowca z polskim rodowodem. Profesor Wieloch jest czterdziestoletnim naukowcem dobrze znającym język polski, urodzonym w Szwecji w rodzinie polskiej. Kiedy wspomniałem, że przyjechałem z Gdańska zauważył, że jego ojciec, żyjący także w Lundzie, pracował przed II wojną światową na poczcie polskiej w Wolnym Mieście Gdańsku.

Tu muszę zrobić dygresję - otóż w Wolnym Mieście Gdańsku przed II wojną światową działały trzy polskie urzędy pocztowe: Nr 1, przy obecnym Placu Obrońców Poczty Polskiej - znany z bohaterskiej obrony w dniu wybuchu wojny; Nr 2, na dworcu głównym kolejowym oraz Nr 3, w Nowym

Polacy, których spotkałem w Szwecji

Porcie. Ten ostatni urząd zajmował się listami i paczkami nadchodzącymi pocztą morską, a kierownikiem tego urzędu był Józef Piechowski - ojciec mojej żony. Znając te fakty, poprosiłem profesora Wielocha, aby zapytał ojca, czy znał Józefa Piechowskiego z okresu swojej pracy w Gdańsku.

Następnego dnia zatelefonował do mnie ojciec profesora - Antoni Wieloch i na wstępie oświadczył, że znał doskonale Józefa Piechowskiego, u którego jako młody urzędnik pocztowy rozpoczynał pracę. Co więcej, znał matkę mojej żony, Irenę Krywult, która pracowała jako telegrafistka w Urzędzie Nr 1. Ponieważ wkrótce miała przyjechać moja żona z córkami - umówiliśmy się na wspólne spotkanie, do którego doszło po kilku dniach w miłym i gościnnym mieszkaniu państwa Wielochów. Ze wzruszeniem oglądaliśmy stare, pożółkłe fotografie pocztowców gdańskich, na

których zarówno pan Wieloch jak i moja żona rozpoznawali znane im osoby. Niezwykle interesujące były opowiadania pana Antoniego o życiu Polaków w Wolnym Mieście Gdańsku w okresie międzywojennym. Aż wierzyć się nie chce, jak solidarne było środowisko, jak pomagano sobie nawzajem. Wydaje mi się, że ta solidarność Polaków w Gdańsku częściowo wynikała z życia zagrożonego żywiołem niemieckim.

Dalsze losy obu gdańskich pocztowców były początkowo zbliżone - obaj zostali aresztowani nad ranem 1 września 1939 r. Zbiegiem okoliczności - nie pełnili dyżuru w Urzędzie Pocztowym Nr 1, który został zaatakowany przez wojska niemieckie nad ranem tego samego dnia. Obaj zostali uwięzieni w Victoria Schule (obecnie budynek Wydziału Biologii UG, przy ul. Kładki), a następnie wysłani do obozu koncentracyjnego w Sztuthofie. Wkrótce przetransportowano ich do różnych obozów koncentracyjnych na terenie Niemiec. Tuż po zakończeniu wojny pan Wieloch, dzięki staraniom Szwedzkiego Czerwonego Krzyża, znalazł się w Szwecji, natomiast pan Piechowski powrócił do Gdańska, gdzie, aż do czasu przejścia na emeryturę, pracował w Urzędzie Pocztowym Nr 1 (zmarł w 1971 roku).

Tak więc los sprawił, że od chwili aresztowania we wrześniu 1939 roku, obaj pocztowcy nie zobaczyli się już więcej. Dopiero w 1993 roku pan Wieloch spotkał córkę swego przedwojennego kolegi. Na tym można by zakończyć historię dwóch gdańskich pocztowców, jednak dalsze koleje życia pana Wielocha w Szwecji ściśle wiążą się z Polską.

Tak jak on, wiele tysięcy więźniów z obozów koncentracyjnych zostało wyzwolonych przez wojska angielskie i otoczonych troskliwą opieką medyczną. Niestety, część z nich wkrótce po zakończeniu wojny zmarła, część powróciła do kraju, natomiast bardzo liczna grupa pozostała na obczyźnie. Pan Wieloch postanowił zostać w gościnniej Szwecji, gdzie wraz z Polką, Krystyną, która także była więźniem

UROCZYSTA KONFERENCJA ODDZIAŁU GDAŃSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGÓW DZIECIĘCYCH

► DOKOŃCZENIE ZE STR 2

Po przedstawieniu sylwetki prof. Jana Kossakowskiego uhonorowano Medalem Jego Imienia założyciela Kliniki Chirurgii Dziecięcej AMG i rzeczy-

wistego twórcę nowoczesnej chirurgii, a zwłaszcza urologii dziecięcej w Gdańsku - prof. Romualda Sztabę. Jest on pierwszym uczniem Profesora odznaczonym tym medalem.

Pełne uznania i szacunku listy gratulacyjne z tej okazji nadeszły z wielu ośrodków akademickich Polski, których przedstawiciele nie mogli wziąć udziału w tej uroczystości osobiście. Szczególnie wzruszający był list gratulacyjny od współwięźniów Majdanka odczytany przez redaktora Stanisławskego.

Całe spotkanie upłynęło w podniosłym, a chwilami wręcz wzruszającym nastroju i pozostawiło niezapomniany ślad w pamięci swych uczestników.

prof. dr hab. Czesław Stoba



niemieckich obozów koncentracyjnych, założył rodzinę. W Szwecji związali się z ruchem polonijnym. Polacy, którzy zdecydowali się na emigrację założyli w Szwecji szereg organizacji: Związek Polaków, Stowarzyszenie Polskich Kombatantów, Związek Więźniów Politycznych i, w granicach swoich możliwości, wspomagali ekonomicznie najbliższych w kraju.

Rok 1981 stał się przełomowym w organizowaniu pomocy na szerszą skalę dla Polski. Państwo Wielochowie, wraz z czterema Szwedami, założyli komitet pomocy pod nazwą „Solidaritet med Polens barn” („Solidarność z dziećmi polskimi”). Komitet organizował zbiórki odzieży, żywności, środków higienicznych i pieniędzy. Dużą pomoc okazali nauczyciele i młodzież szkolna, parafie Kościoła Szwedzkiego oraz codzienna prasa, która bezinteresownie ogłaszała apele Komitetu o konieczności pomocy polskim dzieciom.

Ogółem akcja pomocy objęła 109 (!) 20-tonowych ciężarówek. Państwo Wielochowie przejechali Polskę wzdłuż i wszerz, gdyż każdemu transportowi asystowali członkowie Komitetu rozdzielając dary w miejscu przeznaczenia. Odbiorcami darów byli m.in.: Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, Zakład Niewidomych w Łas-

kach, szpitale w Gdańsku, Krakowie, Radomsku, Łęcku i Toruniu, Caritas w Kostomiotach koło Białej Podlaskiej, Czerwony Krzyż w Rawie Mazowieckiej, Zakład dla dzieci autystycznych w Krakowie, parafie w Sopocie, Henrykowie, Szczyrzycu i Mogilnie. Z czasem pomoc została rozszerzona o wyposażenie szkół w ławki, Tablice, pulpity oraz używany sprzęt medyczny taki, jak łóżka oraz nowa aparatura medyczna.

Kiedy podczas rozmowy z Państwem Wielochami przyglądałem się, z jakim przejęciem mówili o swojej pracy dla Polski, zrozumiałem, że była to akcja ich życia. Oboje w wieku blisko 70 lat często towarzyszyli transportom w Polsce. Transporty te nie zawsze były przyjmowane na granicy z należytą kulturą - dość często spotykały ich szykany i trudności ze strony służb granicznych. Często czekali wiele godzin na odprawę celną, która niekiedy przypominała odprawę celną osób usiłujących przemycić np. narkotyki. Niemniej, satysfakcja z tej ciężkiej pracy przystaniała wszelkie nieprzyjemności i w zasadzie były one wspomniane jednorazowo jako sprawa marginesowa.

Na tym nie kończy się działalność Państwa Wielochów. Dzięki zdobytym kontaktom z organizacjami spo-

łecznymi w Polsce uzyskali wykaz około 300 polskich wielodzietnych rodzin. Ich adresy zostały rozdane pośród Szwedów, którzy chętnie udzielali pomocy tym rodzinom wysyłając paczki z odzieżą i żywnością. W ten sposób szereg polskich (w tym wiele z Gdańska) i szwedzkich rodzin nawiązało bezpośredni kontakt, który w wielu wypadkach trwa do dzisiaj. Należy przy tym zaznaczyć, że poczta szwedzka przez pierwszy rok niesienia pomocy nie pobierała opłat za paczki wysyłane do Polski.

Najnowszą formą uzyskiwania funduszy przez Państwa Wielochów, ich polskich i szwedzkich przyjaciół jest organizowanie jesienno „Polskiego Kiermaszu” w Lundzie i innych miastach szwedzkich. Na kiermaszu sprzedawane są polskie wyroby ludowe oraz polskie potrawy przyrządzone przez polskie gospodynie, jak np.: barszcz, bigos, kapusta kiszona, powidła, pączki i pieczywo.

Pracownicy zebrane fundusze przeznaczane są na pomoc dzieciom polskim. W ubiegłym roku oddział kardiologiczny w Szpitalu na Zaspie otrzymał z tych funduszy analizator do wszczepiania stymulatorów serca. Natomiast w czerwcu bieżącego roku prof. A. Balcerska z naszej Uczelni odebrała dar - pompę infuzyjną do podawania leków dzieciom chorym na białaczkę.

Jestem pełen podziwu dla Państwa Wielochów. Ich uміowanie Polski, chęć niesienia pomocy rodakom są wspaniałe. Pan Antoni zna i kocha Gdańsk, i chociaż znam trochę historię tego miasta, „zaginał mnie” w znajomości naszego miasta i jego łośów. W październiku tego roku Pan Antoni ukończył 80 rok życia - urodził się w domu, którego już nie ma (stoi tam hotel „Heweliusz”). Pozostały nie tylko wspomnienia, ale i duża satysfakcja z pomocy niesionej polskim dzieciom.

Państwo Wielochowie mają czworo dzieci, najstarszy syn Tadeusz, od którego rozpocząłem historię rodziny Wielochów jest wybitnym neurobiologiem. W imieniu Gdańskiego Towarzystwa Naukowego zaprosiłem go do Gdańska na wykład. Obiecał przyjechać we wrześniu 1995 roku. Zapraszam wszystkich zainteresowanych, myślę, że nie będzie to tylko spotkanie naukowe.



Cmentarz w Lund. Pomnik poświęcony Polakom, ofiarom niemieckich obozów koncentracyjnych

W dniach 16-18 września pod tym właśnie hasłem odbył się w Wiedniu Europejski Kongres Socjologii Medycyny. Zdrowie traktowane jest przez medycynę przede wszystkim jako odzyskiwana wartość w procesie leczenia. Taka perspektywa ma swoją logikę w przyrodniczych podstawach nauk medycznych, jej tradycji, indywidualizmie; koresponduje też dobrze z postępowaniem technologicznym. Natomiast działania związane ze skuteczną edukacją, konstruowaniem strategii i programów prewencji i promocji zdrowia na miarę potrzeb społecznych, pozostają wciąż mniej osiągalnym, i co tu mówić, mniej wdzięcznym zadaniem.

Co do powiedzenia ma tu socjologia medycyny, jako jedna z nauk behawioralnych, mieszczących się w szeroko pojętej humanistyce - to chyba jedno z głównych pytań, jakie nasuwa się w tym kontekście.

Obrady odbywały się w budynku klinik uniwersyteckich, gdzie można było dotrzeć w ciągu kilkunastu minut. To centralne położenie naszego hotelu akademickiego mogłem szczególnie docenić, gdy w wolnych chwilach udawałem się w kierunku dokładnie odwrotnym - do Ringu, historycznego traktu, stanowiącego zarazem oś śródmieścia, gdzie skupione są prawie wszystkie atrakcje turystyczne Wiednia. Nie ukrywam, że wylaniające się zewsząd wielkie budowle w stylu neoklasycystycznym, sprawiają wrażenie nieco przytłaczające. Jednak Ratusz, choć należy też, obok Hofburgu, Opery, Parlamentu i innych budowli do wspomnianego kompleksu, kojarzy mi się bardziej kameralnie. A to za sprawą Burmistrza Wiednia, który zaprosił uczestników naszego kongresu na wystawny koktajl z potrawami na gorąco i zimno (do nich bułeczki kajzerki zwane Semmel), wymyślnymi sałatkami i słodczymi. Toczyły się swobodne rozmowy, kelnerzy nieustannie serwowali napoje i wina; podziwialiśmy stylowe wnętrza słuchając muzyki słynnych wiedeńskich kompozytorów (spotkanie odbywało się w Salonie Lehara) w wykonaniu zespołu kameralnego. Z tym znakomitą nastrojem korespondowały uroczyste przemówienia organizatorów i oczywiście samego gospodarza, który ze znaną wiedeńską kurtuazją powiedział wiele ciepłych słów o naszej dyscyplinie i jej wkładzie do medycyny i nauki.

ZDROWIE PLUS MEDYCYN W NOWEJ EUROPIE

Od Ringu niedaleko już do Am Hofu, centralnego deptaku Wiednia, nad którym góruje katedra św. Stefana, gdzie wśród zwiedzających przykuło moją uwagę żarliwe rozmodlenie Korańczyków. Obok, do późnego wieczora spaceruje i bawi się wielorazowy i wielonarodowy tłum turystów, a szczególną atrakcją są uliczni muzycy, może dlatego właśnie, że grają muzykę klasyczną, tak zewsząd obecnie wypieraną.

W kompleksie ścisłego Śródmieścia nie mieści się pałac Schönbrunn, uchodzący za austriacki Wersal, ulubiona rezydencja cesarzowej Marii Teresy, na której potężny pomnik, 20 metrową bryłę, nie sposób nie natrafić na Ringu. Jako były „Galicjak”, wolę jednak Franciszka Józefa, którego obfitość pomników jest tu zrozumiała.

Do moich większych wrażeń zaliczam pobyt w galerii malarstwa w Muzeum Sztuk Pięknych, jest bogatsza i bardziej urozmaicona niż londyńska. Zapamiętałem szczególnie „zielony” portret filozofa, pędzla malarza mało znanego, a także pobyt w Albertynie i grafiki Dürera, Rubensa i Renoira. Natomiast w muzeum Freuda, w jego wiernej ponoć rekonstrukcji gabinetu daremnie szukaliśmy słynnej leżanki - zabrał ją w 1938 roku do Londynu.

Ostatniego dnia, mając w rezerwie kilka godzin do odjazdu, wybraliśmy się na wzgórze Kahlenberg, zamykające Wiedeń od północy - w poszukiwaniu poloniców związanych ze zwycięstwem Jana III Sobieskiego nad Turkami, które przechowują w kościele św. Józefa Księża Zmartwychwstańcy (także z Gdańska). Ponieważ i tego dnia dopisała pogoda, widok na panoramę Wiednia i kanał Dunaju był wspaniały. Nie zdążyliśmy już na pobliski Grinzing, aby jeszcze raz spróbować wiedeńskiego wina.

Obiekt, gdzie odbywaliśmy obrady, mimo na pewno dobrego oznakowania (symbolika kolorami), mógł sprawić wrażenie prawdziwego labiryntu. Gubiliśmy się w nim niekiedy, a to za sprawą korytarzy, odnóg od nich, odnóg od odnóg, wind, ruchomych schodów itp. Także bywalcy z krajów

zachodnich - jak zaobserwowałem - po zatoczeniu swego „koła” znajdowali się znów w tym samym miejscu. Doświadczenia „korytarzy” przypominały więc po trosze chętnie używany stereotyp o dehumanizacji medycyny. Czy gubili się w nim pacjenci, trudno powiedzieć. W „zewnątrzno-wewnętrznej” części widzieliśmy ich rzadko, natomiast strony „wewnętrzno-wewnętrznej”, czyli właściwych oddziałów klinik, niestety, nie poznaliśmy. Takiej lustracji nie było w naszym programie i nikt takiego zwiedzania nam nie proponował.

Kongres socjologów medycyny, zorganizowany przez European Society of Medical Sociology, zgromadził około 300 osób, co w porównaniu do innych kongresów medycznych, stanowiło imprezę stosunkowo niewielką. Niemniej spotkanie miało bardzo uroczystą oprawę. Zaszczycili je m.in. dr Christa Krammer - minister zdrowia, sportu i ochrony konsumentów, burmistrz Wiednia dr Helmut Zilk - fundator wspomnianego koktajlu, a także Miejski Kancierz Zdrowia i Szpitali, Dziekan Wydziału Medycznego Uniwersytetu Wiedeńskiego oraz inni dostojni goście.

Po dwóch referatach wprowadzających o sytuacji socjologii medycyny w Zachodniej Europie oraz Europie Środkowej i Wschodniej, obrady odbywały się systemem konkurencyjnych sesji, co niestety wiązało w dużym stopniu referentów z własną grupą tematyczną, co oczywiście i mnie dotyczyło. Wystąpienie na głównej sesji prof. Antoniny Ostrowskiej oznaczało także wysokie notowania polskiej socjologii medycyny, której wstęp do światowej czołówki utarowała już w latach 70-tych Magdalena Sokołowska. **Wygłoszono 190 referatów, z czego najwięcej dotyczyło:** profesji zdrowotnych (19), rozwoju szpitali (15), reorientacji polityki zdrowotnej i restrukturalizacji służb zdrowotnych (14), społecznych nierówności w dostępie do zdrowia (14), AIDS - prewencja i opieka (12), wzmocnienie pozycji pacjenta (11), opieka nad starością (11).



Temat Kongresu ukierunkowany na zdrowie nie eliminował bynajmniej problematyki choroby. Pragnę zwłaszcza wydobyć dwie takie dziedziny socjologii choroby. Jedną wiąże się z utrzymywaniem się nurtu psychiatrycznej socjologii. Nagromadzone tu zostały dostatecznie duże doświadczenia, ażeby nie powracać do jałowego sporu o wyłączność czynnika organicznego, bądź społecznego. Jak wiadomo, w niektórych krajach zachodnich poziom zdrowotności społeczeństwa ocenia się na podstawie badań na próbie reprezentatywnej, ludzie po prostu deklarują swoje stany zdrowotne na użytek takich oszacowań. Do tego nurtu można by też zaliczyć temat, jaki wyłożyłem z tej sesji „Poglądy na depresję. Porównanie między Zachodnimi i Wschodnimi Niemcami”.

Szczególnie ważne wydaje mi się wkraczanie socjologii na teren chorób chronicznych. Przede wszystkim jeżeli połączymy choroby chroniczne z inwalidztwem i niepełnosprawnością, to widzimy, jak zjawisko to lawinowo narasta. Po wtóre, technologiczna sprawność medycyny ma tu wyraźnie mniejsze zastosowanie, a więc można mówić o znacznym stopniu bezradności wobec związanych z tym problemów.

Co zatem można zaoferować tym ludziom i czy można jakoś rekompensować im pogarszającą się jakość życia i dyskomfort psychiczny? Na zachodzie, gdzie środki są nieporównywalnie większe (zwłaszcza w krajach dziedziczących model państwa socjalnego), **mówi się o demedycalizacji życia społecznego, czyli tworzeniu grup samopomocnych;** funkcjonują one już też w Polsce. Socjologia uczestniczy w badaniach nad strategiami i programami włączania grup samopomocnych i zwiększania zakresu opieki domowej, w celu po-

szukiwania coraz efektywniejszych rozwiązań. W wielu krajach uważa się to za jeden z najważniejszych problemów społecznych, rzecz charakterystyczna: referenci w tej grupie tematycznej pochodzili z Holandii, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Niemiec, zabrakło natomiast badaczy z byłych krajów socjalistycznych.

Z tym wiąże się ściśle zmiana filozofii i dotychczasowego paradygmatu, polegająca na założeniu, że bez udziału samego pacjenta problemów tych nie rozwiąże się, i nie polega to na aktywizacji bodźcami sankcjonującymi. **Pacjent, jako jedyny ekspert od własnego życia** - i tylko on - może ocenić, jaką rolę w jego życiu odgrywa choroba i czy wyznacza ona jego przemianę biograficzną tzn. wyzwała twórcze siły, czy też stanowi trajektorię, czyli poczucie kurczenia się możliwości osobowościowych. To dopiero może stanowić punkt wyjścia dla poszukiwania technik kompensacyjnych w ramach wypracowania indywidualnych i grupowych programów. Takie podejście wiąże się z inną metodologią, opartą na metodach jakościowych, bardzo pracochłonną i wymagającą zaangażowania w rozpoznaniu potrzeb pacjenta i zaktywizowania go do współpracy w ramach kontaktu z innymi pacjentami, przeżywającymi podobne problemy. W każdym razie oznacza to odejście od badań ilościowych, anonimowych, zwłaszcza za pośrednictwem ankiet. Nie chodzi tu bowiem o „prawdę obiektywną”, lecz o „prawdę badane-go”. Dlatego badania te w założeniu ograniczają do minimum badacza i jego interwencję.

Uwzględnienie perspektywy pacjenta interpretowane jest także jako wzmocnienie jego pozycji ze względu na występowanie **w roli użytkownika świadczeń medycznych**, w tym również w zakresie podstawowej opieki

zdrowotnej. Rozważano np. szeroko, dlaczego pacjenci porzucają swoich lekarzy. Stąd tak ważny w przypadku medycyny rodzinnej i środowiskowej staje się problem ekspresywności lekarza i jego dobrej komunikacji z pacjentem.

Zdrowie było rozpatrywane w różnych aspektach, zwłaszcza w związku z kryzysem państwa opiekuńczego i nowymi strategiami finansowania i zarządzania ochroną zdrowia. Duży nacisk był tu położony na analizę wymiany doświadczeń między różnymi krajami, oraz na doświadczenia wynikające z poszukiwań reformy na poziomie lokalnym. Aktywnie występowali tu referenci z Estonii i Litwy.

Inny aspekt wiązał się z **edukacją zdrowotną** np. już na poziomie badania zwyczajów zdrowotnych młodzieży szkolnej. Niewątpliwie wielki impuls dla tego typu badań stanowi zagrożenie wywołane epidemią AIDS. Nie sposób tu pominąć całej sfery konceptualizacji związanej z problematyką zdrowia: tworzenie modeli zdrowia, strategii promocji zdrowia, jakości i stylu życia. Uwzględnia się tu nie tylko czynniki statusu ekonomicznego, np. w aspekcie wpływu na dietę, ale także różnicowanie kulturowe, wpływające na wzory spożywania alkoholu, palenia papierosów itp. Obok tych czynników badano także czynniki biologiczne, wiek i płeć, zwłaszcza w powiązaniu z uwarunkowaniami ekonomicznymi i kulturowymi, np. zależność między pracą domową kobiety a stanem jej zdrowia, wpływ pracy zawodowej na ciążę, zależność stanu zdrowia od wieku.

Generalnie można mówić o zarysowywaniu się następujących kierunków badań i poszukiwań. Po pierwsze - dotyczą one związków pomiędzy epidemiologią społeczną a zdrowiem, głównie ze względu na rozpowszechniającą się epidemię AIDS. Po drugie - związku między organizacją społeczną a zdrowiem w aspekcie zmniejszenia kosztów na ochronę zdrowia i usprawnienie jej działalności. Po trzecie - związku między promocją zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi, stymulowania zachowań prozdrowotnych i przeciwdziałanie zachowaniom szkodliwym dla zdrowia, co wiąże się z kardynalnymi problemami propagowania określonych stylów ży-

cia, np. analiza Bejnarowicza ukazywała związki pomiędzy wybranymi czynnikami ryzyka a przedwczesną umieralnością, w zależności od etapu cywilizacyjnego, w odniesieniu także do etapu transformacji systemowej w Polsce.

Jedną z sesji poświęconą była nauczaniu socjologii medycyny, na której z kolegą z UMCS przedstawiliśmy wspólny referat „Nauczanie socjologii medycyny w Polsce. Teoria i praktyka”. Przedmiot ten nauczany jest w różnym zakresie i wymiarze godzinowym i tutaj pozostajemy w tyle za np. Francją, Niemcami i Wielką Brytanią. Natomiast Czesi i Węgrzy chętnie chcą korzystać z naszych doświadczeń.

Z żalem żegnałem przyjazny Wiedeń, gdzie czułem się dobrze wśród uprzejmych, nie spieszących się ludzi. Uroczę ławeczki na przystankach kojarzyły się z miłym okresem krakowskich studiów, a wzrok odpoczywał na czystych, nie zabazgranych ścianach domów. Szkoda tylko, że „trzymanie się za kieszeń” przypominało o materialnym dystansie wobec Europy.

Zamilkł wiedeński walc ale za dwa lata Budapeszt powita nas czardaszem.

prof. dr hab. Marek Latoszek



IV EUROPEJSKI KONGRES CHIRURGII EUROSURGERY'94



W dniach 25-29 października 1994 r. odbył się w Berlinie, w nowoczesnym gmachu International Congress Center, IV Europejski Kongres Chirurgii z udziałem około 1300 delegatów ze wszystkich krajów Europy.

Tematami 3 głównych „europejskich” sesji były: „Ryzyko, błędy i powikłania w chirurgii laparoskopowej”; „Definicja chirurga specjalisty w Europie” oraz „Wielospecjalistyczne postępowanie w obrażeniach wielonarządowych”.

Odbyło się również 15 sesji narodowych, w tym również sesja polska, poświęcona problemom rozpoznawania i leczenia raka tarczycy. Sesji tej przewodniczył delegat Towarzystwa Chirurgów Polskich, zastępca sekretarza generalnego Eurochirurgii, prof. dr Zdzisław Wajda, a moderatorem był prof. W. Kozuszek z Bochum. Zespół w składzie Z. Wajda, A. Łachiński, Z. Gruca, R. Marczewski, E. Szałach przedstawił pracę pt. „Thyroid cancer-diagnosis, treatment and late results”. Podczas tej sesji przedstawiono także referaty z Łodzi, Krakowa, Białegostoku i Bytomia, ponadto wygłoszono także 2 referaty z ośrodków w Düsseldorfie oraz w Innsbrucku. Referaty spotkały się z dużym zainteresowaniem i wzbudziły ożywioną dyskusję. Wyniki sesji wydają

się wskazywać na konieczność zaplanowania i prowadzenia prospektywnych, randomizowanych, wieloosrodkowych badań klinicznych, które grupując dużą liczbę chorych wyjaśnią dotychczasowe wątpliwości związane z rozpoznawaniem oraz taktyką leczenia raka tarczycy.

W pozostałych sesjach uczestnicy z Polski przedstawili 5 dalszych referatów oraz 20 plakatów; byli również współprzewodniczącymi 5 sesji. Najwięcej prac przedstawiono z ośrodka krakowskiego - 6, z Łodzi - 4, po 3 prace z Torunia, Bydgoszczy i Gdańska (wszystkie z II Katedry i Kliniki Chirurgii: „Late results of surgical treatment of rectal cancer”, „Protective effect of superoxide dismutase (SOD) mimic aminoxyl-tempol on ultrastructural damage in cerulein acute pancreatitis”); z Warszawy, Bytomia i Gliwicz po 2 prace; z Poznania, Lublina, Katowic i Sosnowca po 1 pracy.

Streszczenia wszystkich prac zostały opublikowane w suplemencie do październikowego numeru *British Journal of Surgery*. Następny V Kongres odbędzie się w roku 1995 w Barcelonie.

dr Zbigniew Śledziński

W dniach 20-23 października br. w Katedrze i Klinice Ortopedii AM w Gdańsku przebywali lekarze z kilku wiodących ośrodków w Niemczech w związku z III Polsko-Niemieckim Sympozjum, którego tematem było „Opóźnione leczenie chorych z dysplazją stawów biodrowych”.

Poprzednie sympozja odbyły się:

I - w Gdańsku, a tematem było leczenie obrażeń kręgosłupa

II - w Brakel (Westfalia) na temat leczenia stóp szpotawo-końskich wrodzonych.

Obecne sympozjum było bardzo bogate w tematykę referatową, a wzięło w nim udział około 200 lekarzy ortopedów z województw: gdańskiego, elbląskiego, słupskiego, bydgoskiego, koszalińskiego, toruńskiego oraz poznańskiego.

Wygłoszono następujące referaty:

1. Prof. dr J. Gekeler, Sindelfingen - *Wskazania, technika oraz wyniki operacyjnego leczenia zastarzałych zwichnięć stawów biodrowych u dzieci i dorastających.*

2. Prof. dr A. Reichelt, Freiburg/Breisgau - *Wczesne wyniki leczenia przetrwałej dysplazji stawów biodrowych apozycyjną plastyką stropu panewki.*

3. Prof. dr M.H. Hackenbroch, Kolonia - *Osteotomia międzykrętarzowa w leczeniu dysplastycznych koksartroz: czy pierwotne kryteria są uzasadnione?*

4. Prof. dr J. Breitenfelder, Brakel/Westfalia - *Czynnościowa waryzacja jako wskazanie do międzykrętarzowej osteotomii waryzującej w coxa valga subluxans u młodzieży i dorastających.*

5. Prof. dr J. Szczekot, A. Ziętek, T. Henicz, Gdańsk - *Odległe wyniki leczenia wrodzonego zwichnięcia stawów biodrowych u młodzieży i dorosłych po potrójnej osteotomii miednicy.*

6. Prof. dr C. J. Wirth, Hanower - *Wartość tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego dla oceny repozycji zastarzałych, wrodzonych zwichnięć stawów biodrowych.*

7. Prof. dr H. J. Refior, Monachium - *Ocena endoprotezoplastyki w leczeniu zastarzałych zwichnięć stawów biodrowych.*

8. Prof. dr W. Küsswetter, Tübingen - *Apozycyjna artroplastyka w to-*

talnej endoprotezoplastyce w leczeniu koksartroz dysplastycznych.

9. Prof. dr J. Szczekot, P. Sieliwończyk, J. Wittmann, W. Ziółkowski, Gdańsk - *Alloplastyka bezcementowa w leczeniu dysplastycznych koksartroz.*

10. Prof. dr Spranger, Göppingen - *Rewizyjna panewka Wagnera jako możliwość endoprotetycznego zaopatrzenia dysplastycznej panewki stawu biodrowego.*

Uczestniczyli ponadto:

prof. dr A. Rütt (Würzburg), prof. dr G. Janssen (Kamp-Lintfort), dr J. Linnemann (Oelde), dr A. Zurbrüggen (Oelde), dr K. Riedl (Würzburg), dr B. Huke (Würzburg).

Zebranie prowadzili profesorowie Breitenfelder i Szczekot, a przywitali uczestników profesorowie Rütt i Szczekot.

Goście, poza programem naukowym, mieli możliwość zwiedzenia Gdańska, Sopotu i Malborka. Wysłu-

chali koncertów w Katedrze w Oliwie oraz wzięli udział w kilku spotkaniach towarzyskich.

Zarówno goście, jak i my oceniamy bardzo wysoko wartość tego kolejnego już, ale największego spotkania. Kolejne sympozjum na temat chorób i obrażeń kolana zaplanowano na przełom maja i czerwca 1995 roku w Gdańsku.

W planach jest powołanie Stowarzyszenia Niemieckich i Polskich Ortopedów.

Lekarze Kliniki Ortopedii i pozostałych ośrodków ortopedycznych w Gdańsku zostali zaproszeni do odwiedzenia klinik ortopedycznych w Niemczech.

Obecne sympozjum traktujemy jako pierwszą uroczystość związaną z Jubileuszem 50-lecia Akademii Medycznej w Gdańsku.

prof. dr hab. Józef Szczekot

III POLSKO-NIEMIECKIE SYMPOZJUM ORTOPEDYCZNE



BIBLIOTEKA WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO

Gdańsk, Al. Gen. Hallera 107

tel. 41-80-11 wew. 239

WYPOŻYCZALNIA CZYNNA:

poniedziałek	
..	9.00-17.00
czwartek	
piątek	9.00-14.00

MIĘDZYUCZELNIANA KONFERENCJA NEUROLOGÓW

W dniu 27.10.1994 r. w Klinice Neurologii AM w Bydgoszczy odbyła się konferencja naukowa na temat dydaktyki przeddyplomowej w neurologii. Uczestniczyli w niej przedstawiciele zespołów dydaktycznych Kliniki Neurologii Dorosłych i Neurologii Rozwojowej w Gdańsku, zespół dydaktyczny Kliniki Neurologicznej w Bydgoszczy oraz prorektorzy ds. dydaktyki obu uczelni, prof. Gerard Drewna oraz prof. Marek Grzybiak.

Konferencję otworzył prof. Gerard Drewna, a referat wprowadzający wygłosił gospodarz spotkania prof. Roman Mazur. Ze środowiska gdańskiego problemy związane z dydaktyką w neurologii omawiali: dr Ewa Albinger, st. wykładowca; kierownik Kliniki Neurologii Dorosłych, prof. Leokadia Do-

brzyńska oraz kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej, prof. Ewa Dilling-Ostrowska. Wielokrotnie głos zabierał prof. Marek Grzybiak, szczególną uwagę poświęcając nauczaniu neuroanatomii, w której to dziedzinie Gdańsk ma wieloletnie doświadczenie.

Interesujące były wypowiedzi najmłodszych asystentów kliniki w Bydgoszczy, którzy w swoich uwagach prezentowali punkt widzenia studentów.

W dyskusji ustosunkowano się również do projektu nauczania neurologii opracowanego w AM w Łodzi. Warunki nauczania w obu uczelniach, w gdańskiej i bydgoskiej, znacznie się różnią. W bydgoskiej AM studenci mają 90 godz. zajęć obowiązkowych, w Gdańsku tylko 60 godz. Porówna-

nie zaplecza lokalowo-pracownianego, wypada oczywiście na korzyść Bydgoszczy. W Gdańsku studenci zapoznają się w szerokim zakresie z zagadnieniami neurologii rozwojowej, co ma szczególne znaczenie w perspektywie kształcenia lekarzy rodzinnych.

Nasuwa się wniosek o konieczności wydłużenia zajęć obowiązkowych z neurologii, co byłoby zgodne z łódzkim projektem i uwzględniałoby potrzebę pogłębienia wiadomości z neurologii lekarza rodzinnego.

Konferencję oraz odbywające się następnego dnia obrady Oddziałów Bydgoskiego i Gdańsko-Elbląskiego PTN - na temat miastennii sponzorowała firma Ewo-pharma.

dr Emilia Mierzejewska

POSIEDZENIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA OKULISTYCZNEGO

22 października, w pięknej scenerii Centralnego Muzeum Morskiego w Gdańsku odbyło się posiedzenie szkoleniowo-naukowe Gdańskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Wzięło w nim udział około 80 lekarzy. Na spotkaniu poruszano zagadnienia optyki w praktyce okulistycznej, a wykładowcą był profesor optyki Uniwersytetów w Sztokholmie i Budapeszcie.

Wystawę szkieł i leków zorganizowały firmy Hoya i Cusi.

W przerwie posiedzenia uczestnicy zwiedzili filię Muzeum Morskiego na Ołowiance.

prof. dr hab. Barbara Iwaszkiewicz-Bilikiewicz

BIBLIOTEKA WYDZIAŁU FARMACEUTYCZNEGO AMG PUNKT USŁUGOWY KSERO

czynny od poniedziałku do piątku

10.00 - 11.30

12.00 - 14.30

Ceny usług:

1 strona A4 - 1000 zł

1 strona A3 - 1600 zł



POLSKIE TOWARZYSTWO NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO

24 października 1994 roku odbył się IV Kongres Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, a z nim skończyła się kadencja Zarządu Głównego, którego kierownictwo mieściło się w Gdańsku.

W czasie czteroletniej „podwójnej” kadencji zainicjowaliśmy szereg inicjatyw, które przez uczestników kongresu zostały ocenione pozytywnie.

Kadencja zaczęła się III Kongresem w Gdańsku. Zorganizowaliśmy Teaching Faculty w Warszawie z udziałem Zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, ogólnopolskie sympozjum na temat leczenia nadciśnienia tętniczego u ludzi w wieku starym w Krakowie, sympozjum na temat 24-godzinnego pomiaru ciśnienia tętniczego w Gdańsku, II Kongres PTNT w Szczecinie i inne.

Z naszej inicjatywy powstały wytyczne terapeutyczne w wybranych grupach pacjentów jak: nadciśnienie u ludzi starych, u chorych na cukrzycę i inne. Były one publikowane na łamach *Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej* i przedrukowane w *Medycynie Praktycznej*.

Towarzystwo ma interdyscyplinarny charakter - skupia kardiologów, nefrologów, diabetologów, teoretyków i epidemiologów. Jednym z osiągnięć były przeprowadzone z naszej inicjatywy badania przez Sopocką Pracownię Badań Społecznych dotyczące częstości występowania i leczenia nadciśnienia tętniczego w populacji polskiej. Oryginalność tych opracowań polega na tym, że ankietowani traktowani byli jako podmiot badań i sami odpowiadali na ankietę, a nie byli tylko wyszukiwani przez lekarzy, jak w poprzednich badaniach epidemiologicznych.

Wydaje się, że to, iż 71% ankietowanych podaje, że wie, jakie ma ciśnienie tętnicze jest nie tylko wyrazem pracy lekarzy, ale także wpływu mass mediów, które współpracowały w propagowaniu problematyki nadciśnienia tętniczego.

Ponieważ towarzystwo jest małe, niezamożne i skupia tylko 400 członków, a choroba dotyczy 10% populacji, ma charakter przewlekły i lecze-

nie głównie prowadzone jest przez lekarzy leczenia podstawowego, trudno spodziewać się spektakularnych efektów.

Nie mniej udało się przy pomocy ludzi dobrej woli, w tym pracowników Akademii Medycznej, zainicjować szereg akcji profilaktycznych, za co serdecznie dziękuję.

Wokół symbolu „Quo Vadis” skupiła się grupa dziennikarzy-społeczników. Szczególne zasługi ma tu redaktor Stanisław Kubiak, który uruchomił współpracę z przemysłem, przy pomocy prof. Ganowiaka, prof. Szydłowskiej-Łysiak i pracowników Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii. Dla gospodyń domowych wydał 8 gazetek propagujących zdrową i taną żywność. Powodzenie tej inicjatywy zachęca do dalszych działań w regionie gdańskim.

Przy pomocy amatorów filmowców za „małe pieniądze” wyprodukowaliśmy 7 wideo klipów, które były pokazywane w Telewizji Gdańskiej, a także centralnej. Reżyserem i redaktorem był student Politechniki Gdańskiej Piotr Bieliński, przez Mamę skoliigacy z Akademią.

Moi koledzy poświęcili wiele czasu w organizacji zjazdów, a dr I. Furmański stał się w zakresie poligrafii zjazdowej po prostu profesjonalistą.

Na kongresie w Poznaniu podkreślano walory ustępującego Zarządu w zakresie współpracy międzynarodowej. Rzeczywiście, udało nam się zaistnieć w Zarządzie Międzynarodowego i Europejskiego Towarzystwa Nadciśnieniowego, a także w Lidze Nadciśnieniowej.

Wiele prac z Gdańska było wygłaszanych na kongresach, jeszcze więcej pokazywanych w sesjach plakatowych. Byliśmy powoływani do prowadzenia Sesji Międzynarodowych i Światowej Ligi Nadciśnieniowej.

Liczni młodzi koledzy po przyjęciu prac uzyskiwali „travel grants”, co dawało im możliwość udziału w najlepszych gremiach.

Uważam, że praca w zarządzie głównym i organizowanie licznych sesji jest nie do przecenienia, zwłaszcza dla młodych, gdyż daje im umiejętność współpracy, kierowania zespołami ludzi, co dla potencjalnych kierowników klinik i innych jednostek służby zdrowia w przyszłości jest bardzo ważną umiejętnością.

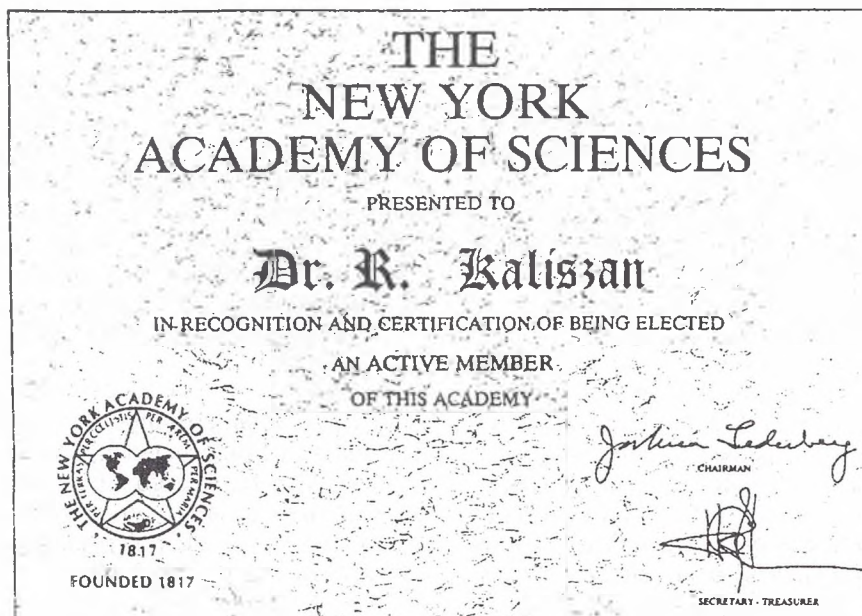
W całym świecie następuje wymiana pokoleń, odchodzą tzw. starzy klinicyści, a to, że udało się dzięki kontaktom z młodością zapewnić udział w Polsce czołowych znawców zagadnienia z mojego pokolenia, traktuję jako dużą przyjemność. Najznakomitsi z nich zgodzili się przyjechać w maju 1995 roku do Gdańska na Satelitarne Międzynarodowe Sympozjum, co jest jakimś wyróżnieniem dla naszego regionu i Akademii Medycznej oraz szansą dla młodych. Jest to widocznym przykładem zaczynającej się współpracy europejskiej.

Na ostatnim kongresie do 10 osobowego Zarządu Głównego weszły 3 osoby z Gdańska - prof. dr Bogdan Wyrzykowski, dr hab. Andrzej Rynkiewicz i niżej podpisana.

prof. dr hab. Barbara Krupa-Wojciechowska
b. prezes Zarządu Głównego PTNT



Naukowe targowisko próżności



Kto rozpoczął lekturę tej notki od treści załączonego certyfikatu jest zapewne pełen uznania dla mojej osoby. Nie ukrywam, że i ja byłem pod wrażeniem, gdy po otwarciu eleganckiej, ozdobnej koperty przeczytałem, że zostałem wybrany (elected!) członkiem The New York Academy of Sciences. Mój chwilowy entuzjazm zamienił się w podejrzliwość, kiedy przeczytałem, że domniemany zaszczyt kosztuje 105\$ rocznie. Co prawda, w tej sumie mieściłby się wybrany tom niewątpliwie cenionego wydawnictwa naukowego *Annals of the New York Academy of Sciences*. Do reszty zdegustowała mnie jednak dodatkowa zachęta do wykupienia członkostwa, mianowicie oferta przesłania mojego certyfikatu w formie nadającej się do oprawienia w ramki („suitable for framing”). Doszedłem do wniosku, że ktoś liczy na mój snobizm. Moje słuszne obawy potwierdziła osoba bywała w najwyższych sferach naukowych.

Powszechnie kojarzy się akademie nauk z ekskluzywnymi korporacjami wybitnych uczonych, jak słynna akademia francuska, czy chociażby nasza PAN. The New York Academy of Sciences jest po prostu zasłużonym towarzystwem naukowym. Coś w rodzaju naszego Gdańskiego Towarzystwa Naukowego w dużym powiększeniu. Płacąc składki dla GTN mam świadomość drobnego wspierania lokalnej aktywności naukowo-eduka-

cyjnej. Nie byłoby grzechem wspieranie też takiej aktywności w USA, ale wierzę, że jakoś sobie poradzą beze mnie. Poza tym, sposób werbunku zastosowany przez NYAS jest chyba nie całkiem fair.

Sprawa tu opisana nie jest incydentalna. Nasze wejście w system

gospodarki rynkowej zapoczątkowało działania merkantylne obliczone na skłonności naukowców do kolekcjonowania potwierdzeń swoich dokonań i pozycji. Pojawiają się propozycje różnych „who is who”, zestawów biograficznych, itp. Różne towarzystwa zagraniczne i międzynarodowe oferują (odpłatnie) członkostwo. Nie przeczę, że w niektórych sytuacjach może to być indywidualnie korzystne. Nie jest jednak dowodem wysokiej pozycji naukowej kandydata. Najwyżej: potwierdzeniem fachowości - nie lepszym niż publikacja naukowa (która zresztą bywa często wymagana przy zapisie). Ostrzegam, że „podpiekanie się” biernym członkostwem zagranicznych towarzystw naukowych przy staraniach np. o granty KBN może spotkać się z ironicznymi komentarzami. Powinniśmy też sobie podarować odpowiedni punkt w ankietach i sprawozdaniach z osiągnięć naukowych. Podkreślam, że mam na myśli biernoe członkostwo. Członkostwo honorowe, pełnione funkcje, wyróżnienia towarzystw - to nie są proste konsekwencje opłacenia składki i winny być wysoce doceniane.

prof. dr hab. Roman Kaliszan

Krzysztof Sworczak

Wiersz

*Napisałem skowronka
kroplę wody w słońcu
chciałbym ją Sobą
ozłocić
upięknąć
kształtować dłonią
jak rzeźbiarz
jak ojciec dobrotliwy
drewniane palce
upłynnić
w ciepłym kolorze
cudnego Motyla złapać
przycisnąć do oczu
z rozkoszy oślepnąć
i płynąć w powietrzu
ku szczęściu.*

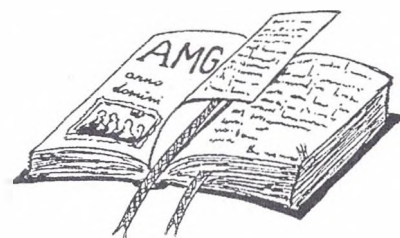
mówią poeci ...

Zwątpienie

*Rozsypały się
me marzenia
jak karty na stole
zawieszony w powietrzu
Bujam się na drucie
nadziei
Z trudem stawiam opór
nowym falom deszczu
Aż w końcu
słońce wypaliło mi oczy
jestem potrzebny
tylko ptakom
jak Prometeusz.*

Kartki ze wspomnień starego profesora

Kartka dziewiąta



Moja przyjaźń z profesorem Mieczysławem Gamskim, która przetrwała całe życie, została zadzierzgnięta w wojsku. Byliśmy trzynastym i ostatnim turnusem w Batalionie Szkolnym Podchorążych Sanitarnych Rezerwy w Warszawie. Domy rodzinne opuściliśmy 29 września 1938 roku. Był to ważny, brzemienisty w skutki dzień w dziejach świata: w Monachium szefowie czterech europejskich mocarstw podpisali haniebną umowę, którymi zadał śmiertelny cios Czechosłowacji, a świat przed wojną nie uratował. Był to też ważny dzień w naszym małym, osobistym światku. Dobiegały do końca dni młodości, a to co miało nadejść, otaczała gęsta mgła niepewności. W miastach polskich zapadły ciemności, gdyż zarządzono próbny alarm lotniczy. Gdy nadeszła godzina odjazdu do Warszawy, szliśmy przez opuszczone i ciemne ulice ku swej przyszłości z wiarą, że nas Bóg nie opuści.

Nasza służba wojskowa przypadała na czas pełen napięć, a jednocześnie uciekania od rzeczywistości, na czas modlitw w kościołach i szaleństw na balach. Czas, w którym rytmem iambeth-walka starano się zagłuszyć coraz wyraźniejszy tętent koni niosących jeźdźców Apokalipsy. Czas, w którym oczekiwaliśmy na cud, a jednocześnie czas, w którym gasły w nas ostatnie nadzieje. Coraz bardziej zdawaliśmy sobie sprawę, że nadchodzi dzień, którego się boimy i na który czekamy. Dzień, który rozwieje nasze plany i marzenia, a sprawy dotychczas ważne uczyni czymś bez znaczenia. Ten rok służby wojskowej stanowił w moim i moich kolegów życiu swego rodzaju intermedium. Jeden akt dobiegł już końca, a drugi jeszcze się nie zaczął. Rok ten był dla nas inny od wszystkich, które minęły, a tak niepodobny do tych, które miały nadejść.

Los nas przydzielił do V Drużyny I Kompanii. Mieliśmy wielkie szczęście. Nasz dowódca, kapitan Władysław Zaleski, był człowiekiem o

niezwykle wysokim poziomie kultury. Bardzo elegancki, dobrze wychowany, nie używał wulgarnych słów, nie opowiadał niesmacznych dowcipów i nie podnosił głosu. Umiał utrzymać wzorową dyscyplinę bez stosowania drastycznych metod. Miał zrozumienie dla ludzkich spraw i problemów. Rzadko można było spotkać w wojsku oficera tak wysokiej klasy. Również u jego zastępcy, kapitana Zygmunta Galwanowskiego, cenił się tak i życzliwy do nas stosunek. Spółbycie obu oficerów nie pozostało bez wpływu na zachowanie się podoficerów. Naszym drużynowym był plutonowy Piotrowski, człowiek spokojny. Ani on nam, ani my jemu nie sprawialiśmy kłopotu. Zupełnie inaczej kształtowała się sytuacja w II Kompanii. Jej dowódca, kapitan Stanisław Dondé, płał się w „tacinie”, a miał bogaty słownik. Lubował się w wymyślaniu kar, które u nas stosowano bardzo oględnie. Trucie życia podwładnym sprawiało mu wyjątkową satysfakcję. Mimo to nie osiągnął lepszej dyscypliny w swej kompanii niż kapitan Zaleski w naszej.

Drużyna nasza liczyła dwadzieścia osób, z czego osiemnastu kolegów ukończyło studia lekarskie, a dwóch farmaceutyczne. Największą grupę, złożoną z dziesięciu osób, stanowili absolwenci Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, pięciu kolegów ukończyło Uniwersytet Jagielloński, a trzech w Wilnie Uniwersytet Stefana Batorego. Z Poznania poza mną był farmaceuta, Niemiec, Walter Mauch. Warszawskie środowisko nie było u nas reprezentowane.

Idąc do wojska żywiłem pewne obawy, jak się ułoży współzycie z kolegami.

Mój niepokój okazał się płonny. Koleżeńskie stosunki z tamtych czasów pozostały w mej pamięci jako jedno z najmielszych wspomnień. Atmosfera w naszej drużynie należała do najlepszych w Szkole, a to dzięki poziomowi kultury bycia u większości kolegów.

Niewątpliwie w kształtowaniu się tej dobrej atmosfery poważną rolę odegrała indywidualność Mietka Gamskiego. Jak na swój wiek był bardzo poważny. Jego osobowość została już w znacznej mierze ukształtowana. Odnosiliśmy wrażenie, że jest znacznie starszy od nas. Nic dziwnego, że szybko zdobył autorytet w naszej drużynie. Z trudem natomiast przystosowywał się do sytuacji, w jakiej się znalazł, mimo że otaczała go życzliwość ze wszystkich stron. Gdyby wypadło mu w wojsku żyć w nieprzychylniej atmosferze, załamałby się i wrócił do domu ze zrujnowanymi nerwami. Szczęściem dla niego było, że dostał przydział do I Kompanii. Dondé wykończyłby go w krótkim czasie. Nie miał natomiast żadnych trudności w zdobywaniu umiejętności wojskowych. Do kolokwium i egzaminów starannie się przygotowywał i zdobywał wysokie oceny. W strzelaniu okazał się najlepszym nie tylko w drużynie, ale w całej kompanii. Wiele czasu poświęcał nauce. Każdą wolną chwilę użytkował na opracowywanie wyników swej pracy doktorskiej. Pisał też mnóstwo listów do narzeczonej, Zosi Jelewskiej. Co drugi dzień wędrowały do Lwowa ośmiostronicowe epistoly. Zastanawialiśmy się, o czym można tyle pisać prowadząc tak ascetyczny żywot w murach koszar. Do teatru prawie nie uczęszczał, w ogóle rzadko udawał się do miasta. Nie uczestniczył w zabawach.

Ja też pisałem sporo listów do domu, ale w przeciwieństwie do Mietka niemal każdy sobotni wieczór spędzałem w teatrze. W niedzielę odwiedzałem krewnych i znajomych, których w Warszawie miałem wielu, a w karnawale bawiłem się, jak nigdy w życiu.

Na zakończenie turnusu została wydana tradycyjna w Szkole *Jednodniówka*. Jej oficjalnym redaktorem był kolega z naszej drużyny, lwowiak, Mieczysław Swirski. Pozował on na literata. Miał poczucie wyższości lekceważąc „nawniaków”

► i mało inteligentnych, do których zaliczał znaczną większość kolegów. Faktycznie *Jednodniówkę* zredagował i stylistycznie poprawił artykuł Swirskiego Mietek Gamski. Oficjalnie był tylko jednym z członków komitetu redakcyjnego. Jego autorstwa były trzy pozycje stojące na najlepszym poziomie literackim w *Jednodniówce*. Był to wiersz pt. „Przebudzenie”, impresja „Gwiazdkowe refleksje” oraz dowcipny obrazek z życia naszej drużyny pt. „Sol i gel”, w którym w krzywym zwierciadle ukazał sylwetki swych kolegów.

Moja *Jednodniówka* przetrwała wszystkie burze. Poza drukowanymi stronami były czyste, na których koledzy wpisywali parę słów. Wielu z nich już odeszło, losy wielu nie są mi znane. Gdy czytam pisane przez nich słowa i patrzę na podpisy, wyłaniają się z mgły zapomnienia ich cienie i stają przede mną tacy, jakimi byli przed pięćdziesięciu laty, a może tacy, jakimi zachowała moja pamięć. Gdy mnie zaczynają otaczać, wówczas minione półwiecze jakby się gdzieś zapadło i wydaje mi się, że znów przeżywam ten tak szczególny rok mego życia.

W naszej przyjaźni inicjatywa wyszła ze strony Mietka Gamskiego, co zaskoczyło lwowskich kolegów, którzy go znali jako człowieka raczej z dystansem w stosunku do ludzi. Było coś, co nas łączyło. Obaj kochaliśmy naukę żyjąc dla niej szczególnie szacunek. Obaj mieliśmy ideałami przepełnione podejście do życia, czego mimo wielu rozczarowań nie straciliśmy całkowicie w ciągu naszego życia. A to właśnie stało się fundamentem naszej przyjaźni. Poza tym, byłem mu wówczas potrzebny. Pełen radości życia i optymizmu działałem na niego, pogrążonego w depresji, ożywiająco. W odróżnieniu od innych kolegów, którzy go traktowali jak swego rodzaju tabu, lubiłem w rozmowie z nim pożartować, a nawet robiłem mu nieszkodliwe psikusy, które wprawiały go w bardzo dobry humor.

Po ukończeniu naszej Szkoły otrzymałem, nie bez mocnej protekcji, przydział do Instytutu Chirurgii Urazowej, a Mietek Gamski do Zakładu Radiologii Szpitala Ujazdowskiego. Mieszkaliśmy nadal w koszarach, ale w innych pokojach. Widywaliśmy się stosunkowo rzadko.

Wojna rzuciła mnie na wschód. Po kilku, nie pozbawionych przygód, miesiącach pobytu w Brześciu zjawi-

łem się we Lwowie. Życzliwą gościnę znalazłem w domu państwa Handziuków, ludzi, którzy mnie zupełnie nie znali. Udało mi się odszukać Mietka Gamskiego. Pracował w Klinice Chorób Wewnętrznych u profesora Greka. Nie mogłem u niego zamieszkać, gdyż sam się znajdował w trudnej sytuacji. Jego ojciec, pan Włodzimierz Gamski, przed wojną zajmował wysokie stanowisko w Dyrekcji PKP we Lwowie i z tego tytułu miał służbowe mieszkanie. Władze radzieckie zwolniły go z pracy i wyeksmitowały z zajmowanego lokalu. Mieli mieszkanie zastępcze, ale i tu zagrażała im rychła eksmisja.

Nie mogłem nawet myśleć o jakiegokolwiek płatnej pracy, gdyż nie miałem radzieckiego paszportu, a w ZSRR człowiek bez tego dokumentu właściwie nie istniał. Aby uzyskać paszport trzeba było przedłożyć metrykę, dowód przedwojennego zameldowania i kartę rejestracyjną z wojska („żółta karta”). Tę ostatnią posiadałem. Chcąc mieć jakiś radziecki dokument zgłosiłem się w czasie rejestracji wojskowej mężczyźni zamieszkałych na terenach przyłączonych do ZSRR do odpowiedniego urzędu i otrzymałem ową „żółtą kartę”. Okazało się, że postąpiłem rozsądnie, bo nie istniała możliwość zdobycia takiej karty drogą nielegalną. Będąc w wojsku nie miałem z sobą żadnych cywilnych dokumentów, w tym metryki. Trzeba było jakoś ją zdobyć. Mietkowi udało się ją dla mnie uzyskać w kościele św. Marii Magdaleny. Co prawda, władze radzieckie zabrały z biur parafialnych wszystkie księgi urodzin, ślubów i zgonów, ale przeoczyły księgi zawierające rejestr osób, które przeszły na katolicyzm z innego wyznania. To wykorzystano w moim przypadku. Nie wiem, z jakich względów nie mogli mi wpisać autentycznego miejsca urodzenia, jakim było Wilno. Według otrzymanej metryki urodziłem się w Kopyczyńcach. Mój gospodarz, pan Roman Handziuk, załatwił mi wpis do książki meldunkowej z datą przedwojenną, co dla niego nie było ani łatwe, ani bezpieczne. Złożyłem dokumenty w odpowiednim urzędzie.

W dniu 24 czerwca 1940 roku o godzinie 19 otrzymałem paszport. O godzinie 20 przeprowadziłem się do państwa Gamskich, a o godzinie 22 rozpoczął się wywóz uciekinierów w głąb ZSRR. Tysiące ludzi poszło na tułaczkę. W radzieckiej administracji panował na ogół nieziemski bałagan,

ale w wywozach ludzi byli perfekcyjni. Sprawnie przerzucali dziesiątki tysięcy obywateli z Ukrainy, Krymu, Kupania i Kaukazu na Syberię, czy też do republik środkowoazjatyckich. Wywozy umieli przygotowywać w doskonale strzeżonej tajemnicy, dzięki czemu ludzie nie mieli czasu na przygotowanie się przed niechcianą podróżą. Spadało to na nich jak grom z jasnego nieba. Z mieszkania państwa Handziuków zabrano ich sublokatorów, uciekinierów z Częstochowy, Przedborskich. Wyładowali w okolicach Irkucka.

W maju 1940 roku Mietek wziął z Zosią Jelewską ślub, na którym przypadła mi rola świadka. Pan Handziuk pożyczył mi koszulę, krawat i ubranie. Na taką uroczystość nie wypadało pójść w wojskowej koszuli bez kołnierzyka i wytartej wiatrówce, a nic innego z odzieży wówczas nie posiadałem.

Pan Jelewski, ojciec Zosi, był przed wojną prokuratorem. Obawiając się aresztowania spreparował sobie nowe nazwisko i przeprowadził się ze swą małżonką do innej dzielnicy Lwowa. W ich czteropokojowym mieszkaniu pozostały dwie córki. Po ślubie Mietka Gamskiego przeprowadzili się do tego mieszkania. I tak, w jednym pokoju rezydowała siostra Zosi, Maria, która wyszła za mąż za inżyniera, Tadeusza Skalińskiego, w drugim młode małżeństwo, w trzecim starsi państwo Gamscy, a w czwartym, stołowym, ja się urządziłem.

U państwa Gamskich mieszkalem ponad półtora roku. Pobyt w ich domu wspominam z dużym sentymentem. Pani Maria traktowała mnie niemal jak syna. Należała do tego typu pań domu, które uważały, że cała troska o dom należy do kobiety. Mąż powinien po powrocie z pracy odpoczywać, a synowie uczyć się. Świetna gospodyni dbała o najmniejsze drobiazgi, które mogłyby ułatwić życie mężowi i trzem synom. Najstarszy, Stanisław, inżynier, żonaty, mieszkał wówczas w Toruniu. Niemcy go nie wysiedlili, bo im był tam potrzebny. Najmłodszy, Zbigniew, prawnik, w czasie kampanii wrześniowej zginął pod Iłżą.

Istniejące w czasie wojny warunki życia zmusiły panią Gamską do kapitulacji. Musiała przekazać część prac domowych w ręce młodej generacji. Miało do nas należeć sprzątanie, pranie i prasowanie. Mietkowi robota nie szła, a przy tym wyglądał tak niešťęśliwie, że w końcu z jego współ-

pracy zrezygnowaliśmy i podzieliliśmy z Zosią obowiązki między sobą.

W okresie rządów radzieckich uczelnie funkcjonowały względnie normalnie. Wydział Lekarski, przekształcony w Instytut Medyczny, został oddzielony od Uniwersytetu, którego patronem, w miejsce Jana Kazimierza, został Iwan Franko. Po aresztowaniu wiekowego już profesora Romana Renckiego, kierownictwo Kliniki Chorób Wewnętrznych objął profesor Jan Grek liczący wówczas 65 lat. Mietek, który przed wybuchem wojny zdążył obronić swą pracę doktorską, miał niezłe warunki do pracy naukowej, choć dotkliwie odczuwał brak swego bezpośredniego nauczyciela, doktora Henryka Długosza, którego losy wojenne zawiadły do Anglii. Mietek troskliwą opieką otoczył jego żonę. W swej pracy miał pewne oparcie w osobie Bronisława Petryńskiego, jednego z najlepszych i rokujących nadzieje asystentów w klinice.

Wszystko się skończyło z chwilą wkroczenia armii niemieckiej. Profesor Grek wraz z żoną, jak również świeżo uwolniony z radzieckiego więzienia profesor Rencki, zostali rozstrzelani. Docent Wincenty Czarniecki, pan już w zaawansowanym wieku, nie był już tego lotu, co poprzednicy. Niemcy kliniki zmilitaryzowali zatrzymując cały lekarski i pielęgniarzki personel dotychczas tam zatrudniony. W takich warunkach trudno było myśleć o pracy naukowej.

O ile za czasów radzieckich nikt nie miał problemów z opieką zdrowotną, o tyle w okresie okupacji niemieckiej wystąpiły one w drastycznej formie. Żeńskie zakony starały się zorganizować pomoc potrzebującym, ale niezbędny był udział lekarzy. Jednym z tych, którzy z wielkim poświęceniem i przeważnie bezinteresownie ruszyli z pomocą dla chorych był Mietek Gamski.

Nasz Instytut Sanitarno-Bakteriologiczny Niemcy zmilitaryzowali przekształcając na Instytut Badań nad Durem Plamistym i Wirusami. Zastanawiałem się, co robić. Wiele przemawiało za tym, by zrezygnować z pracy w Instytucie i opuścić Lwów. Mietek starał się przekonać mnie, bym nie wyjeżdżał. Jego argumenty wydały mi się na tyle słuszne, że zdecydowałem się pozostać we Lwowie i nadal pracować w Instytucie. Przyszłość wykazała, że postąpiłem słusznie.

Po odejściu Rosjan minęło niebezpieczeństwo, jakie zagrażało panu Jelewskiemu i nic nie stało na przeszkodzie powrotowi do dawnego mieszkania. W takiej sytuacji nie było już dla mnie miejsca i musiałem sobie poszukać nowego lokum. Nadal jednak utrzymywałem bliskie kontakty z Gamskimi i byłem częstym ich gościem.

W marcu 1944 roku Instytut został ewakuowany do Częstochowy, a profesor Weigl wyjechał do Krościenka. Mój dalszy pobyt we Lwowie nie miał sensu. Wyjechałem do Białej Podlaskiej, gdzie mi przypadło spełnić obowiązki żołnierski. Nasze drogi rozeszły się na kilka lat. Pozostała tylko łączność korespondencyjna. Pierwszy list od Mietka Gamskiego otrzymałem 24 lipca 1945 roku. Zacytuję fragment, który dobrze odtwarza jego sytuację i nastrój psychiczny.

„.... Płaczę się ciągle w wyczerpującej, rabującej czas praktyce codziennej. Pewnie, że wobec braku lekarzy we Lwowie zakres mojej praktyki się rozszerzył, że na ogół mam nie najgorsze wyniki, ale dzień mam zajęty od 8 do 23 godziny, robię ok. 10 wizyt dziennie, raz w niedzielę doszedłem do 20 wizyt. Dosłownie, ani chwili odpoczynania, żadnych studiów, tylko oczekiwanie, kiedy będę mógł wyzwolić się z niewolnictwa praktyki codziennej i przejść, o ile w ogóle potrafię, do pracy teoretycznej z zakresu kliniki, czy patologii. Gdybyśmy, nie daj Boże, musieli wyjeżdżać ze Lwowa, konieczność zarobkowania gdzieś na jakiejś prowincji, w nowych trudnych warunkach przekreśliłaby wszystko. To nader ponure...”

Ten jego pesymistyczny nastrój był zrozumiały. Pozbawiony był możliwości pracy naukowej, co stanowiło cel jego życia. Brakowało mu ludzi, z którymi mógłby podyskutować. Dr Stanisław Petryński, pogrążony w depresji, popełnił samobójstwo. Większość kolegów została powołana do służby wojskowej. Inni, nie widząc szansy dla siebie we Lwowie, wyjechali na Zachód. Mietek przeżywał

rozterki, co robić. Kochał swój Lwów i żał mu było opuścić to miasto. Z drugiej strony coraz wyraźniej widział bezsens pozostania. Ostatecznie przeważyła decyzja rodziców. Pan Włodzimierz Gamski nadal był bez pracy. Syn Stanisław, przebywający wówczas w Gdańsku namawiał w swych listach, by rodzice przyjechali do niego. Dyrekcja PKP potrzebowała fachowców do pracy. W 1946 roku państwo Gamscy zdecydowali się na wyjazd do Gdańska. Mietek zdał sobie sprawę, że musi podjąć życiową decyzję. Postanowił udać się do Wrocławia, miasta, do którego podążała większość lwowiaków. Został adiunktem w Klinice Chorób Wewnętrznych kierowanej przez profesora Antoniego Falkiewicza, wywodzącego się również z lwowskich klinik. Szef zostawił mu wolną rękę i nie ingerował w plany naukowe. Miejsce dla realizowania swej pracy habilitacyjnej znalazł w Zakładzie Fizjologii, kierowanym przez profesora Andrzeja Klisiewskiego. Radą mu służył nieraz profesor Hugo Kowarzyk. W rzeczywistości był skazany niemal wyłącznie na własne siły. Musiał pokonywać wielkie trudności bez mądrego opiekuna, jakiego ja miałem szczęście posiadać w osobie profesora Weigla. Wyciągnął z tego wnioski na przyszłość. Jako kierownik kliniki włożył ogromny wysiłek w przygotowanie swych asystentów do pracy badawczej i w ukształtowanie ich osobowości naukowej.

Tak się złożyło, że obaj habilitowaliśmy się w 1951 roku, a w 1954 zostaliśmy profesorami nadzwyczajnymi i objęliśmy katedry - ja w Gdańsku, a on w Lublinie. W 1957 r. został kierownikiem III Kliniki Chorób Wewnętrznych w Gdańsku. Obaj w 1984 roku przeszliśmy na emeryturę.

Szczęściem jest mieć prawdziwego przyjaciela, na którego można zawsze liczyć, ale to szczęście staje się szczególnie wielkie, jeśli jest nim tak wspaniały człowiek, jakim był profesor Mieczysław Gamski.

prof. dr hab. Stefan Kryński



TEMPUS 1995/96

Zasady przyznawania funduszy z Programu TEMPUSII (tzw. drugi etap Programu, przewidziany na 4 lata, 1994 - 1998) różnią się nieco od obowiązujących w pierwszym etapie.

Fundusze TEMPUS mogą być wykorzystywane wyłącznie na finansowanie działań między krajami uprawnionymi i krajami Wspólnoty Europejskiej. Udział w projektach TEMPUS (bez prawa finansowania tej części współpracy) mogą brać również kraje z Grupy G-24:

kraje EFTA -Austria, Finlandia, Islandia, Lichtenstein, Norwegia, Szwecja i Szwajcaria
oraz Turcja, USA, Kanada, Japonia, Australia, Nowa Zelandia, Cypr i Malta.

Warunki, jakie muszą być spełnione w aplikacji na rok 1995/96:

Joint European Project (JEP's)

Są dwa typy JEP-ów: strukturalny i tzw. mobility.

- **JEP-y strukturalne** przeznaczone są na finansowanie działań mających na celu restrukturyzację i modernizację systemu szkolnictwa wyższego w Europie Środkowej i Wschodniej w dziedzinach uznanych przez poszczególne kraje za priorytetowe.

Ministerstwo Edukacji Narodowej przedstawiło jako priorytetowe następujące dziedziny:

- związane z rozwojem gospodarczym i technologicznym
 - ekonomika i zarządzanie w handlu, finansach, rolnictwie, transporcie, budownictwie i sektorze zdrowia
 - inżynieria i technologia
 - ochrona środowiska
 - planowanie przestrzenne i zarządzanie przedsiębiorstwami publicznymi
- związane ze zmianami politycznymi i socjalnymi
 - psychologia społeczna
 - administracja publiczna i samorządowa
 - negocjacje, arbitraż i studia nad rynkiem pracy
 - ochrona socjalna i bezrobocie
 - komunikacja społeczna
- związane z integracją europejską
 - języki europejskie
 - prawo międzynarodowe, porównawcze
 - ekonomika

Specjalne JEP-y w zakresie poprawy administracji europejskiej dotyczące:

- zarządzania finansami w uniwersytetach
- rozwoju wydziałów współpracy międzynarodowej
- wprowadzania skomputeryzowanych systemów informacyjnych w bibliotekach uniwersyteckich
- Celem **Mobility JEP-ów** jest stworzenie sieci instytucji dla trans-europejskiej wymiany studentów między uniwersytetami krajów uprawnionych i partnerów z krajów Wspólnoty Europejskiej i Grupy G-24, jak również Cypru i Malty.

JEPy mogą być projektowane w następujących zakresach:

- wprowadzenie nowych kierunków studiów oraz restrukturyzacja istniejących
- przegląd i ulepszanie zarządzania w uniwersytetach
- tworzenie nowych instytucji czy wydziałów
- rozwój kontaktów z przedsiębiorstwami oraz wprowadzenie czy ciągłe ulepszanie studiów
- tworzenie sieci dla organizowania wymiany studentów

W jednym projekcie TEMPUS typu JEP muszą brać udział minimum następujące jednostki:

- jedna instytucja szkolnictwa wyższego w kraju uprawnionym
- jedna instytucja szkolnictwa wyższego w kraju Wspólnoty Europejskiej
- jeden partner (uniwersytet lub przedsiębiorstwo) z drugiego kraju Wspólnoty Europejskiej.

Partnerów oczywiście może być więcej. Wniosek o finansowanie Projektu musi zawierać formalną zgodę wszystkich partnerów.

Wnioski przyjmuje się w Biurze European Training Foundation w Turynie do dnia 31 stycznia 1995 r. (obowiązuje data stempla pocztowego).

Stypendia indywidualne

O stypendium indywidualne TEMPUS mogą się ubiegać tylko nauczyciele akademicki i pracownicy administracji.

Celem programu **Individual Mobility Grants** jest modernizacja programów nauczania i materiałów dydaktycznych, rozwój kadry i inne działania wspierające rozwój szkolnictwa wyższego.

Stypendium na wizyty mogą otrzymać tylko kandydaci z krajów uprawnionych na wyjazd do krajów Wspólnoty Europejskiej. Wnioski, zawierające programy badawcze, nie będą akceptowane.

Wnioski o stypendium mogą uwzględniać następujące terminy pobytu:

- do 3 miesięcy - rozwój programu nauczania, przygotowanie materiałów dydaktycznych dla nowych i istniejących kierunków studiów
- do 4 miesięcy - prowadzenie zajęć i wykładów, doskonalenie młodej kadry naukowej na studiach doktoranckich, praktyki w przedsiębiorstwach oraz praktyki w uczelniach - te ostatnie tylko dla pracowników administracyjnych
- do jednego miesiąca - wymiana ekspertów w celu zasięgnięcia informacji lub konsultacji mających na celu rozwój szkolnictwa i kształcenia w kraju uprawnionym, udział w konferencjach, kongresach i seminariach, których przedmiotem jest dziedzina objęta priorytetem.

Wnioski należy przysyłać do krajowego Biura TEMPUS w Warszawie w terminie:

- do 17 lutego 1995 r. - dla wizyt planowanych w okresie wrzesień 1995 r. - sierpień 1996 r.
- do 16 czerwca 1995 r. - dla wizyt planowanych w okresie styczeń - sierpień 1996 r.

do druku podała
dr Genowefa Bendykowska

STUDENCI INFORMUJĄ

Członkowie Zarządu Studenckiego Towarzystwa Naukowego na rok akademicki 1994/95:

Przewodniczący

Krzysztof Kędziora V WL; DS nr 3 pok. 248
tel. wew. 11-83

Zastępcy przewodniczącego:

Wojciech Makarewicz V WL; ul. B. Sychty 2/7
tel. grzecznościowy 53-60-73

Jarosław Nosowicz V WL; DS nr 3 pok. 157
tel. wew. 11-83

Sekretarz

Lucjanna Mionskowska IV WL; ul. Słabego 5/7

Siedziba STN mieści się w Klubie Studenckim
„Medyk” pok. 3

Dyżury członków Zarządu
w środę 13.30-14.30

Aby mieć rozeznanie w Kołach naukowych działających na terenie AMG i by móc kierować do ww. Kół interesujące je pisma, zwracam się z prośbą o dostarczenie aktualnych danych o Kole:

nazwa, adres, telefon katedry/kliniki
imię i nazwisko opiekuna Koła
listę studentów wraz z rokiem studiów.

Przewodniczący STN
Krzysztof Kędziora



*Z okazji nadchodzących Świąt
Bożego Narodzenia
i zbliżającego się Nowego Roku
składamy serdeczne życzenia
wszystkim Studentom, Opiekunom
i Sympatykom STN*

Zarząd STN

IV OGÓLNOPOLSKA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA UNIEJÓW'95

Zarząd STN AMG informuje, że IV Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa UNIEJÓW'95:

„Immunologiczne aspekty powstawania i leczenia chorób.

Immunologiczne aspekty leczenia balneologicznego”

odbędzie się 5-7.05.1995 r. w salach Zamku w Uniejowie.

Tematyka spotkania obejmuje zagadnienia z dziedziny immunologii klinicznej, kardiologii, balneologii i medycyny fizykalnej. Przewiduje się sesje referatowe i plakatowe.

Zgłoszenia i streszczenia referatów należy przesać do 28.02.1995 r. Szczegółowe informacje udziela Zarząd STN w siedzibie Towarzystwa.

STUDENCKIE „GRANTY”

Istnieje możliwość przyznania środków finansowych na studencki projekt badawczy prowadzony w ramach danego Koła. Projekty należy składać do 31.01.1995 r. w Dziale Nauki.

W dniu 13.12.1994 r. o godz. 15.00 w sali im. prof. Reichera odbędzie się zebranie organizacyjne w sprawie przyznawania „grantów”.

KONFERENCJA NAUKOWA STUDENTÓW AMG

Na początku maja przyszłego roku będzie miała miejsce Konferencja Naukowa Studentów AMG z udziałem gości z Polski i zagranicy. O formie i szczegółach Konferencji poinformujemy w późniejszym terminie.

Orientacyjny termin zgłaszania swego udziału - luty 1995 r.

OBOZY NAUKOWE?

Prawdopodobnie w bieżącym roku akademickim uda się wskrzesić prastarą tradycję obozów naukowych.

O sposobie rekrutacji i terminie zostaną Państwo poinformowani.

II KONGRES STN

Do Dziekanatu AMG napłynęło zawiadomienie o II Bydgoskim Kongresie Studenckich Kół Naukowych, który odbędzie się 5-6.05.1995 r. w Bydgoszczy.

Temat Kongresu: Patomechanizm, diagnostyka, postępy w leczeniu nowotworów.

Termin nadsyłania zgłoszeń i streszczeń upływa z dniem 31.12.1994 r.

(Zarząd STN)



TOWARZYSTWA

FUNDACJA „EDUKACJA W POŁOŻNICTWIE i GINEKOLOGII”

GDAŃSKI ODDZIAŁ POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGICZNEGO FIRMY: Schering, Jenapharm, Merck

zapraszają na posiedzenie szkoleniowo-naukowe, które odbędzie się 3 grudnia o godz. 10.00 w sali wykładowej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych w Gdańsku, ul. Kliniczna 1a. W programie:

1. Prof. dr hab. D. Pisarek-Miedzińska - *Czynność tarczycy u kobiety ciężarnej i noworodka. Profilaktyka wola z niedoboru jodu*
2. Prof. dr hab. I. Rzepka-Górska - *Wybrane zagadnienia z endokrynologii okresu dojrzewania*
3. Prof. dr hab. M. Obara - *Problemy uświadomienia seksualnego i planowania rodziny u młodych kobiet*
4. Dyskusja - Prezentacja firm - Lunch

POLSKIE TOWARZYSTWO PATOLOGÓW ODDZIAŁ GDAŃSKI

zaprasza na zebranie w środę 7 grudnia o godz. 13.00 w Muzeum Zakładu Patomorfologii Akademii Medycznej w Gdańsku. W programie:

M. Hrabowska, M. Dorniak, S. Wojtylak, Samodzielna Pracownia Patomorfologii Klinicznej Instytutu Położnictwa i Chorób Kobietych - *Kryteria obiektywizacji obrazu mikroskopowego na przykładzie guzów jajnika*

POLSKIE TOWARZYSTWO ONKOLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKI

zawiadamia, że w dniu 13 grudnia w sali im. Prof. W. Grabowskiego Instytutu Radiologii i Radioterapii AMG o godz. 13.15 odbędzie się kolejne zebranie naukowo-szkoleniowe na temat:

Zastosowanie laseroterapii w nowotworach przewodu pokarmowego

- referat przygotowany przez prof. dr hab. A. Kopaczka, lek. med. T. Jastrzębskiego, lek. med. M. Świerblewskiego, lek. med. M. Trenknera.

INSTYTUT CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

informuje, że w środę 28 grudnia w sali im. Wszelakiego w godz. 12.00-13.00 odbędzie się

KONFERENCJA KLINICZNA

Omawiane przypadki pochodzą z I Kliniki Chorób Serca Instytutu Kardiologii AMG. W programie:

1. *Choroba wrzodowa żołądka z objawami duszniczymi bolesnej* - R. Rożkiewicz-Woźniak
2. *Chory z wadą aortalną i chorobą wieńcową w podeszłym wieku* - T. Deptulski

Szczególnie serdecznie zapraszamy studentów V roku, stażystów i rezydentów do wzięcia udziału w konferencji.

POLSKIE TOWARZYSTWO EPIDEMIOLOGÓW i LEKARZY CHOROÓB ZAKAŻNYCH ODDZIAŁ GDAŃSKI

POLSKIE TOWARZYSTWO NEUROLOGICZNE ODDZIAŁ GDAŃSKO-ELBLĄSKI

zawiadamiają, że dnia 14 grudnia (środa) o godz. 12.00 w sali wykładowej im. Prof. W. Bincera Kliniki Chorób Zakaźnych AMG, ul. Smoluchowskiego 18, odbędzie się zebranie na temat:

Odczynowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych
W programie:

1. *Odczynowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych* - dr H. Trocha, dr M. Dubicka
2. *Analiza kliniczna przypadków chorych z odczynowym zapaleniem opon mózgowo-rdzeniowych w materiale Kliniki Chorób Zakaźnych i Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Gdańsku z lat 1975-1994* - dr M. Dubicka, dr H. Trocha, dr J. Ellert-Żygadłowska, dr M. Żyromska-Frydrych, dr M. Jankowska, dr M. Lemańska, lek. med. A. Goerick, lek. med. A. Dzierbicki
3. *Demonstracja wybranych przypadków* - dr H. Trocha, dr M. Dubicka, dr M. Jankowska, dr B. Billewicz



50
LAT
AMG

KOMUNIKAT

W dniu 4 listopada 1994 r. odbyło się posiedzenie Komitetu Obchodów 50-lecia AMG, inaugurujące cykl spotkań roboczych, podczas których omawiane będą dokonania poszczególnych Zespołów.

W trakcie spotkania przewodniczący Zespołów: do spraw historyczno-wydawniczych - prof. dr hab. Stefan Raszeja oraz do spraw imprez towarzyszących - prof. dr hab. Brunon Imieliński przedstawili postępy prac.

Następne spotkania będą odbywały się w każdy pierwszy piątek miesiąca. Komitet przyjął wstępny projekt kalendarium obchodów jubileuszu, zamieszczony obok.

Przewodniczący Komitetu Obchodów
prof. dr hab. Zdzisław Wajda

DZIAŁ KADR

1.10. - 31.10.1994

Uzyskała stopień naukowy doktora hab.:

dr hab. farm. Jadwiga Ochocka

Awansowali na stanowisko adiunkta:

dr farm. Halina Gabiga
dr med. Jarosław Olszewski
dr n. med. Mirosława Pellowska-Piontek
dr med. Krzysztof Szkarłat
dr med. Jerzy Wojculewicz

Przeszli na stanowisko starszego wykładowcy:

dr n. med. Wiesława Czerwińska
dr med. Ludwika Lubińska-Wykrzykowska
dr med. Ewa Semetkowska-Jurkiewicz
dr n. med. Józef Zienkiewicz

Kalendarium obchodów 50-lecia AMG

5 października 1995 r. - czwartek

10⁰⁰-13⁰⁰/14⁰⁰ SESJA NAUKOWA w Zakładach Teoretycznych

- Wystawa sprzętu i farmaceutyków w Instytucie Radiologii i Zakładach Teoretycznych
- Wernisaż twórczości plastycznej pracowników AMG
- Wystawa książki medycznej w Bibliotece Głównej AMG

15⁰⁰ Zjazd absolwentów w Zakładach Teoretycznych

wieczorem Przedstawienie / Koncert w Teatrze Muzycznym/ Filharmonii Bałtyckiej

ZJAZD REKTORÓW AKADEMII MEDYCZNYCH

6 października 1995 r. - piątek

8⁰⁰ Msza św. w Katedrze Oliwskiej

10⁰⁰ Inauguracja roku akademickiego 1995/96 w Teatrze Wybrzeże

Wystawa plakatowa osiągnięć katedr i klinik

17⁰⁰/18⁰⁰ Koncert kameralny w Operze Bałtyckiej lub Białej Sali Ratusza

wieczorem Bankiet

7 października 1995 r. - sobota

11⁰⁰ Poranek muzyczny z udziałem chóru AMG

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

35 lat

p. Regina Grudzień

30 lat

dr hab. Ewa Dilling-Ostrowska, prof. nzw.
dr hab. Jan Ereciński, prof. nzw.
dr med. Krystyna Kowalewska
dr med. Tadeusz Kruszczyński

25 lat

dr med. Zbigniew Afeltowicz
dr med. Aloiza Januszkiewicz-Grabias
dr n. przyr. Ewa Lipińska-Namysł
dr med. Marta Michowska
dr hab. Jan Stępiński, prof. nzw.
dr farm. Krystyna Szefer

20 lat

dr med. Piotr Dembowski
dr hab. Roman Hauser, prof. nzw.
dr med. Zbigniew Jankowski
mgr fil. Gizela Kubik
dr med. Alicja Renkielska
dr hab. Marek Stomiński, prof. nzw.
dr med. Andrzej Smoczyński
dr n. hum. Michał Woroniecki

Decyzją Centralnej Komisji ds. Tytułu Naukowego i Stopni Naukowych zatwierdzającą uchwałę Rady Wydziału Filozofii KUL z dnia 27 kwietnia 1994 r.

dr. Feliksowi Krause

nadano stopień naukowy doktora habilitowanego nauk humanistycznych w zakresie filozofii - historii filozofii.

**Fundacja Rozwoju Akademii Medycznej
w Gdańsku**

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

351-809-506850-139-11

- alternatywnie - zwiedzanie Gdańska z przewodnikiem

15⁰⁰/16⁰⁰ Spotkanie uczestników obchodów 50-lecia
- Sopot, Tor Wyścigów Konnych

8 października 1995 r. - niedziela (DZIEŃ PAMIĘCI)

8⁰⁰/9⁰⁰ Msza św. w Kaplicy pod wezwaniem Matki Boskiej Częstochowskiej (u Pallotynów)

Składanie wieńców na grobach zmarłych profesorów

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

PRASÓWKA

NA WSZYSTKO BRAKUJE
PIENIĘDZY

- to tytuł artykułu D. Janowskiego. Nie ma na telefony, komputery, leki, dziury w jezdniach... W podtytule zaś pytanie: „Czy policja, pogotowie ratunkowe, straż pożarna i inne służby są przygotowane do tragicznych wydarzeń na taką - i większą - skalę. Jak majowy wypadek autobusowy w Kokoszkach?

„... Okazuje się - czytamy dalej - iż gdańskie jednostki interwencyjne na wypadek katastrofy nie są dostatecznie przygotowane. Po tragedii - mimo deklaracji miejskich władz - nie powstały nawet załączki zintegrowanego systemu ratownictwa, podobnego do organizowanego energicznie w Gdyni.

Powinien on być uruchomiany w trakcie krytycznych wydarzeń, takich jak: wypadki drogowe, katastrofy lotnicze, epidemie, pożary, powodzie, zgubne w skutkach wichury, śnieżyce czy też skażenia środowiska środkami chemicznymi... A dalej:

„... Służba zdrowia także nie jest odpowiednio przygotowana na okoliczność katastrofy. - Oddłużona o 700 mld zł będzie sprawniejsza - twierdzi dr Maria Jagoda z Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. Zdaniem dr Jagody już wkrótce planowana jest reforma i reorganizacja działów pogotowia ratunkowego; ludzie i sprzęt skupieni będą w wojewódzkich stacjach pogotowia ratunkowego zintegrowanych w sprawnym systemie ze strażą pożarną, policją, pogotowiem energetycznym i gazowym. Zespół, powołany przez lekarza wojewódzkiego do końca listopada, powinien opracować harmonogram zmian. Są jednak obawy, czy wyniki tej pracy nie trafią na półkę - telefonizacja i komputeryzacja to ogromne pieniądze. A tych brakuje nawet na leki i materiały opatrunkowe...”

[Dziennik Bałtycki nr 255 z dn. 2.11]

NAUKOWCY I PIENIĄDZE

„Nie będzie już immatrykulacji...? Uczelnia bez pierwszoroczniaków?”

„Musimy drastycznie ograniczyć nabór na pierwszy rok studiów stacjonarnych - powiedział prorektor ds.

kształcenia Politechniki Gdańskiej, Aleksander Kołodziejczyk.”

„Wystąpiliśmy z wnioskiem do senatu uczelni o podjęcie uchwały, że Uniwersytet Gdański wstrzymuje rekrutację na rok akademicki 1995/1996 - poinformowała przewodnicząca KZ „Solidarność” na UG, Ewa Trela.”

„Medyków generalnie brakuje. Nie możemy ograniczać naboru ani strajkować, ponieważ są to działania wymierzone w pacjenta - orzekł przewodniczący „Solidarności” AMG i szpitali klinicznych, Michał Woźniak.” I dalej:

„Naukowcy z Politechniki wysłali do marszałka Sejmu Józefa Oleksego 950 listów protestacyjnych. Taka sama korespondencja ze strony UG sięgnęła liczby 880. Medycy poprzestali na trzech setkach identycznie brzmiących sprzeciwów przeciwko ustawom, od których zależy wysokość wynagrodzeń osiągniętych w nauce i sposób finansowania szkolnictwa wyższego...”

A propos wynagrodzeń: w artykule czytamy jeszcze, że... „Średnia pensja na AMG wynosi 3 miliony z groszami. Na uniwersytecie nauczyciele akademicy zarabiają średnio 5,7 mln brutto...”. Czyżby to miało znaczyć, że... są „równi i równiejsi”??

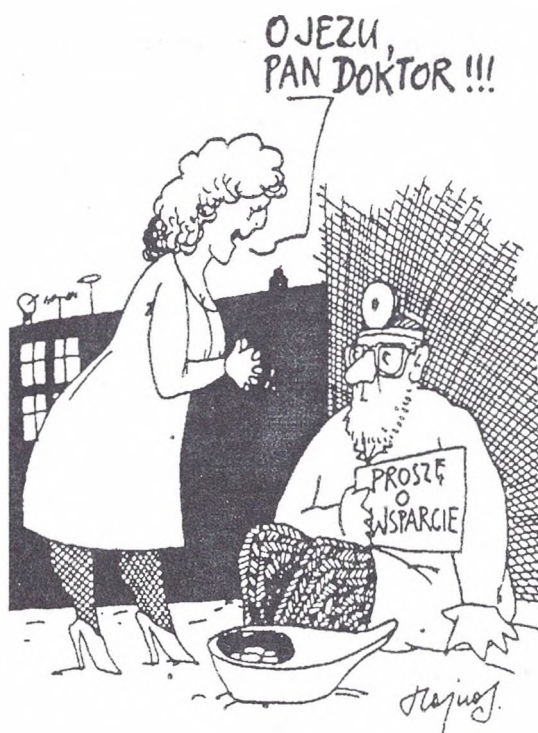
[dod. Wybrzeże, Dziennik Bałtycki z dn. 26.10]

STARY SZPITAL W NOWYM
STYLU

„Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku staje się placówką o nowym obliczu. Osiem lat musiało minąć, aby po wielu perturbacjach finansowych i technicznych, zmiana kierownictwa mogło dojść do widocznych efektów w funkcjonowaniu placówki.

Zmienia się nie tylko XIX-wieczny budynek, modernizacja obejmuje również zabezpieczenie techniczne. Nasilenie prac nastąpiło w ostatnich czterech latach, twierdzi kierownik techniczny szpitala Krystian Ukleja. Mogli to już odczuć pacjenci i personel, kiedy na początku tego roku oddano cztery sale bloku głównego, tj. salę operacyjną i zaplecze główne bloku operacyjnego...

...Do końca br. planuje się przebudowę głównej izby przyjęć. Dotych-



czasowe jej funkcjonowanie, zmuszające do wzajemnego przepychania się odwiedzających i pacjentów, np. po ciężkim wypadku, wreszcie się skończy...

I jeszcze stwierdzenie: „W grudniu 1995 roku ma się zakończyć kolejny etap rozbudowy i modernizacji. Przewiduje się wówczas dobudowanie trzech kondygnacji od strony południowej. Z holu głównego będzie bezpośredni dostęp do sali reanimacji i do sal zabiegowych...”

„Istotną kwestią, jak dotąd nie rozwiązana, jest problem dojazdu do szpitala. Obecnie liczba miejsc postojowych nie zaspokaja potrzeb.”

[Gazeta Morska z dn. 3.11]

TRADYCJA I ALMA MATER

Wywiad z prof. dr. hab. Brunonem Imielińskim na temat niedawno powstałego formalnie Stowarzyszenia Absolwentów Gdańskiej AMG. Profesor, który jest założycielem tego Stowarzyszenia powiedział m.in.:

„Formalna rejestracja miała miejsce w lipcu, ale poprzedziło ją zawiązanie komitetu założycielskiego już w kwietniu. Teraz zapraszamy gorąco wszystkich lekarzy i farmaceutów, którzy ukończyli naszą uczelnię od początku jej istnienia do wzięcia udziału w spotkaniu...” (odbyło się 22 października). I jeszcze jedna ważna informacja:

„(Akademię) ukończyło około siedemnaście tysięcy absolwentów. w

tym ponad dziesięć tysięcy lekarzy medycyny i po trzy i pół tysiąca lekarzy stomatologów oraz farmaceutów. Rozpierzchli się po kraju i świecie. Niestety, nie mamy dokładnego rozeznania co do ich losów i właśnie temu będzie służyło Stowarzyszenie. Chcemy stworzyć za jego sprawą lobby, wspierające interesy uczelni, a przede wszystkim podtrzymujące więź z Alma Mater. Wielu mieszka i pracuje za granicą. Dzięki nim można by stworzyć dodatkowe kontakty między uczelniane i naukowe. Najważniejsze są jednak wzajemne kontakty. Ja jestem z rocznika, który niedawno obchodził 40-lecie. Spotykamy się co pięć lat i zawsze te zjazdy cieszą się dużą frekwencją”.

[Dziennik Bałtycki z dn. 20.10]

BADACZE I UDAWACZE

Oto kilka wybranych fragmentów artykułu Jerzego Sosnowskiego:

„Pracownicy uczelni to zdumiewający koktajl ludzi zdolnych, błyskotliwych badaczy i miernot wegetujących dzięki rozmaitym mechanizmom życia akademickiego.”

„O profesorach mówić najtrudniej, w ich gronie bowiem „udawaczy” produkuje, niestety, biologia. Jak wiadomo, w Polsce tytuł profesora dostaje się dość późno (ostatnie lata przyniosły zresztą w tej kwestii zmianę na lepsze). Zbliżający się do emerytury naukowcy mają pełne prawo do odczuwania niechęci wobec zmian, wobec ryzyka, jakie niesie każda innowacja”. I dalej:

„Cóż, kiedy to właśnie innowacje są niezbędnym składnikiem udanej pracy tak naukowej, jak i dydaktycznej... Liczba profesorów, których os-

tatnią publikacją była tzw. książka profesorska (pozwalająca na uzyskanie tytułu), a których wykłady nie cieszą się najmniejszą bodaj popularnością wśród studentów, jest w każdej dziedzinie zatrażająco wysoka. Choć oczywiście nietrudno wskazać przypadki wspaniałych uczonych, twórczych pomimo podeszłego wieku.

Wśród pracowników średniego szczebla „udawaczy” produkuje przede wszystkim zawodzący system rotacji.

Teoretycznie, aby utrzymać się na uczelni, należy w ściśle określonym czasie zdobywać kolejne stopnie naukowe. W praktyce jednak komisje, które decydują o zwolnieniu z pracy (zwanym „rotacją”, ponieważ stwarza miejsce dla młodszych kandydatów), czynią to zazwyczaj bardzo niechętnie. Komisje te składają się z kolegów delikwenta - tych, którzy zdążyli ze stopniem na czas, którym się powiodło. Ich sytuacja jest psychologicznie bardzo trudna i najczęściej nie umieją jej sprostać.

Wreszcie najmłodsza kadra, czyli asystenci i stażyści. Tu od niedawna rozwija się choroba, która wcześniej stoczyła środowisko nauczycielskie: negatywna selekcja do zawodu. W momencie, kiedy stażystom proponuje się pensję rzędu 2 mln złotych, a prestiż pracy na uczelni wyraźnie spadł, najlepsi absolwenci nie mają żadnego powodu, aby się na nią decydować...”

„Pora na wnioski. Po pierwsze: należy wybrać ośrodki wymagające szczególnej opieki - renomowane, posiadające niekwestionowany dorobek w danej dziedzinie...

Po drugie: należy ściśle powiązać wysokość zarobków z realnymi wynikami w pracy naukowej i dydaktycznej. Bezwzględnie wprowadzić kontrakty na wszystkich szczeblach hierarchii naukowej. Inaczej uczelnie będą się zawsze zamieniały stopniowo w przechowalnię ludzi nietwórczych. Przeciwdziałałaby temu niewątpliwie wolna konkurencja.”

[Gazeta Wyborcza Nr 255 z dn. 2.11]

APTEKARZE PROTESTUJĄ

„Ostatnia podwyżka cen leków (z 7.11) zaniepokoiła nie tylko pacjentów, ale i aptekarzy.

15.11 odbył się Nadzwyczajny Zjazd Okręgowej Izby Aptekarskiej, podczas którego farmaceuci przyjęli uchwałę o przystąpieniu do ogólnopolskiej akcji protestacyjnej. Do prywatnych aptekarzy przyłączył się także Cefarm.

Farmaceuci protestują nie tylko przeciw próbie ograniczenia prywatnej własności w tym zawodzie, ale także przeciw polityce państwa zmierzającej, ich zdaniem, do przerzucenia kosztów leczenia na społeczeństwo.

W ostatnich miesiącach kilkakrotnie zmieniano zasady odpłatności za leki. Podwyższano ceny niektórych specyfików, przesuwano z listy refundowanych na listy cen limitowanych. Jednocześnie aptekarze nie mogą doczekać się refundacji za leki częściowo płatne lub bezpłatne. Zawsze następuje to z ogromnym opóźnieniem.

Ostatnia podwyżka leków - czytamy dalej - i jednocześnie obniżenie marż aptekarzy na niektóre farmaceutyki nastąpiła bez konsultacji z tym środowiskiem. Przeciwno temu także protestują farmaceuci.

21 listopada w całym kraju będzie miała miejsce akcja protestacyjna. Będzie ona różnie przebiegała w poszczególnych województwach. W Gdańsku i Elbląsku apteki czynne będą tego dnia dopiero od godz. 12. W każdym mieście czynna będzie jednak od rana jedna apteka dyżurna. Wszystkie będą zaś oplakatowane.

Ten protest z jednej strony ma pokazać, że aptekarze nie akceptują dotychczasowej polityki państwa w tym zakresie, z drugiej zaś ma powstrzymać przed kolejnymi planowanymi zmianami, np. wprowadzeniem granicznych umów refundacyjnych dla aptek. Oznaczałoby to dla pacjenta, że po wyczerpaniu limitu w danej aptece, musiałby kupować lek pełnopłatnie lub czekać z jego wykupieniem do następnego miesiąca.”

[Dziennik Bałtycki Nr 266 z dn. 16.11]

ZA BŁĘDY MINISTRA ZAPŁACA PACJENCI

- to komentarz do sprawy powyżek leków, jaki wyraził w wywiadzie dr S. Vogel - prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku. Stwierdził: „Ministerstwo Finansów złamało prawo, gdyż Izba, czyli samorząd ma ustawowo zagwarantowane prawo negocjowania z władzą cen leków, jak i marż”.

[Głos Wybrzeża Nr 265 z dn. 16.11]

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



Pajace

muz. Marek Prusakowski
sł. Tadeusz Buraczewski

*A kiedy wymyślimy siebie,
niczym podwójne, zręczne kłamstwo,
wirując w tańcu naszych złudzeń,
przy brawach opłaconych błaznów.*

*A kiedy uwierzymy w siebie,
będziemy szukać swego cienia,
ze świtu białą idąc kartą,
jak z pustym aktem urodzenia.
Może spojrzymy sobie w oczy,
by nic nie mówiąc móc pomarzyć,
że wrócą obcy don kichoci,
na tarczach naszych smutnych twarzy.*

*A kiedy będzie całkiem jasno,
miasto do życia się przebudzi,
dane nam będzie się przekonać,
że jedną twarz ma wielu ludzi.*

*Będziemy dalej pięknie kłamać,
unikać prawdy monotonii,
bo nawet sprzęty w naszym domu
komedię będą grać harmonii.*

*Aż kiedyś potrafimy ująć
w dwa wersy tomów życia prawdę,
że we śnie można być człowiekiem,
na jawie trzeba być pajacem.*

*Trzeba się dobrze tylko cenić,
gdy nitki ktoś nam poprzewleka,
bo na pajace rośnie popyt,
a spada cena na człowieka.*

*Śmieją się twarze z krzywych luster,
kiedy z finezją życie tańczą
na jednej nitce dwa pajace,
przy brawach opłaconych błaznów.*

mówią poeci ...

Michał Błażejowski

*Chodziła Matka Boska po świecie,
prowadziła Matka Boska dwoje dzieci.
Jedno było zdrowe, drugie było Hifowe,
a nie chciała powiedzieć, które jest które.
Jedno było zdrowe, drugie było hifowe,
a nie chciała powiedzieć, które jest które.*

*I stanęła w samym sercu kraju, prosi wpuszczenie,
ale ludzie nie wpuszczają*

*I tego co zdrowe i tego co hifowe,
bo nie chciała powiedzieć, które jest które.
I tego co zdrowe i tego co hifowe,
bo nie chciała powiedzieć które jest które.*

*Nam takiego gnoju tu nie trzeba,
lepiej zabierz swoje bachory do nieba.
Popatrzyła Matka Boska po domach,
nie potrzebna mi ta wasza korona,
chleba za nią nie kupię bo gorzki
i nie widział już nikt Matki Boskiej.*

*Tylko ludzie chodzili, tylko ludzie chodzili,
wreszcie będzie tu spokój mówili.*

*Tylko ludzie chodzili, tylko ludzie chodzili,
wreszcie będzie tu spokój mówili.*



p.o. Kierownik III Kliniki Chirurgicznej
AM w Gdańsku
doc. dr med. Stanisław Świca

Zapraszamy i gorąco zachęcamy
do kontynuowania! (Red.)

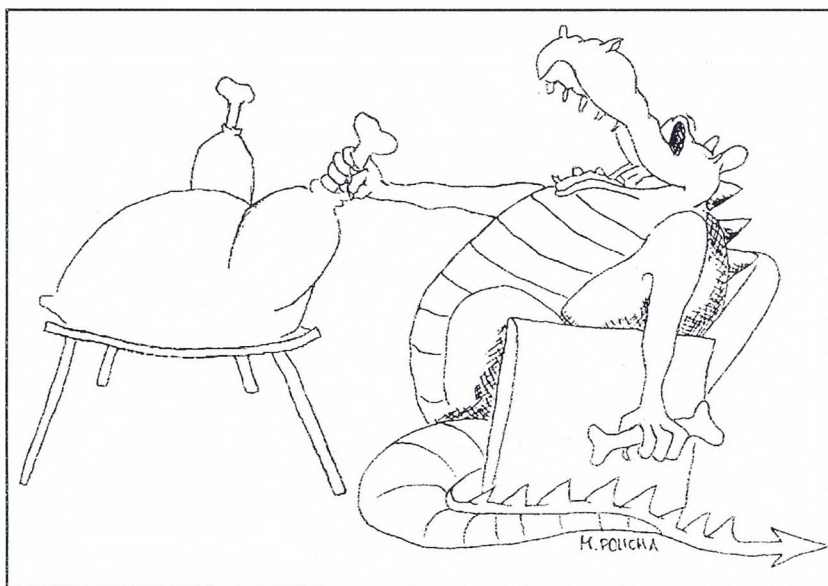
Humor w klinice

W związku z realizowanym programem poprawy sprawności fizycznej asystentów III Kliniki Chirurgicznej AMG zwracamy się z uprzejmą prośbą o wykorzystanie sankcji administracyjnych mających na celu zmobilizowanie lekarza medycyny S.S. do udziału w zajęciach sportowych odbywających się w Studium WF AMG w czwartki w godz. 14.00-15.00.

Lekarz S. wykazuje dziwną niechęć, a nawet wstręt do ćwiczeń ruchowych, przedstawiając ponad to uciechy kulinarne, drzemkę poobiednią i daleko zaawansowaną gnuśność. Argumenty lekarza S. w postaci rzekomego lęku przed teściową, absorbującymi zajęciami domowymi w kotłowni, a także przeciążeniem pracą administracyjną na oddziale w konfrontacji z rzeczywistością nie wytrzymują krytyki.

Braki kondycyjne w ostatnim okresie zmusiły chirurga S. do znacznego ograniczenia liczby przeprowadzanych zabiegów operacyjnych, dało się także zauważyć, że nieczęste, długie asysty nużą go teraz bardziej niż dawniej.

Ten najmłodszy wychowanek kliniki wykazuje niepokojący rozwój tkanki tłuszczowej i zagrażający apetyt, co może doprowadzić już w krótkim okresie do dramatycznych powikłań w postaci choroby wieńcowej lub stłuszczenia wątroby, a także dalsze obniżenie się wydajności



w pracy. Nie bez znaczenia są też ciągle skargi personelu pralni na systematyczne rozrywanie spodni w pasie.

Mając na uwadze dobro bliskiego nam kolegi tą drogą uprzejmie prosimy Kierownictwo Kliniki o poważne potraktowanie naszej prośby.

Asystenci III Kliniki Chirurgicznej AMG

Mógł na tym stracić

- Stop, Stop! Zatrzymaj się pan! - woła aptekarz za wychodzącym klientem - dałem panu arsenik zamiast sodu...!

- Ależ to straszne! - jęknął przerażony klient.

- Oczywiście, że straszne! Mogłem na tej różnicy stracić półtora dolara...

Premia

Klient wchodzi do apteki i pyta:

- Czy macie jeszcze ten reklamowany środek przeciw wypadaniu włosów?

- Owszem, mamy! - odpowiada farmaceuta i dodaje - Każdemu, kto kupi 10 butelek, ofiarujemy w postaci premii perukę...

Jak wyleczyć katar

Do księgarni medycznej wchodzi klient i zwraca się do sprzedawcy:

- Czy dostanę broszurę „Jak wyleczyć katar?”

- Tak, literatura science fiction tam w rogu...

Do wiadomości:

1. Teściowa lekarza S.
2. Dyrektor Instytutu doc. Mlekodaj
3. Kierownik III Kliniki Chirurgicznej
4. Dyrektor PSK 3
5. Związki Zawodowe PSK 3
6. Kierownik Kuchni PSK 3

Prosty wniosek

Dwóch znajomych spotyka się na ulicy przed apteką:

- O! Jest pan chory?

- Czyżbym aż tak źle wyglądał?

- Nie, skądże, ale widziałem, jak wychodził pan z apteki.

- A gdybym wychodził z cmentarza, to sądziłby pan, że umarłem?...

Uśmiech i medycyna. Wybór i oprac.
R. i A. Pettyn. Warszawa 1991

Z ukosa

Tym razem - z racji Świąt - chwilowa zmiana formy.

K.J.

Niezwykła noc

- Rachel! Rachel, wstawaj!
Natarczywe łomotanie bezlitośnie odpędzało od kobiety skulonej na posłaniu przy drzwiach zasłuzony sen. Nawykła do takich nagłych, a niespodziewanych wizyt, szybko poderwała się i narzuciła ubranie.

- Oby wam ręce pousychały od takiego walenia!
- Nie gadaj, tylko chodź szybko, potrzebujemy twojej pomocy.

- Już idę, tylko wezmę, co trzeba.

Na zewnątrz czekali dwaj mężczyźni. Jednym z nich był jej wuj - Barnaba. Drugiego nie знаła, chyba nie był tutejszy. Zresztą, nic dziwnego - przekłęci Rzymianie zarządzili jakiś tam ich spis i do rodzinnego miasta przywędrowali Żydzi nawet z najdalszych miejscowości.

- Nie gniewaj się. Wiemy, że jesteś zmęczona, ale to pilne.

- Nie gniewam się, w końcu sama wybrałam to, co robię.

Rzeczywiście ostatnio miała dużo pracy. Razem z mężczyznami z rodu Dawida przyszły także ich żony. Bodajby tych Rzymian zaraza! Wiadomo, że każdy wysilek może przyspieszyć rozwiązanie, a co dopiero długi marsz. Kobiety, na które przyszedł czas, było za-tem sporo.

- Musimy się pospieszyć, to za miastem.

- Dobrze, dobrze, zdążymy. To twoja żona? - spytała towarzysza Barnaby.

- Tak, to jej pierwsze dziecko.

Musiał być z daleka - akcent wskazywał na Galilejczyka. Wkrótce wuj zniknął za drzwiami swojego domu i pozostali we dwoje. Gdy wyszli poza miasto, mężczyzna przyspieszył kroku.

- Zaraz będziemy na miejscu.

- To w gospodzie starego Mateusza?

- No, prawie - smutno uśmiechnął się nieznajomy.



Autor: X. Baibas. Mozaika. Oryginalna malowana ustami.
Wydawnictwo Kalekich Artystów

Malujących Ustami i Nogami sp. z o.o.



"Uff, już po wszystkim. Ależ ta dziewczyna trafiła - nie życzyć nikomu rodzić w stajni. Na szczęście ma dobrego męża - wysprzątał i wymył tę norę do czysta. Nawet gładko jej poszło. Chłopczyk drobny, ale ładny - ciekawe, na kogo wyrośnie?"

Ależ piękna noc! Nie znam się na gwiazdach, ale ta, która dziś świeci na niebie, to coś wyjątkowego...

Co to za hałas? A, to te nieroby idą od łąk. Ale dlaczego śpiewają o tak późnej porze? Chyba się z czegoś bardzo cieszą. Gdyby tak można było pójść razem z nimi, pośmiać się...

Ech, Rachel, nieroztropna kobieto, co też ci do głowy przychodzi. Swoje zrobiłaś, dziecko zdrowe, idź do domu. Nadchodzi świt."

Kamil Jankowski