



OTWARCIE ODDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA AM W GDAŃSKU

Ślubowanie

Wstępując do społeczności akademickiej gdańskiej Akademii Medycznej ślubuję:

- zdobywać wiedzę i umiejętności, przygotowując się do pracy w służbie ludziom i Ojczyźnie,
- w całym życiu osobistym, zawodowym i publicznym zachować wierność ideałom humanizmu, prawość postępowania, odwagę, dociekliwość i pracowitość w dążeniu do prawdy,
- uznając prawa zwierzchności akademickiej i obyczaje społeczności studenckiej - z wolą sprostania moim obowiązkom
- wpisuję się do wspólnoty budujących godność tej Akademii i godność stanu akademickiego.



Przemówienie JM Rektora

W imieniu Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku, w imieniu całej naszej wspólnoty akademickiej i własnym mam zaszczyt powitać dostojnych Gości, którzy przybyli na dzisiejsze uroczyste otwarcie Oddziału Pielęgniarstwa na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku, Oddziału powstałego decyzją Senatu Akademii Medycznej w Gdańsku dnia 29 czerwca 1998 r. Dziś uczestniczymy w inauguracji pierwszego roku nauczania pielęgniarstwa na 5-letnich zaocznych studiach magisterskich i immatrykulacji

studentów pierwszego roku tego Oddziału.

Witam serdecznie wszystkich Państwa i dziękuję za udział w tym ważnym dla naszej Uczelni wydarzeniu. Pragnę złożyć serdeczne podziękowanie JE Księdzu Arcybiskupowi Tadeuszowi Gocłowskiemu, Metropolicie Gdańskiemu za odprawienie mszy świętej, wygłoszoną homilię i obecność w czasie dzisiejszej uroczystości. Szczególnie gorąco witam koleżanki pielęgniarzy i kolegów

➔ str. 4

Rektor, Senat i Dziekan Wydziału Lekarskiego

mają zaszczyt zaprosić na uroczyste otwarcie Oddziału Pielęgniarstwa na Wydziale Lekarskim Akademii Medycznej w Gdańsku oraz inaugurację pierwszego roku nauczania pielęgniarstwa w roku akademickim 1999/2000, dnia 5 maja 1999 r. o godz. 10.00 w gmachu Zakładów Teoretycznych, sala wykładowa im. Prof. S. Hillera, w Gdańsku-Wrzeszczu, ul. Dębinki 1.

Program uroczystości:

- Hymn państwowy – Chór AMG
- Wystąpienie JM Rektora, prof. dr. hab. Zdzisława Wajdy
- Immatrykulacja
- Wystąpienie przedstawiciela studentów przyjętych na I rok studiów
- Wystąpienia gości
- Wręczenie Medalu „Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku”
- *Gaude Mater Polonia*
- Wykład inauguracyjny dr. hab. med. Wojciecha Bogusławskiego *Choroba Alzheimera problemem pielęgniarstwa XXI w.*
- *Gaudeamus* – Chór AMG
- Występ Chóru AMG

Uroczystość poprzedzona będzie mszą świętą celebrowaną przez Metropolitę Gdańskiego ks. abp. Tadeusza Gocłowskiego w tym samym dniu o godz. 8.30 w kościele p.w. Matki Boskiej Częstochowskiej w Gdańsku-Wrzeszczu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3B

KRONIKA ŻYCIA UCZELNI

Doktorat *honoris causa* AM w Bydgoszczy dla prof. Stefana Raszei

Laudacja wygłoszona przez prof. Karola Śliwkę w dniu 7 kwietnia 1999 r. w Bydgoszczy z okazji nadania tytułu doktora *honoris causa* profesorowi Stefanowi Raszei.

Wystąpienie prof. Stefana Raszei w czasie uroczystości nadania tytułu doktora *honoris causa*.

str. 10



Doktorat *honoris causa* AM w Gdańsku dla prof. Shaul G. Massry

Laudacja wygłoszona przez prof. Bolestawa Rutkowskiego w dniu 22 kwietnia 1999 r. z okazji nadania prof. Shaul G. Massry tytułu doktora *honoris causa*.

str. 14



KADRY AMG

1.03. – 31.03.1999

Tytuł dr. habilitowanego uzyskać dr hab. n. med. Józef Zienkiewicz

Na stanowisko adiunkta awansowali:

dr med. Ewa Król
dr med. Elżbieta Senkus-Konefka
dr med. Marek Szolkiwicz
dr med. Barbara Wysocka

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzili:

25 lat

Irena Kolatowska

20 lat

Barbara Gatz

Maria Kaczorek

dr Ryszard Malik

Na emeryturę przeszła

Maria Krupińska

Z Uczelni odeszli:

dr med. Piotr Adamkiewicz
lek. stom. Radosław Szymański

Odwwołanie

Zgodnie z decyzją Senatu z dniem 19.04.1999 r. JM Rektor odwołał dr. hab. Witolda Juzwę, prof. nzw. z funkcji członka I Zespołu Wydziału Lekarskiego – Senackiej Komisji Spraw Nauczycieli Akademickich.

W dniu 12 kwietnia 1999 roku zmarła

Bronisława PACHNIEWSKA

emerytowany samodzielny referent Działu Gospodarczego AMG. Żegnamy niezwykle sumienną i zaangażowaną w pracy Koleżankę, która pracując z nami przez wiele lat cieszyła się uznaniem współpracowników i przełożonych jako człowiek szlachetny, życzliwy, głębokiej kultury.

Uczelniana Komisja Wyborcza
Akademii Medycznej w Gdańsku

Alfabetyczna lista kandydatów na funkcję rektora
Akademii Medycznej w Gdańsku w kadencji 1999-2002

prof. dr hab. Adam Bilikiewicz
prof. dr hab. Roman Kaliszan
prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
prof. dr hab. Bolestaw Rutkowski

przewodniczący Uczelnianej Komisji Wyborczej
dr hab. med. Barbara Śmiechowska, prof. nzw.

Prezentacja kandydatów w *Dodatku Specjalnym Gazety AMG*

Z Senatu

Z posiedzenia w dniu 29 marca 1999 r.

Senat przedyskutował wnioski o nagrody MZIOS przedstawione przez przewodniczącego Uczelnianej Komisji Nagród prof. Zbigniewa Grucę. Kryterium, na podstawie którego Komisja oparta się był *impact factor*, wskaźnik, którym kieruje się Komisja Nagród na szczeblu Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Po ożywionej dyskusji zdecydowano, że zostanie opracowany uczelniany regulamin przyznawania nagród nauczycielom akademickim, uwzględniający nie tylko *impact factor* lecz i inne kryteria. Po głosowaniu Senat zdecydował wystąpić do ministra z wnioskami o nagrody.

W kolejnym punkcie programu Senat zatwierdził plan wydawnictw AMG, który przedstawił przewodniczący Senackiej Komisji Wydawnictw prof. Andrzej Myśliwski. Szczegółowe dane zostaną opublikowane w *Gazecie AMG*. Podjęto decyzje co do:

1. rezygnacji z honorariów za druk prac habilitacyjnych,
2. druku od nowego roku akademickiego prac habilitacyjnych w formie suplementu do *Annales Med. Acad. Ged.*,
3. ponownego rozpatrzenia przez Senat kwestii opłat za redakcję prac po analizie ich kosztów.

Minister powołał

dr hab. Barbarę Adamowicz-Klepalską z dniem 2.04.1999 r. na okres 4 lat na stanowisko:

- konsultanta regionalnego w dziedzinie stomatologii ogólnej dla województwa pomorskiego
- konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii dziecięcej.

Senat w tajnym głosowaniu dokonał wyboru kandydatów do Komisji Dyscyplinarnej przy Radzie Głównej Szkolnictwa Wyższego na lata 1999-2000. Zostali nimi:

- dr hab. Marek Grzybiak, prof. nzw. AMG
- prof. dr hab. Ryszard Piękoś.

Senat zatwierdził wniosek przyjęty przez Radę Wydziału o zmianę nazwy Zakładu Biochemii Klinicznej na Katedrę Biochemii Klinicznej z Zakładem Medycyny Molekularnej i Zakładem Medycyny Laboratoryjnej.

W kolejnym punkcie programu Senat zatwierdził wniosek Rady Wydziału o ufundowanie tablicy pamiątkowej poświęconej dr Aleksandrze Gabrysiak, przychylając się do propozycji prof. S. Angielskiego, by tablicę umieścić w holu budynku nr 1 AMG.

W punkcie *Sprawy bieżące* dyrektor dr Sławomir Bautembach poinformował członków Senatu o propozycjach Konferencji Rektorów dotyczących finansowania nauczania studentów Oddz. Stomatologicznego. Propozycja, by część dydaktyki przesunąć poza Uczelnię spotkało się ze sprzeciwem senatorów. JM Rektor przypomniał, iż zgodnie z Konstytucją RP nauka jest bezpłatna, a jej koszty winny być pokryte przez państwo.

W wolnych wnioskach JM Rektor proponował, by w związku z 17. rocznicą śmierci prof. Edwarda Grzegorzewskiego, pierwszego rektora naszej Uczelni umieścić tablicę pamiątkową w sali posiedzeń Senatu, co spotkało się z pełną aprobatą senatorów.

Protokółowała
prof. Eugenia Częstochowska

W numerze...

Otwarcie Oddziału Pielęgniarstwa AM w Gdańsku	1
Inauguracyjne przemówienie JM Rektora	1
Kadry AMG	2
Z Senatu	3
Choroba Alzheimer'a problemem pielęgniarskim XXI wieku	6
Wyniki egzaminu wstępnego na Oddział Pielęgniarstwa	7
Wystąpienie mgr Władysławy Murawskiej	8
Doktorat <i>honoris causa</i> dla prof. S. Raszei	9
Młodzi kardiologowie nagrodzeni	9
Doktorat <i>honoris causa</i> dla prof. S. G. Massry	15
Posiedzenia * Towarzystwa	15
Neuroendokrynne podstawy stresu	16
Przeczytane	16
Akademia w anegdocie... ..	17
Na łamach prasy	18
Wspomnienia z czasów wojny	21
Urologiczna wyprawa polarna	22
Europejski Kongres Ginekologów i Położników	23
Wybrane wydarzenia z historii pielęgniarstwa zachodniego	24

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

prof. dr hab. Marek Hebanowski, prof. dr hab. Brunon Imieliński (red. naczelny), prof. dr hab. Roman Kaliszan, prof. dr hab. Marek Latoszek, mgr Józefa de Laval (z-ca red. naczelnego), dr Emilia Mierzejewska, dr Aleksander Stanek, sekretarz red.: mgr Danuta Gołębiowska, red. techniczna: mgr Tadeusz Skowrya.

Adres redakcji: Biblioteka Główna AMG, Gdańsk, ul. Dębinki 1, tel. 349-10-40; e-mail: gazeta@amedec.amg.gda.pl; www: http://www.amg.gda.pl/namg/gazeta_amg

Druk: *Drukonsul*. Nakład: 650 egz.

Wydanie dofinansowane przez KBN

Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów nie zamówionych, a także prawo do skracania i adiustacji tekstów oraz zmiany ich tytułów.

Warunki prenumeraty:

Cena prenumeraty krajowej na 1999 r. wynosi 12 zł, pojedynczego numeru 1 zł; w prenumeracie zagranicznej - 1 USD.

Należność za prenumeratę należy wpłacać na konto Akademii Medycznej w Gdańsku z dopiskiem: prenumerata „Gazety AMG”.

Wielkopolski Bank Kredytowy S.A.
Oddz. Gdański 10901098-488-128-00

INAUGURACJA ODDZIAŁU PIELEŃNIARSTWA

Inauguracyjne przemówienie JM Rektora

➔ pielęgniarzy, którzy jako pierwsi, po złożeniu egzaminu wstępnego, rozpoczynają studia na Oddziale Pielęgniarstwa i którzy dzisiaj z rąk Dziekana Wydziału Lekarskiego otrzymają indeksy. Pięknie gratuluję złożenia egzaminu, a przede wszystkim gratuluję decyzji podjęcia studiów magisterskich, pomimo nietatwej codzienności w spełnianiu obowiązków zawodowych. Podejmujecie studia wyższe, aby wzbogacić swoją wiedzę, rozszerzyć umiejętności i lepiej jeszcze pełnić służbę dla dobra chorych.

Zamysł utworzenia kierunku pielęgniarstwa w naszej Uczelni powstał przed kilkoma laty i pomimo wielu różnych opinii i nie zawsze korzystnych okoliczności teraz mógł znaleźć swoje pozytywne rozwiązanie. Cieszę się, cieszymy się wszyscy, że mogliśmy spełnić oczekiwania naszego środowiska pielęgniarstwa i społeczność pielęgniarstwa Wybrzeża.

Liczba kandydatów przystępujących do egzaminu wstępnego przerasta nasze oczekiwania. Na każde z 75. miejsc, jakie posiada Oddział, starały się dwie osoby; tak duże zainteresowanie studiami to jeszcze jeden dowód świadczący o potrzebie uruchomienia takiego kierunku nauczania. Wyrażając radość pragnę podziękować tym wszystkim, którzy przyczynili się swoją działalnością do otwarcia Oddziału Pielęgniarstwa.

Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

Pielęgniarstwo ma swoją długą historię, myślę, że jest dziś okazja, aby przypomnieć ją w zarysie. Przyjęto się uważać, że pielęgniarstwo jako zawód ukształtowało się na przełomie XIX i XX wieku, zapominając jakby o tym, że postuga ta sięga wielu setek lat wstecz, śmiem powiedzieć, towarzyszyła ludzkości od zarania jej historii. Nie sposób wyrazić, jak wielką i heroiczną wręcz rolę odegrały zespoły pielęgniarstwa, siostry chorych, siostry miłosierdzia w wojnach, w zbrojnych powstaniach, na polach walki w niesieniu pomocy rannym. Należy podkreślić, że w sprawowaniu tej postugi zasadniczą rolę odgrywały kobiety, zwłaszcza zakonnice, ale i osoby świeckie związane z zakonami, np. wspomniane tercjarki od św. Franciszka. Zgromadzenia zakonne w szpitalach siostry miłosierdzia, siostry chorych, jeszcze do niedawna, bo w okresie powojennym, pełniły rolę pielęgniarek. To miano „siostry” przetrwało do dziś w wielu krajach Europy, również i w naszym kraju i niesie z sobą piękną tradycję. Zwykle jesteśmy skłonni uważać pielęgniarstwo za specjalność kobiecą, zapominając, że przez stulecia opiekowali się chorymi mężczyźni, szpitalnicy, templariusze, a później także zakonnicy, zwłaszcza dominikanie i franciszkanie, a przecież i dziś widzimy na tej sali, niewielu wprawdzie, bo zaledwie kilku mężczyzn zainteresowanych zawodem pielęgniarstwem.

Pielęgniarstwo jest zorganizowaną działalnością mającą na celu pielęgnować chorych i opiekę nad nimi. Jest to zawód dający kwalifikacje pomocnicze w zespole lekarskim.

Za założycielkę pielęgniarstwa jako zawodu uważa się Florence Nightingale (1820–1910), angielską pielęgniarkę i działaczkę społeczną, twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa, która kładła podwaliny pod wykwalifikowaną, humanitarną opiekę nad chorym. W czasie wojny krymskiej (1853–1856) organizowała pielęgniarską opiekę nad rannymi żołnierzami angielskimi. W 1860 roku (przed 139 laty) założyła pierwszą szkołę dla pielęgniarek przy szpitalu św. Tomasza w Londynie, określając cele i zadania tej placówki. Jej rozległa działalność publikacyjna sprawiła, że pielęgniarstwo stało się ważnym elementem opieki zdrowotnej, opieki medycznej.

W rozwoju pielęgniarstwa polskiego szczególne zasługi położyła Zofia Szlenkier (1862–1939) uważana za pionierkę pielęgniarstwa świeckiego w Polsce, bowiem pielęgniarstwo zakonne skupione było w zasadzie w zamkniętych placówkach służby zdrowia; zrodziła się więc konieczność utworzenia pielęgniarstwa zawodowego, w obecnym tego słowa rozumieniu. Siostra Szlenkier studiowała w Londynie, w szkole pielęgniarstwa Florence Nightingale, była znana z działalności filantropijnej, była fundatorką dziecięcego szpitala im. Karola i Marii, oddanego do użytku w Warszawie w 1913 roku, w którym zorganizowała wzorową opiekę pielęgniarstwa. W latach 1928–1936 była dyrektorką Warszawskiej Szkoły Pielęgniarskiej.

Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,

Z dumą należy dodać, że nasza Uczelnia ma także swój historyczny wkład w rozwój nauczania pielęgniarstwa, gdyż bezpośrednio po zakończeniu II wojny światowej, równocześnie z organizacją katedr i klinik, przystąpiono do tworzenia szkoły pielęgniarek w ramach ówczesnej Akademii Lekarskiej w Gdańsku. Została ona otwarta 22 października 1945 r. Organizatorką i pierwszą dyrektorką szkoły została Jadwiga Romanowska, uhonorowana w grudniu 1947 r. odznaczeniem im. Florence Nightingale, która w okresie międzywojennym była dyrektorką Szkoły Pielęgniarek w Warszawie przy ul. Koszykowej. Uchodziła za wybitnego pedagoga i była wychowawczynią wielu roczników pielęgniarek. Szkoła mieści-



Florence Nightingale (1820-1910)

INAUGURACJA ODDZIAŁU PIELEŃNIARSTWA

ta się w budynku nr 15 Szpitala Klinicznego nr 1, gdzie dziś znajdują się Kliniki Neurologii, Neurochirurgii i Chorób Oczu. W październiku 1945 r. naukę rozpoczęło 37 uczennic na I roku oraz 43 słuchaczki, które uzupełniały przerwana naukę w Warszawie w latach wojny, w roku 1943 i 1944.

Szkoła Pielęgniarek była integralną częścią Akademii Lekarskiej w Gdańsku, finansowaną z jej budżetu. Opiekę merytoryczną sprawował nad nią wyznaczony przez Senat kurator. Dwuletnia Szkoła Pielęgniarek została 1 października 1947 roku przekształcona w trzyletnią Szkołę Pielęgniarsko-Położniczą. Zajęcia dydaktyczne i praktyki prowadzone były w cyklu 10-miesięcznym. Uczennice odbywały praktyki w klinikach, w szkoleniowym ośrodku zdrowia gdańskiej Akademii Lekarskiej. W tym czasie dużą wagę w szkoleniu przywiązywano również do tzw. pielęgniarstwa społecznego. W ramach zajęć teoretycznych i praktyk nauczano między innymi umiejętnej współpracy w zakresie spraw leczniczo-zapobiegawczych z instytucjami i organizacjami opieki społecznej, poznając słuchaczki z technikami badań masowych.

Etatowy personel szkoły w 1947 r. stanowiły: – 24 osoby fachowego personelu pielęgniarskiego; – 5 osób personelu administracyjno-biurowego; – 27 pracowników fizycznych. W tymże roku na 7 kursach kształciło się 213 uczennic. Pierwsze absolwentki w liczbie 32 opuściły szkołę w 1947 r.

W 1950 r. szkoła została wydzielona ze struktury organizacyjnej Akademii Medycznej w Gdańsku i podporządkowana władzom wojewódzkim w Gdańsku, zmieniła miejsce działalności otrzymując od Akademii na siedzibę jeden z domów akademickich przy obecnej al. gen. Hallera.

Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

Postęp, jaki dokonuje się w medycynie, staje się wyzwaniem do stałego uzupełniania i wzbogacania wiedzy, staje się powodem tworzenia coraz nowych specjalności. Dotyczy to także pielęgniarstwa i dziś istnieje potrzeba zdobywania coraz większych kwalifikacji dla spełnienia określonych funkcji, jak niesienie opieki pielęgniarskiej między innymi w hospicjach, w zakładach dla ludzi przewlekle chorych, na od-

ziałach geriatrycznych. Ponadto pielęgniarstwo ostatnich lat ma szczególne zadania wynikające z nowych treści opartych na podstawowej opiece zdrowotnej, której głównym zadaniem powinna być promocja zdrowia, zapobieganie chorobom. Dla realizacji tych zadań potrzebne jest wiedza i odpowiednie wykształcenie połączone z umiejętnościami praktycznymi kadry pielęgniarskiej. Wieloletnie niedostatki w zakresie edukacji i kształcenia zawodowego wciąż wymagają zrozumienia i działań zmierzających do poprawy tej sytuacji.

Od lat siedemdziesiątych w Polsce zorganizowano w wielu ośrodkach kraju wyższe studia pielęgniarskie. Dziś gdańska Uczelnia dołącza do tego gremium. Pragniemy stworzyć studia, w toku których będziemy zmierzać do ujednolicenia szkolenia z modelem istniejącym w innych krajach europejskich, mając na celu wyższą jakość opieki pielęgniarskiej, starając się wskazywać na konieczność ścisłej, partnerskiej współpracy w zespołach lekarsko-pielęgniarskich, co zgodnie jest ze stanowiskiem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), która przewiduje w przyszłości studia, wykształcenie na poziomie akademickim. W przeszłości system nauczania ograniczony był jedynie do opieki nad chorym. W dobie obecnej wymagania są znacznie większe, dyktowane postępem wiedzy, postępem praktyki medycznej. Temu służą dzisiaj otwarte 5-letnie studia pielęgniarskie, studia magisterskie, które zostają otwarte w okresie szczególnym, bowiem za parę dni, 12 maja będziemy obchodzić uroczyste Światowy Dzień Pielęgniarstwa, dzień, w którym przed 179 laty urodziła się twórczyni współczesnego pielęgniarstwa – siostra Florence Nightingale.

Dostojni Goście,
Szanowni Państwo,
Koleżanki i Koledzy,

Dziękuję jeszcze raz wszystkim, którzy przyczynili się do zorganizowania i otwarcia Oddziału Pielęgniarstwa. Proszę pozwolić, że na ręce mgr Władysławy Murawskiej, przewodniczącej Gdańskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych złożę piękne podziękowanie za zaangażowanie w wieloletnich staraniach, inicjatywę i pomoc w finansowaniu tych studiów, co przyczyniło się do naszego dzisiejszego, wspólnego sukcesu – otwarcia magisterskich studiów pielęgniarskich.

Koleżankom i Kolegom życzę, aby pielęgniarskie studia magisterskie przyniosły Wam oczekiwaną satysfakcję, wzbogaciły Waszą wiedzę, która z pewnością w przyszłości przyczyni się do poprawy działalności lecznictwa i ochrony zdrowia. Pielęgniarstwo – dobrze to wiecie – to jednak nie tylko zawód, to powołanie, służba choremu, cierpiącemu, bezradnemu. Życzę więc, aby łącząc trud codziennej pracy ze zdobywaniem wiedzy, starczyło Wam sił, upor, wytrwałości w dążeniu do obranego celu. Niech przyświecają Wam słowa Papieża Jana Pawła II poświęcone pielęgniarstwu: „... jest to niewątpliwie misja trudna i wymagająca, ponieważ oddaje całe życie, każdy dzień na służbę u boku cierpiącego w chorobie i nieszczęściu”.

Kończąc, życzę Wam spełnienia zamierzeń, życzę powodzenia. Ogłaszam otwarcie roku nauczania 1999/2000.

Quod felix faustum fortunatumque sit



Jadwiga Romanowska

INAUGURACJA ODDZIAŁU PIELEŃNIARSTWA

Wykład dr. hab. Wojciecha Bogusławskiego

Choroba Alzheimera problemem pielęgniarstwa XXI wieku

Ekscelencjo, Magnificencjo,
Drogie Studentki i Studenci,
Szanowni Goście!

Uczestniczymy dzisiaj w inauguracji nowego kierunku studiów w naszej Uczelni, studiów pielęgniarstwa. Fakt ten jest niewątpliwie oznaką zmian, jakie dokonują się we współczesnej medycynie. Zadziwiający postęp, którego jesteśmy świadkami, obserwowany praktycznie we wszystkich jej dziedzinach sprawia, że ciągłe podnoszenie kwalifikacji jest koniecznością, również w zawodzie pielęgniarstwa. Są jednak jeszcze liczne problemy, przed którymi medycyna staje bezradna, a jednym z nich jest choroba Alzheimera.

Pierwsza wzmianka o tym schorzeniu pojawiła się w r. 1906, kiedy to neurolog niemiecki, dr Alois Alzheimer opisał przypadek 56-letniej pacjentki, zmarłej po kilkuletniej chorobie, w przebiegu której dominował obraz narastającego otępienia. W jej mózgu poddanej sekcji, dr Alzheimer znalazł m.in. zmiany, o których pisał „...w całej korze, a głównie w jej górnych warstwach, znajdują się prosówkowe ogniska, powstające w wyniku odkładania się szczególnej substancji...”. Ta zadziwiająco celna obserwacja jest nadal aktualna. Wiemy dzisiaj, że tą „szczególną substancją” jest niewielki polipeptyd nazwany β -amyloidem. Stanowi on rdzeń tzw. *plytek starczych*, pozakomórkowych tworów, rozsianych w całym mózgu, lecz szczególnie obfitych w tych strukturach korowych, które związane są z układem pamięci i funkcji poznawczych. Obecnie wiemy, jaki jest mechanizm powstawania β -amyloidu. Są hipotezy tłumaczące dlaczego dochodzi do uszkodzenia komórki nerwowej w wyniku jego nagromadzenia. Znamy zróżnicowane tło genetyczne niektórych postaci choroby Alzheimera. Nasza wiedza dotycząca przyczyn i rozwoju objawów tej choroby stale wzrasta. Co więcej, pozwoliła ona na stworzenie leków zwalniających przebieg i łagodzących niektóre jej objawy. Jednakże, mimo upływu ponad 90 lat od ukazania się publikacji dr. Alzheimera, choroba ta nadal jest zaliczana do grupy nieule-

czalnych i prowadzi nieuchronnie po kilku lub kilkunastu latach do śmierci.

Pozwolę Państwu, że obraz kliniczny omawianego schorzenia przedstawię w jak największym skrócie. Praktyczne znaczenie ma powszechnie akceptowany podział przebiegu choroby Alzheimera na trzy etapy. **Etap pierwszy** manifestuje się powolnym pogarszaniem pamięci, szczególnie krótkoterminowej, oraz postępującą dezorientacją w czasie i otoczeniu. Chory ma narastające trudności w znajdowaniu właściwych słów i określeń. Pogarsza się jego sprawność intelektualna, co utrudnia adaptację chorego do sytuacji złożonych i nowych. Coraz trudniej operuje pojęciami abstrakcyjnymi, spada jego sprawność zawodowa, szczególnie wtedy, gdy zawód wymaga zaangażowania intelektualnego. Zachowana świadomość pogarszającego się stanu psychicznego sprawia, że chory, w tym okresie choroby, często poszukuje pomocy lekarskiej. Jego stan fizyczny jest dobry. Trwający przeciętnie od 2. do 4. lat, etap pierwszy przechodzi w **drugi**, w którym wymienione wyżej objawy nasilają się, prowadząc w końcu do zupełnej dezorientacji chorego w czasie i otoczeniu. Nasilają się kłopoty z rozpoznawaniem znanych niegdyś osób, własnej rodziny, a w końcu siebie we własnym odbiciu w lustrze. Luki w pamięci, początkowo dotyczące pamięci krótkoterminowej, tutaj zaczynają dotyczyć również wydarzeń dawnych. Ubożeje słownictwo chorego tak, że pod koniec tego etapu dysponuje on zasobem zaledwie kilku słów. Zaburzenia orientacji wzrokowo-przestrzennej obecne już w pierwszym etapie, w drugim stają się wyraźne. Chory stopniowo staje się niezdolnym do wykonania najprostszych czynności. Upośledzona samoświadomość, wybuchy emocjonalne, stępiaty afekt, nocny niepokój z wędrowaniem i błądzeniem, wreszcie zanieczyszczenie się, sprawiają, że opieka nad chorym staje się coraz bardziej uciążliwa. W okresie tym pojawiają się również zaburzenia neurologiczne, szczególnie parkinsonizm. Etap ten trwający średnio od 2 do 5 lat jest okresem choroby,



Dr hab. med. Wojciech Bogusławski, kierownik Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego

w którym dźwiganie jej ciężaru przesuwają się zdecydowanie z chorego na rodzinę i opiekunów, aby w **etapie trzecim**, najkrótszym, nie przekraczającym zazwyczaj jednego roku, spaść na nich całkowicie. Ten bowiem okres choroby manifestuje się całkowitą utratą pamięci, funkcji intelektualnych, motorycznych i behawioralnych. Pozostają tylko funkcje wegetatywne. Chory leży w łóżku, często z przykurczami mięśni szkieletowych, zanieczyszcza się, wymaga ciągłej, całodobowej opieki. Jego stan fizyczny szybko się pogarsza, wzrasta podatność na zakażenia, prowadząc do śmierci, najczęściej z powodu zakażeń dróg oddechowych bądź układu moczowego.

Ponieważ stan chorego stwarza ogromnie dużo problemów pielęgniarstwa, osobą, która w tym okresie choroby może najbardziej pomóc choremu i rodzinie, jest wykwalifikowana pielęgniarka, bądź wykwalifikowany pielęgniarz. Problemy te mogą być rozwiązywane poprzez szkolenie opiekunów, zaangażowanie własne w pielęgnację chorego w domu, wreszcie organizację odpowiednich placówek, w których chory w ostatnim okresie, miałby zapewnioną opiekę i wreszcie godny koniec życia. Każdy z tych etapów opieki pielęgniarstwa wymaga wiedzy medycznej i organizacyjnej.

W Stanach Zjednoczonych, które mają w tej dziedzinie największe doświadczenie, opieka ta jest ujęta w różne formy organizacyjne, jak: programy pomocy w domu, wspólnoty osób w po-

INAUGURACJA ODDZIAŁU PIELEŃNIARSTWA

deszłym wieku, agencje domowej opieki zdrowotnej, domy opieki (16 tys. domów z blisko 2 mln. łózek), domy wypoczynkowe dla ludzi starszych (ok. 70 tys. takich domów dla ok. 1 mln. osób), hospicja itd., itd. W Polsce, w której liczba domów i zakładów stacjonarnej pomocy społecznej wynosi zaledwie kilkaset, z ilością ok. kilkunastu tysięcy miejsc dla ludzi starszych, ta forma opieki jest daleko niewystarczająca.

Choroba Alzheimer'a jest najbardziej powszechną chorobą otępienną. Jak wielce rozpowszechnioną dowodzi fakt, że w USA, które liczą ponad 260 milionów mieszkańców, choruje na nią ok. 4 mln. osób, a roczna liczba zgonów jest szacowana na ok. 100 tysięcy. Choroba ta jest czwartą przyczyną zgonów wśród ludzi dorosłych, po chorobach serca, nowotworach i udarach mózgowych. Straty materialne nią spowodowane ocenia się w USA na ok. 100 miliardów dolarów rocznie! W liczącej 8 milionów obywateli Austrii, choruje ok. 90 tysięcy osób. W Australii (populacja 18 milionów) liczbę chorych ocenia się na ok. 170 tysięcy. W Polsce liczbę chorych na chorobę Alzheimer'a szacuje się na ok. 250 tysięcy.

W chorobie Alzheimer'a istotnym czynnikiem ryzyka wystąpienia jest zaawansowany wiek. Rozpowszechnienie jej w grupie wiekowej obejmującej osoby pomiędzy 65 a 70 rokiem życia wynosi około 3%, pomiędzy 75 a 80 rokiem życia ok. 8%, zaś pomiędzy 85 a 90 r. życia - sięga 30%.

Przełom XX i XXI wieku, w którym przyszło nam żyć, charakteryzuje się znacznymi zmianami demograficznymi. Zjawiskiem powszechnym jest tzw. „siwienie społeczeństw”. Najlepiej wiadać to na przykładzie społeczeństwa amerykańskiego, którego liczebność w latach 1900-1990 wzrosła trzykrotnie, zaś populacja ludzi w wieku powyżej 65 r. życia aż dziesięciokrotnie(!), stając w r. 1990 12,5% populacji całkowitej. Ocenia się, że w r. 2020 liczba Amerykanów w wieku 65 lat i powyżej 65 r. życia będzie wynosić 50 milionów osób, co stanowić będzie 16,6% populacji, zaś w r. 2040 wzrośnie do 75 mln (20,7% populacji całkowitej). Podobne oceny przeprowadzone w Austrii przewidują wzrost w 2050 r. populacji 65- i więcej „latków” o 140%, zaś osób w wieku powyżej 80 roku życia o 250%. Te zmiany w strukturze wiekowej wi-

doczne są również i w naszym społeczeństwie, które dawno już, bo na początku lat siedemdziesiątych, osiągnęło umowny „próg starości”, jakim jest przekroczenie przez 12% populacji wieku powyżej 60 r. życia (odsetek ten wzrósł w r. 1995 do 15,8!). Tempo wzrostu zachorowalności na chorobę Alzheimer'a związane z przedstawionymi zmianami w strukturze wiekowej sprawia, że w samych tylko Stanach Zjednoczonych ilość chorych na nią w r. 2040 wzrośnie do kilkunastu milionów(!), zaś w Austrii ulegnie co najmniej podwojeniu. Można więc stwierdzić, że choroba Alzheimer'a jest, i stanie się jeszcze większym problemem społecznym. Fakt ten rzuca wyzwanie całej społeczności medycznej: lekarskiej i farmaceutycznej mobilizując je do dalszych, skutecznych działań na polu badań nad patofizjologią, diagnostyką, oraz terapią tego schorzenia. Pielęgniarską zaś - mobilizując do opracowania i wdrażania metod jak najskuteczniejszego wsparcia chorego, jego najbliższych i całego społeczeństwa w dźwiganiu brzemienia tej choroby.

Bo wspólna nas zobowiązuje maksyma: *Salus aegroti suprema lex.* □

Wyniki egzaminu wstępnego na Oddział Pielęgniarstwa

Komisja Rekrutacyjna w dniu 14 kwietnia 1999 r. przedstawiła sprawozdanie z przebiegu egzaminu wstępnego na Oddział Pielęgniarstwa. Egzamin pisemny, testowy (test wyboru – 40 pytań) odbył się dnia 10 kwietnia 1999 r., do którego przystąpiły 133 osoby, siedem osób było nieobecnych. W wyniku egzaminu przyjęto 75 osób z zakresem punktów 32–22:

Lp.	Nazwisko Imię	Liczba punktów			
1	Górska Ewa	32	22	Pelczar Dorota	27
2	Pajdowska-Schab Bożena	32	23	Postrożny Danuta	27
3	Pobłocka Lucyna	32	24	Terlecka Krystyna	27
4	Braun Ewa	31	25	Adrych Magdalena	26
5	Tutlewska Agnieszka	31	26	Borcuch-Ranachowska Irena	26
6	Kultys Beata	30	27	Borysiewicz Małgorzata	26
7	Mikulska Alina	30	28	Kuczeńska Anna	26
8	Teclaw Katarzyna	30	29	Madejska Alina	26
9	Mrzygłód Anna	29	30	Niziołek Marek	26
10	Pobłocka Sabina	29	31	Schimichowska Edyta	26
11	Lakowska Anna	28	32	Sierakowska Joanna	26
12	Przysiażnik Edyta	28	33	Wiśniewski Maciej	26
13	Psujek Urszula	28	34	Dobkowska Małgorzata	25
14	Walkusz Zyta	28	35	Grunholz Elżbieta	25
15	Korzeniowska Justyna	28	36	Grzelak Agnieszka	25
16	Brzostowski Marcin	27	37	Markiewicz Barbara	25
17	Jańczuk Mariola	27	38	Orłowska Anna	25
18	Jochim-Labuda Anna	27	39	Śmiałek Katarzyna	25
19	Laddach Irena	27	40	Wojnowska Sabina	25
20	Landowska Aleksandra	27	41	Fokt-Pfątek Beata	25
21	Lewandowska Katarzyna	27	42	Benedysiuk Elżbieta	24
			43	Gełdon Ewa	24
			44	Kołodziejska Aneta	24
			45	Lupa Izabela	24
			46	Łobodzińska Beata	24
			47	Ługowska Iwona	24
			48	Macierzanka Ewa	24
			49	Michalska Urszula	24
			50	Mziray Marzanna	24
			51	Pawłowska Jadwiga	24
			52	Wilczewska Krystyna	24
			53	Woźniak Beata	24
			54	Nastały Katarzyna	24
			55	Bialik Aleksandra	23
			56	Bobowski Arkadiusz	23
			57	Brdak Aleksandra	23
			58	Grzebalska Renata	23
			59	Grzenkowicz Anna	23
			60	Nakielska-Banna Sylwia	23
			61	Słodkowska Dorota	23
			62	Steinka Jolanta	23
			63	Świacka Anna	23
			64	Totwińska Agnieszka	23
			65	Zimny Beata	23
			66	Hebel Małgorzata	22
			67	Kazanecka Izabela	22
			68	Kisielewska Anna	22
			69	Kopanska Magdalena	22
			70	Latała Renata	22
			71	Lellek Iwona	22
			72	Mrozek Marzena	22
			73	Sztyпка Przemysław	22
			74	Szydłowska Aldona	22
			75	Hinz Katarzyna	22

INAUGURACJA ODDZIAŁU PIELEGNIARSTWA

Wystąpienie mgr Władysławy Murawskiej

Magnificencjo, Panie Rektorze,
Wysokie Kolegium Rectorskie,
Ekszelencjo Księżę Arcybiskupie,
Wysoka Rado Wydziału,
Wielce Szanowni Goście
i Przyjaciele,
Drodzy Studenci,

Dziś uczestniczymy w niezwykle istotnym dla naszego regionu wydarzeniu – oto jesteśmy świadkami uwieńczonego sukcesem, podejmowanych od wiosny 1992 roku starań samorządu pielęgniarek i położnych o utworzenie Oddziału Pielęgniarstwa w gdańskiej Akademii Medycznej.

Gdańsk – miasto o wielowiekowych, bogatych tradycjach, otwiera dziś swe bramy dla akademickiego kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy.

Realne możliwości utworzenia Oddziału Pielęgniarstwa przy Wydziale Lekarskim AMG pojawiły się wraz z przemianami modelu edukacji pielęgniarzy oraz swoistego rodzaju „potrzebą chwili”. Mamy świadomość, że proces urzeczywistniania idei kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy regionu gdańskiego w gdańskiej Uczelni był procesem długim i trudnym.

Na szczęście zaangażowanie wielu osób rozumiejących potrzebę uruchomienia studiów wyższych oraz wspierających nasze poczynania w efekcie zakończyło się długo oczekiwanym sukcesem.

Najwyższe wyrazy uznania i podziękowania pragnę złożyć prof. Zdzisławowi Wajdzie, rektorowi AMG.

Podziękowania kieruję również do Senatu AMG oraz dr. hab. Wojciecha Bogustawskiego, kierownika Oddziału Pielęgniarstwa przy Wydziale Lekarskim.

Dziękuję również minister Teresie Kamińskiej, a także wojewodzie Tomaszowi Sowińskiemu za zrozumienie i pomoc w dążeniu do powołania Oddziału.

Pragnę wyrazić swoją wdzięczność za poparcie i przychylność wszystkim,



mgr Władysława Murawska, przewodnicząca
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

którzy się przyczynili do uruchomienia Oddziału.

Powołanie Oddziału Pielęgniarstwa stało się ogromną szansą dla osób, które pragną doskonalić swoją wiedzę oraz umiejętności zawodowe z zakresu pielęgniarstwa.

Dzisiejsza inauguracja odbywa się w atmosferze szczerej radości, nadziei i optymistycznego spojrzenia w przyszłość. Realną stała się perspektywa rozbudzenia lokalnych aspiracji środowiska pielęgniarstwa, pragnącego doskonalić swoją wiedzę i umiejętności oraz chcącego wykorzystać doświadczenia wybitnej kadry AMG.

Uczelnia – miejsce poszukiwania sensu życia, modelowania wzorów postępowania i dawania osobistego świadectwa dla ważności tych wzorów – staje się dziś miejscem kształcenia pielęgniarek i pielęgniarzy.

Są oni baczni obserwatorami i uczestnikami procesu przemian ochrony zdrowia zachodzącego w naszym kraju. Drzemie w nich ogromny potencjał, wymagający zapewne swoistego odkrycia i ukierunkowania. Mamy nadzieję, iż studenci Oddziału Pielęgniarstwa Wydziału Lekarskiego AMG staną się kreatorami i propagatorami nowej wizji pielęgniarstwa.

Upowszechnienie modelu holistycznego medycyny sprawia, że wymogiem czasu staje się współdziałanie i zaangażowanie wielu stron, w tym pielęgniarzy, którzy dzięki swym kompetencjom stają się wartościowym partnerem w

interdyscyplinarnym zespole świadczącym swe usługi na rzecz zdrowia odbiorcy.

Wymogiem aktualnej rzeczywistości staje się konieczność uświadomienia rozległych perspektyw i być może nieujawnionych dotąd możliwości podjęcia nowych sposobów, obrania nowych kierunków, w stronę potrzeb społeczeństwa, zwiększania potencjału jego zdrowia.

Współczesna pielęgniarka i pielęgniarz muszą być dobrze przygotowanymi profesjonalistami, wyposażonymi w gruntowną i rozległą wiedzę, posiadającymi umiejętności zawodowe umożliwiające sprawowanie opieki pielęgniarstwa na najwyższym poziomie.

Nowa wizja pielęgniarstwa sprawia, że dominujący dotąd nurt pielęgniarstwa zorientowanego na człowieka chorego przestaje być kierunkiem wiodącym.

Współczesne pielęgniarstwo, wychodzące naprzeciw potrzebom społecznym, zorientowane jest na świadczenie opieki w zdrowiu, stanach zagrożenia zdrowia, chorobie i niepełnosprawności oraz towarzyszenie w końcowej fazie życia – w umieraniu. Odbiorcą usług pielęgniarstwa jest osoba, rodzina / grupa, społeczeństwo w miejscu zamieszkania, nauki i pracy – wszędzie tam, gdzie ludzie wiodą swoje codzienne życie.

Drogie Koleżanki i Koledzy, dziś rozpoczynacie studia na bardzo potrzebnym kierunku, kierunku stawiającym przed Wami ambitne i wysokie wymagania.

Drodzy studenci, za moment, po złożeniu uroczystego ślubowania, otrzymacie z rąk kierownika Oddziału Pielęgniarstwa długo oczekiwane indeksy, będziecie pionierami akademickiego kształcenia pielęgniarzy w naszym regionie.

Nowoczesne pielęgniarstwo wymaga od nas dogłębnej, wszechstronnej wiedzy, a także umiejętności – i dziś macie szansę na zdobycie zawodowych kompetencji na najwyższym poziomie.

Pragnę złożyć Wam, w imieniu własnym i Okręgowej Rady, serdeczne gratulacje oraz życzenia wszystkiego, co dobre, wspaniałe i piękne. Życzę Wam osiągnięcia zamierzonych celów i urzeczywistnienia pokładanych nadziei.

DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. RASZEI

Pan prof. dr Stefan Raszeja

Wielce Szanowny Panie Profesorze,

Z okazji nadania Panu Profesorowi godności doktora honoris causa Akademii Medycznej w Bydgoszczy pragnę w imieniu Senatu, całej Wspólnoty Akademii Medycznej w Gdańsku i własnym złożyć najserdeczniejsze gratulacje.

Ta wspaniała uroczystość poświęcona Panu Profesorowi jest wyrazem głębokiej wdzięczności środowiska bydgoskiego, że jako rektor Akademii Medycznej w Gdańsku był Pan współinicjatorem i organizatorem Zespołu Nauczania Klinicznego naszej Uczelni w Bydgoszczy, co stało się, w późniejszym okresie, podstawą utworzenia w Bydgoszczy obecnej Akademii Medycznej.

Na szczególne wyróżnienie i podkreślenie zasługuje również fakt, że ta działalność organizacyjna stała się źródłem integrującym nasze środowiska akademickie, środowiska dwóch sąsiadujących uczelni medycznych – Gdańska i Bydgoszczy.

Wielce Szanowny Panie Profesorze, wspólnie cieszymy się z tego najwyższego wyróżnienia akademickiego przyznanego Panu, nauczycielowi akademickiemu, wychowawcy wielu pokoleń lekarzy, wielkiemu uczonemu – nestorowi polskiej medycyny sądowej.

Pragniemy raz jeszcze przekazać Wielce Dostojnemu Panu Profesorowi, doktorowi honoris causa wyrazy głębokiego szacunku, wielu życzeń dobrego zdrowia i spełnienia wszelkich zamierzeń.

Pozostający z wyrazami głębokiego szacunku

prof. Zdzisław Wajda
Rektor

Szanowni Państwo,

Chciałbym Państwa poinformować, że w oparciu o decyzję JM Rektora oraz Senatu Akademii Medycznej w Bydgoszczy, Uczelnia ta nadała w dniu 7.04.1999 r. tytuł doktora honoris causa prof. dr hab. med. Stefanowi Raszei. Uczelnia w Bydgoszczy, jak to podkreślił w laudacji prof. Karol Śliwka, nadała ten tytuł jako wyraz ogromnego uznania dla prof. Raszei, który wybitnie przyczynił się do powstania Akademii Medycznej w Bydgoszczy, jak również jego imponującego dorobku naukowego.

Wśród licznie przybytych gości z różnych środowisk miejscowych, a także spoza Bydgoszczy, z Akademii Medycznej w Gdańsku przybyli profesorowie: Czesław Baran, Jerzy Dybicki, Wiesław Makarewicz, Bolestaw Rutkowski oraz następca i uczeń Profesora, prof. Roman Hauser z zespołem współpracowników z gdańskiej Katedry Medycyny Sądowej: dr hab. Zofia Szczerkowska, dr hab. Ryszardem Pawłowskim, dr med. Stanisławem Bardzikim i dr med. Zbigniewem Jankowskim.

Ceremonię nadania honorowego tytułu zakończył wykład wygłoszony, jak zwykle z dużą swadą, przez prof. S. Raszeję, a poświęcony problemowi wiarygodności biegłego sądowego. Z tej okazji było mi niezwykle miło, że Profesor Uczelni, której jestem wychowankiem, otrzymał to znakomite wyróżnienie. Z drugiej zaś strony nasunęły mi się refleksje, dla czego AMG, z którą prof. Stefan Raszeja związał całe swoje życie zawodowe, kształcąc wielu znakomych naukowców i specjalistów z zakresu medycyny sądowej, będąc dziekanem i rektorem tej Uczelni, do tej pory nie nadała mu tego tytułu.

prof. Jacek Manitus,
AM w Bydgoszczy

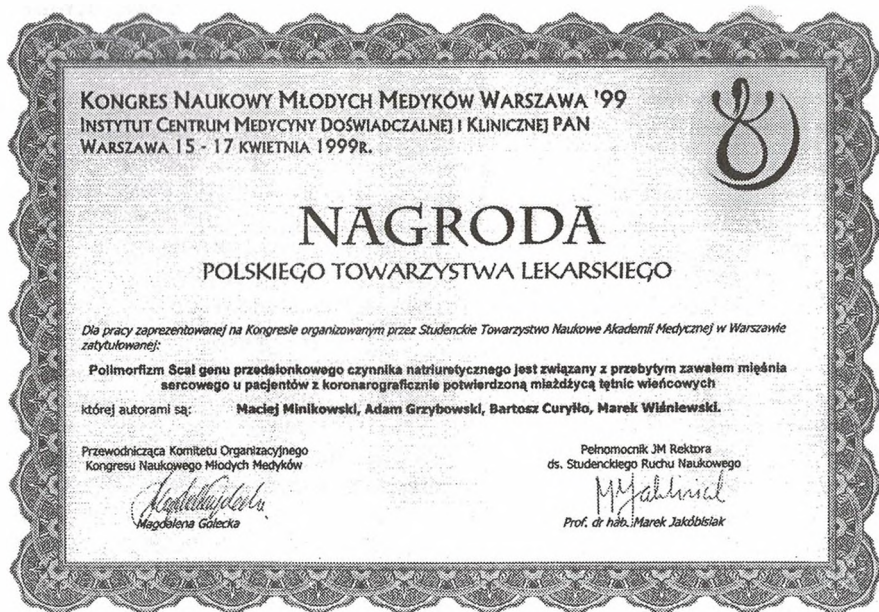
MŁODZI KARDIOLOGDZY NAGRODZENI

W dniach 15-17 kwietnia 1999 r. w Warszawie odbył się Kongres Naukowy Młodych Medyków, zorganizowany przez Studenckie Towarzystwo Naukowe Akademii Medycznej w Warszawie.

Z przyjemnością informujemy, że nagrodę Polskiego Towarzystwa Lekarskiego zdobyła praca *Polimorfizm Scali genu przedsiionkowego czynnika natriuretycznego jest związany z przebyłym zawałem mięśnia sercowego u pacjentów z koronarograficznie potwierdzoną miażdżycą tętnic wieńcowych* wykonana przez studentów ze Studenckiego Koła Kardiologicznego, którego kierownikiem jest dr Leszek Mierzejewski. Autorami pracy są Maciej Minikowski, Adam Grzybowski, Bartosz Curyłło, Marek Wiśniewski.

Praca wykonana została w I Klinice Chorób Serca Akademii Medycznej w Gdańsku, której kierownikiem jest prof. Andrzej Rynkiewicz, przy współpracy z Katedrą i Zakładem Biologii i Genetyki, kierowaną przez prof. Janusza Limona. Za okazaną pomoc dziękujemy również doktorom: Marcinowi Gruchale, Radosławowi Targońskiemu i Witoldowi Dubaniewiczowi.

Adam Grzybowski
przewodniczący Koła Kardiologicznego
przy I Klinice Chorób Serca



DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. RASZEI

Laudacja wygłoszona przez prof. Karola Śliwkę

JM Panie Rektorze, Wysoki Senacie,
Drogi Panie Profesorze Raszeja,
Szanowni Goście!

Jakże trudno być promotorem swojego promotora i opiekuna naukowego. Nie jest też rzeczą łatwą przedstawić na takiej krótkiej, jak dzisiejsza, uroczystości wszystkich osiągnięć naukowych profesora Raszei uzyskanych w ciągu długiego i twórczego życia, tym bardziej, że aktywność naukowa Profesora nie ma tendencji do wygasania.

Pozwólcie Państwu, że na wstępie wspomnę o zasługach rodu Raszejów dla regionu, w którym obecnie żyjemy, a tym samym naszkicuję warunki i okoliczności, w jakich kształtował się charakter dzisiejszego Doktoranta.

W opracowaniach dotyczących dziejów Pomorza, a zwłaszcza polskiego ruchu narodowościowego i inteligencji pomorskiej ostatniego dwuwieczia, często spotykamy się z nazwiskiem Raszeja. Ród Raszejów wywodzi się z Kociewia, gdzie w Wielkim Bukowcu żył Jan Raszeja, z zawodu *nomen omen* kołodziej, uznawany za protoplastę rodu. Najbardziej zasłużonym dla rodu był wnuk Jana – Ignacy Raszeja – skromny listonosz i późniejszy sekretarz pocztowy w Chełmnie.

Fenomen Raszejów chełmińskich polegał na tym, że w skromnym domu urzędnika poczty pruskiej wyrosło czterech synów, wybitnych polonusów, którzy zdobyli wyższe wykształcenie. Będąc uczniami słynnego w Prusach Zachodnich Królewskiego Gimnazjum w Chełmnie działali w tajnej organizacji filomackiej.

Najstarszy, Maksymilian, został księdzem i był profesorem w pelplińskim seminarium – zginął zamordowany już w październiku 1939 r.; Alojzy – był urzędnikiem bankowym w Bydgoszczy; Leon – prawnik, był ostatnim przed wojną prezydentem Torunia; Franciszek – był znanym profesorem ortopedii w Poznaniu, został rozstrzelany, gdy wezwano go do udzielenia pomocy choremu w getcie warszawskim.

Starszym bratem założyciela linii chełmińskiej był Józef, który pozostał na Kociewiu, a którego najmłodszy syn Bolesław, nauczyciel z zawodu i zamiłowania, osiedlił się ostatecznie w Sta-

rogardzie. W tejże rodzinie w grudniową Wigilię Bożego Narodzenia 1922 r. przyszedł na świat obecny tutaj Stefan.

Do 1939 roku zdołał w tym mieście ukończyć szkołę podstawową i gimnazjum, a po burzliwym okresie okupacji, we wrześniu 1945 r. uzyskał świadectwo dojrzałości. Konieczność nadrobienia straconego w okresie zawieruchy wojennej czasu nie pozwoliła Mu na odpoczynek w czasie wakacji, bowiem już w październiku tegoż roku rozpoczyna studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Poznańskiego. Do obrania tego kierunku, jak często Profesor wspominał w swoich opowiadaniach, inspirowała Go nagroda za najlepsze wyniki w nauce, jaką otrzymał jeszcze w 1939 r. od grona pedagogicznego gimnazjum w postaci książki Pawła de Kruifa *Łowcy mikrobów*.

Kariera medyka w początkowym okresie studiów była jednak zagrożona inną pasją, a mianowicie upodobaniem do śpiewu. Młody student medycyny uczęszczał bowiem na naukę śpiewu u znanej wówczas primadonny poznańskiej opery, a nawet został przygotowany do występu w operze z arią Mefista z *Fausta* oraz Skotuby ze *Strasznego Dworu*. Rozum pragmatyka, a być może nikłość argumentów motywacyjnych primadonny wzięty górę nad romantyzmem młodego śpiewaka i pozostał on w murach poznańskiej Akademii Medycznej. Być może, że na tę decyzję miał wpływ ówczesny kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej, profesor Sergiusz Schilling-Siengalewicz, wspaniały humanista, człowiek o błyskotliwej inteligencji, który poczynione spostrzeżenia i zaistniałe sytuacje ripostował wspaniałymi anegdotami i sentencjami. Obecność na dzisiejszej uroczystości dostojnych gości, których uszu nie wypada kłaść bardziej dosadnymi powiedzeniami profesora pozwala mi przytoczyć jedynie jedno z nich.

Otóż profesor Siengalewicz i obecny tutaj, ale jeszcze jako bardzo młody student-asystent, zostali wezwani do jednego z sądów w charakterze biegłych sądowych. Pociąg, którym udali się na rozprawę miał jednak opóźnienie. Obaj panowie dość szybko podążyli do sądu i zdyszani weszli na salę. Zdenerwowani oczekiwaniem sędziego groźnie zapy-

tał „Panowie biegli z Poznania?”. Na to profesor Siengalewicz odpowiedział „Nie, tylko z dworca kolejowego”.

Młody adept medycyny sądowej w 1963 r. został doktorem habilitowanym. Wspinaniu się na górne szczeble naukowe niewątpliwie sprzyjała atmosfera naukowa, jaka towarzyszyła grupie asystentów ówczesnie pracujących w poznańskim Zakładzie Medycyny Sądowej, wśród których była m.in. profesor Halina Szperl-Seyfriedowa, późniejszy dyrektor Instytutu Hematologii w Warszawie. Badania naukowe w serohematologii sądowo-lekarskiej oprócz zagadnień związanych z tanatologią oraz deontologią miały też największy wpływ na rozwój naukowy profesora Raszei. Za swoje badania naukowe propagujące polską medycynę sądową w świecie, sześć zagranicznych towarzystw naukowych nadało mu członkostwo honorowe.

W 1964 r. na drodze konkursu profesor Stefan Raszeja objął stanowisko kierownika Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej w gdańskiej Akademii Medycznej i stanowisko to piastował do 30 września 1993 r., to jest do chwili przejścia na emeryturę.

Niezwykły dar profesora Raszei do analitycznego myślenia z jednoczesną zwięzłą i syntetyczną formą prezentacji skomplikowanego problemu w sposób jasny i prosty stanowiły dla Jego uczniów niedościgły wzorzec. Ze szkoły, którą stworzył wywodzi się wielu doświadczonych medyków sądowych, bowiem opiekował się aż 6 przewodami habilitacyjnymi, a 4 spośród habilitantów jest już profesorami. Ale też i towarzyszy Profesorowi ciekawa dewiza: *Każdego, a zwłaszcza profesora, powinno się oceniać według wykształconych przez niego uczniów, ci zaś powinni przerastać swojego mistrza*.

Od 1966 roku pełnił funkcje we władzach gdańskiej uczelni poczynając od dziekana, a kończąc na funkcji rektora. Ten właśnie okres jest dla nas, pracowników naukowych tutejszej Uczelni, najistotniejszy i stanowi podstawę do przyznania przez Senat profesorowi Stefanowi Raszei tytułu doktora *honoris causa*.

W 1972 r. rektor gdańskiej Uczelni w osobie prof. Stefana Raszei prowadził pierwszą w dziejach Uczelni inaugurację roku akademickiego poza murami macierzystej Uczelni, właśnie w Bydgoszczy. W tamtym okresie byłem asystentem Profesora i pamiętam, gdy Pro-

DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. RASZEI



Wystąpienie prof. Stefana Raszei

Magnificencjo Panie Rektorze,
Wysoki Senacie, Dostojni Goście,
Mój Promotorze i Laudatorze,
Koleżanki i Koledzy,
Moi Drodzy Przyjaciele!

W moim długim życiu było wiele wydarzeń, które stały się źródłem czasem głęboko smutnej refleksji, ale częściej radosnej satysfakcji. Dziś przeżywam dzień niezwykły. Jestem bowiem świadom tego, że dostąpiłem zaszczytu przyznania mi najwyższej godności, jaką społeczność akademicka może kogoś obdarować. Bardzo dziękuję wszystkim, którzy się do dzisiejszej uroczystości przyczynili. Wyróżnienie to jest tym cenniejsze, że pochodzi z Uczelni, której powstanie i rozwój na południowych krańcach mego ukochanego Pomorza, mogłem pilnie śledzić, a w pewnym stopniu w tym procesie uczestniczyć. To niezwykle wyróżnienie przyjmuję z radością i satysfakcją, ale i z głęboką pokorą. Dzień dzisiejszy skłania mnie nie tylko do zadumy nad własną drogą naukową i zawodową, ale również do próby odpowiedzi na pytanie, jak to się stało, że na pewnym etapie mej działalności, losy moje potoczyły się z losami Akademii Medycznej, noszącej dziś imię światowej sławy chirurga i uczonego pochodzącego z Pomorza, z Ziemi Chełmińskiej, doktora Ludwika Rydygiera.

Myśli me kierują oczywiście do pierwszych spotkań z pionierami idei powołania Uczelni bydgoskiej, w tym w szczególności z profesorem Domaniewskim, dzisiejszym jej rektorem. Przecież to wówczas dzięki olbrzymiemu wysiłkowi garstki entuzjastów, pracujących w przeciętnie wyposażonym szpitalu, bez etatów akademickich i szczególnej dotacji, powstał tak bardzo potrzebny dla regionu ośrodek naukowy i dydaktyczny, który stał się zalążkiem wyższej uczelni. Jako ówczesny prorektor ds. nauki, a później rektor gdańskiej Akademii Medycznej, która miała początkowo tylko formalny obowiązek opieki nad służbą zdrowia w województwie bydgoskim, zostałem wręcz zauroczony i „porwany” entuzjazmem i prężnością tego środowiska. Wszystko co działo się później, a co Koledzy z Bydgoszczy nazywali „stworzeniem dogod-

nego klimatu” dla rozwoju ośrodka bydgoskiego, było już prostą konsekwencją tych pierwszych kontaktów. Zarówno utworzenie Zespołu Nauczania Klinicznego w Bydgoszczy, jak i później starania o przekształcenie tegoż Zespołu w filię Akademii Medycznej w Gdańsku, były dla mnie zawsze oczywistymi etapami procesu tworzenia pełnoprofilowej Akademii Medycznej, o czym niejednokrotnie przekonywałem obie współpracujące strony, tj. Kolegów z Bydgoszczy i Senat AM w Gdańsku.

Był jednak jeszcze jeden element sprzyjający memu zaangażowaniu w tworzenie bydgoskiej Akademii Medycznej: głębokie uczuciowe przywiązanie do Ziemi Pomorskiej. Już w okresie II Rzeczypospolitej bardzo ubolewałem nad tym, że na Pomorzu nie było żadnej polskiej uczelni wyższej (Politechnika na terenie Wolnego Miasta była wówczas uczelnią niemiecką). Bezpośrednio po zakończeniu działań wojennych przyjąłem z satysfakcją fakt powołania na Pomorzu dwóch wielkich nowych uczelni: Akademii Medycznej w Gdańsku i Uniwersytetu w Toruniu. Zdawałem sobie jednak sprawę, że południowa część wielkiego regionu pomorskiego wraz z sąsiadującymi Kujawami jest nadal pozbawiona ośrodka naukowego i dydaktycznego kształcącego specjalistyczne kadry medyczne. Przypuszczam, że ten wątek „patriotyzmu regionalnego” nie był wówczas bez znaczenia.

W dzisiejszej laudacji, mój Szanowny Kolega, Uczeń, a zarazem Przyjaciel, profesor Karol Śliwka mówiąc o mojej działalności naukowej, wspominał o dwóch zasadniczych jej kierunkach, najpierw o medycynie sądowej, a później o etyce i deontologii lekarskiej. Otóż chciałbym w tym miejscu zaznaczyć, że na mój wybór własnej drogi zawodowej przemożny wpływ miały dwie osoby: profesor Sergiusz Schilling-Siengalewicz z Poznania i profesor Tadeusz Kielanowski z Gdańska. Obaj byli nie tylko znakomitymi uczonymi, ale również lekarzami – humanistami, autorytetami moralnymi. Pierwszy z nich wprowadził mnie na trudną drogę łączenia medycyny z prawem, wykorzystania wszelkich osiągnięć nauk lekarskich dla dobra wymiaru sprawiedliwości

fesor przygotowując się do tego wystąpienia korzystał z magnetofonu. W chwili obecnej te starania o jak najlepszą prezentację odbieram jednoznacznie jako starania o przekonanie obecnych na inauguracji gości ministerialnych o konieczności ukształtowania w Bydgoszczy ośrodka naukowego o profilu medycznym.

W 1973 r. Profesor, jako rektor Akademii Medycznej w Gdańsku podejmuje decyzję zorganizowania w Bydgoszczy studiów stacjonarnych dla studentów V roku, a w 1974 – VI roku. Rok później akceptował rozszerzenie studiów stacjonarnych na IV rok. Jako rektor – przed zakończeniem swojej kadencji – zaakceptował w 1975 r. koncepcję utworzenia w Bydgoszczy filii gdańskiej Akademii Medycznej z zamiejscowym oddziałem Wydziału Lekarskiego.

W latach następnych czynił wszem i wobec starania o dalszy rozwój studiów medycznych w Bydgoszczy, a po utworzeniu w 1979 r. Wydziału Lekarskiego w Bydgoszczy popierał jego eksperymentalny model. Znał doskonale środowisko i zaciętość bydgoszczan i wychowany na wzorcach pomorskiej rodziny, wzbogacony o doświadczenia wielkopolskie, szczególnie cenił pracę organizacyjną, pracę od podstaw.

Wszelkie Jego działania, wsparte pracą profesorów Domaniewskiego i Romańskiego oraz licznych miejscowych i rozsianych po znaczących urządach ludzi kochających Bydgoszcz doprowadziły do ostatniej batalii o utworzenie Uczelni.

Profesorze,
dziękujemy Ci za to.



DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. RASZEI

ści, drugi natomiast ukazał mi wartość filozoficznej refleksji nad służbą choremu, nad pięknem zawodu lekarza, nad potrzebą humanistycznego wykształcenia. Im obu właśnie, moim wielkim nauczycielom, ich pamięci, pragnę zadeedykować moją krótką refleksję na temat deontologii lekarza biegłego, lekarza służącego wymiarowi sprawiedliwości. W ten sposób chciałbym połączyć tematycznie obie wymienione specjalności lekarskie: medycynę sądową z deontologią.

Oczywiście, przy wyborze tematu dzisiejszego wykładu brałem pod uwagę możliwość zaprezentowania najnowszych osiągnięć w zakresie bardzo mi bliskiej hemogenetyki sądowej, niezwykle szybko rozwijającego się działu medycyny sądowej. Ale ostatecznie przeważały moje zainteresowania etyką i deontologią lekarską.

Na ogół zakłada się, że lekarz powołany przez sąd jako biegły, to specjalista z zakresu określonej dziedziny, np. medycyny sądowej, psychiatrii sądowej, czasem konkretnej węższej specjalności, np. kardiologii, anestezjologii itp. Zleceniodawca przy wyborze biegłego kieruje się z reguły informacją o formalnej legitymacji uprawnień fachowych prezentowanych przez kandydata. Jest nim na ogół pracownik nauki, ale może nim być wybitny i doświadczony praktyk. Tak więc sąd lub prokurator (rzecznik odpowiedzialności zawodowej) na podstawie posiadanych informacji zakłada, że powołany biegły dysponuje wiedzą i doświadczeniem niezbędnym do wykonania nałożonych obowiązków.

Zleceniodawca w dobrej wierze zakłada ponadto, że powołany biegły z materiału faktycznego zebranego przez organ procesowy potrafi wyciągać prawidłowe wnioski, znajdujące pokrycie z jednej strony w ustaleniach faktycznych, z drugiej zaś w aktualnym stanie wiedzy. Powyższe założenie jest jakby rozszerzonym formalnym wymaganiem od eksperta. Ten zaś ma obowiązek powierzone mu zadania wykonać z całą sumiennością i bezstronnością. Ten wstęp obrazuje potrzebę zastanowienia się nad zasadami, którymi powinien kierować się ekspert (lekarz, biolog) powołany w charakterze biegłego.

Nauka o powinnościach, jako część etyki normatywnej, zwana deontologią, odnoszona jest na ogół do konkretnych

zawodów, np. lekarzy, dziennikarzy, oficerów; nie widzę jednak przeszkód, by dokonać próby jej zastosowania w stosunku do określonych funkcji, zwłaszcza tak ważnych z punktu widzenia praw obywatelskich jak funkcja biegłego sporządzającego ekspertyzę dla sądów powszechnych lub sądu lekarskiego.

Przedstawione za chwilę rozważania mogą skłonić do przemyśleń również tu obecnych, dziś za chwilę uroczyste promowanych doktorów medycyny, z których wielu było lub będzie powoływanych przez sądy (w tym również sądy lekarskie) do pełnienia funkcji eksperta.

Moim zdaniem, powinności eksperta mogą być rozważane z trzech punktów widzenia: 1) kwalifikacji fachowych, 2) kwalifikacji moralnych, 3) zdolności krytycznego wyciągania wniosków z dokonanych czynności i zdolności obiektywnego formułowania opinii.

Kwalifikacje fachowe

Jeżeli chodzi o pierwsze zagadnienie, jest rzeczą zrozumiałą, że lekarz biegły przed podjęciem jakiegokolwiek ekspertyzy musi rozważyć, czy zadanie mu powierzone wchodzi w zakres jego kompetencji, czy jego wiedza, a także – co szczególnie ważne – jego doświadczenie praktyczne pozwala na wykonanie ekspertyzy. Biegły musi zachować skromność w ocenie swoich możliwo-

ści. W niektórych, szczególnie trudnych ekspertyzach, lekarz biegły winien zwrócić uwagę zleceniodawcy na granice swoich możliwości, aby nie popełnić błędu, polegającego na stworzeniu pozorów pewności tam, gdzie jej nie ma. Jeżeli wyjaśnienie sprawy wymaga udziału innego biegłego, winien on zwrócić na to uwagę lub wnioskować konieczność wydania opinii zespołowej, interdyscyplinarnej. Zwracanie się z inicjatywą o powołaniu drugiego biegłego, lub drugiego zespołu biegłych, wówczas gdy wiemy, że inny ekspert w tej akurat dziedzinie dysponuje lepszymi możliwościami, nie powinno być uznawane za słabość pierwszego biegłego, podważającą jego prestiż zawodowy, wprost przeciwnie: będzie dowodem wielkiego poczucia odpowiedzialności.

Pod żadnym pozorem nie wolno nam tracić z oczu granic naszych kompetencji. Tym bardziej, że oczekiwania sądów będą coraz większe. Wynika to z bardzo szybkiego postępu techniki medycznej i informacyjnej, ale nie bez znaczenia jest coraz większa aktywność obrońców. To powoduje konieczność podniesienia poprzeczki w kształceniu wykwalifikowanego biegłego.

Kwalifikacje moralne

Jeżeli chodzi o drugie zagadnienie związane z powinnościami biegłego, to trzeba stwierdzić, że do podstawowych



Podczas hymnu *Gaude Mater Polonia*, wykonanego przez chór AM w Bydgoszczy, od lewej: prof. Jan Domaniewski, rektor AM w Bydgoszczy, prof. Stefan Raszeja, doktor *honoris causa*, prof. Karol Śliwka, prorektor AM w Bydgoszczy, prof. Czesław Kłyszejko, dziekan Wydziału Lekarskiego AM w Bydgoszczy

DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. RASZEI

jego cech charakteru należy prawość i uczciwość intelektualna, a także sumienność i poczucie godności zawodowej. Jego autorytet musi wynikać w sposób naturalny z posiadanej wiedzy i doświadczenia; nie może mieć nic wspólnego z autorytatywnością, która polega nie na przekazywaniu, lecz na narzucaniu swego zdania. Ekspert przed podjęciem się zleconego zadania musi sobie uświadomić, że wykonując zlecenie uczestniczy w publicznej służbie sprawiedliwości, że jest jakby odbiorcą pewnej części autorytetu, który został mu przekazany przez sędziego lub innego przedstawiciela prawa.

Niezawistość biegłego polega na jego wolności i samodzielności. Wolny jest w wyborze zastosowanej metody, która – zgodnie z jego wiedzą i doświadczeniem – jest najbardziej odpowiednia dla wykonania powierzonego zadania. Samodzielny jest w ocenie wszystkiego, co uzyskał w toku badania, uwzględniając informacje pochodzące od obu stron procesowych. Akceptując fakt, że otrzymuje wynagrodzenie za swoje czynności od zleceniodawcy reprezentującego np. jedną ze stron (prokuraturę lub instytucję ubezpieczeniową), biegły musi jednocześnie pamiętać, że nie jest niczym mandatariszem, nie reprezentuje nikogo poza sobą samym (na tym polega jego samodzielność). On nie broni niczych interesów, również społecznych, na które niekiedy strony procesowe chętnie się powołują: on po prostu służy wyłączenie prawdzie, której winien dociekać ze wszystkich sił. Szacunek dla prawdy i jej umiowanie winny cechować każdego lekarza, bo możliwość zaufania lekarzowi, że mówi prawdę, jest niestychanie ważna. Tym większe znaczenie ma ta zasada przy ferowaniu orzeczenia lekarskiego, na podstawie którego sąd wydaje wyrok lub ustala wysokość świadczenia. Ekspert winien jednakowo poważnie traktować informacje, objawy i dokumenty pochodzące od obu stron, winien też wykazywać szacunek dla odmienności zdań. Na tym polega m.in. bezstronność i obiektywizm. Ekspert nie może natomiast w żaden sposób ulegać presji jakiegokolwiek natury, nie może poddawać się innym racjom czy sugestiom, które nie wynikają ze stanu faktycznego. Dotyczy to również sugestii organu prowadzącego dochodzenie lub śledztwo.

Stosunek zleceniodawcy do eksperta i jego opinii powinien odznaczać się wzajemną niezawistością. To znaczy, że np. sędzia nie może wpływać na istotę opinii i nie ma prawa narzucania swojego poglądu biegłemu, a rzeczoznawca nie może swoją opinią wiązać sędziego.

Jeżeli lekarz biegły dostrzega, że jego oceny mogą nie być w pełni niezależne, np. jeżeli został wezwany wcześniej do udzielenia określonej porady w sprawie, w której później ma dokonać ekspertyzy, wówczas powinien oczywiście wskazać na konieczność rezygnacji z jego udziału w wykonaniu powierzonego zadania ze względu na określone ryzyko.

Zdolność krytycznego wyciągania wniosków

Wreszcie przechodząc do omówienia trzeciego zagadnienia deontologicznego, jakim jest sposób formułowania opinii, trzeba skonstatować, że wydana przez eksperta opinia powinna być jasna, precyzyjna, krótka, ale kompletna i nietendancyjna. Jak wynika z moich obserwacji, przyswojenie sobie powyższych, wydawałoby się prostych zasad, stawia ekspertom – wbrew pozorom – największe trudności. Przekonują o tym przypadki, w których sąd I instancji odczytał treści zawarte w opinii całkowicie odmiennie od intencji eksperta. Ten zaś tłumaczy się, że (tu cytuję wypowiedź jednego z biegłych) „naukowiec wyczytuje ze swej opinii to, co myślał przy jej pisaniu”. Tak być nie może. Bezstronność i obiektywizm eksperta powinny się manifestować także w stylu i języku jego opinii. Język, który roi się od przymiotnikowych ozdóbek, nasuwa wątpliwości co do rzetelności samej opinii. Nie ma tam miejsca na przesadną pewność twierdzeń, a także na wyniosłe odwoływanie się do nieomyślności, do swojego autorytetu. Przed prawie 100 laty Lacassagae powiedział: *Trzeba umieć wątpić. Historia zawsze wtedy przypomina granice naszych umiejętności i wiedzy, gdy popadamy w niebezpieczeństwo zapomnienia tych granic.* I jeszcze jedno: język opinii powinien odpowiadać celowi, któremu ma służyć w danym wypadku, gdyż w przeciwnym razie ekspert i sędzia będą mówić obok siebie, a nie do siebie.

Przedstawiając zagadnienia związane z etyką zawodową i stąd wynikające powinności ekspertów powoływanych w charakterze biegłych przez organy procesowe, chciałbym zachęcić wszystkich aktualnych i przyszłych lekarzy-ekspertów do częstszej konfrontacji swojej działalności z przedstawionymi wyżej zasadami.

Mam nadzieję, że nie nadużyłem Państwa cierpliwości przedstawiając swoje przesłanie deontologiczne.

Zwracając się do obecnych na sali młodych doktorów medycyny pragnę im przede wszystkim pogratulować uwierzenia ich trudu, którego podjęli się, by podnieść swoje kwalifikacje. Tu przypomnę: *Omnium profecto artium medicina nobilissima.* Zaiste, ze wszystkich nauk medycyna jest najszlachetniejsza – powiedział Hippocrates, ojciec europejskiej medycyny.

Ale dzisiejsze tak liczne promocje, to również sukces Uczelni bydgoskiej, bo czyż może być coś bardziej znaczącego niż oddanie społeczeństwu lekarzy i przedstawicieli innych profesji związanych z medycyną, przygotowanych do podjęcia dodatkowych wyzwań i obowiązków w obronie życia i zdrowia, uzbrojonych w naukowe podstawy i inspirację do dalszego, nieustannego poznawania i odkrywania?

A teraz kończąc chciałbym bydgoskiej Akademii Medycznej, „mojej” Uczelni, złożyć z głębi serca płynące życzenia:

- aby osiągnęła sukcesy w działalności naukowej, w dociekaniu prawdy i aby te sukcesy stały się tradycją tej *Alma Mater*,
- aby wykształcone przez nią kadry lekarzy dysponowały nie tylko pogłębią wiedzą, ale i wysokim poziomem etycznym,
- aby umiowanie zawodu, a także codzienny trud wychowanków tej Uczelni wśród chorych i cierpiących, spotykały się z uznaniem środowiska i były źródłem ustawicznej satysfakcji,
- aby ta najmłodsza Akademia Medyczna w Polsce znalazła trwałe miejsce wśród przodujących uczelni w kraju.

Vivat, crescat, floreat Academia Medica Bydgostiensis



DOKTORAT HONORIS CAUSA DLA PROF. S. G. MASSRY

Laudacja wygłoszona przez prof. Bolesława Rutkowskiego w dniu 22 kwietnia 1999 r. z okazji nadania prof. Shaul G. Massry tytułu doktora h.c.

Jego Magnificencjo Rektorze,
Panie Dziekanie, Wysoki Senacie,
Szanowna Pani Massry,
Droży Goście,
Szanowne Koleżanki i Koledzy.

Przypadł mi w udziale ogromny zaszczyt przedstawienia sylwetki prof. Shaula Massry, który w dniu dzisiejszym uzyska zaszczytny tytuł doktora *honoris causa* naszej *Alma Mater*. Na początku pozwolę sobie przytoczyć słowa mego Mistrza i Nauczyciela, prof. Andrzeja Manitiusa, który ze względu na stan zdrowia nie może być wśród nas w dniu dzisiejszym. Mawiał On zawsze, że wśród ludzi zajmujących się nauką jest wielu naukowców, natomiast mało prawdziwych uczonych. Mam nadzieję, że w swoim krótkim wystąpieniu zdołam Państwu przekazać, że nasz dzisiejszy doktorant jest uczonym i to najwyższej klasy.

Prof. Shaul Massry jest wybitnym, znanym w całym świecie internistą - nefrologiem. Jego kariera rozpoczęła się od ukończenia studiów w Hebrew University, Hadessah Medical School w Izraelu. Przez pierwsze dziesięć lat po uzyskaniu dyplomu lekarza pracował w Beilinson Medical Center w Izraelu, zdobywając specjalizację z zakres chorób wewnętrznych oraz prowadząc pierwsze, niezwykle interesujące, badania nad wpływem gorącego klimatu na funkcję nerek. Jego błyskotliwa kariera naukowa rozpoczęła się od wyjazdu w roku 1965 w charakterze *Research Fellow* do Renal and Electrolyte Division Georgetown University Hospital w Waszyngtonie (USA). Miał w tym czasie możliwości współpracować z tak wielkimi nefrologami amerykańskimi jak G. Schreiner, J. Maher, C. Kleeman czy J. Coburn. W tym też czasie ukazują się jego pierwsze prace dotyczące zaburzeń gospodarki wapniowo-fosforanowej oraz problemów nadczynności przytarczyc u pacjentów z niewydolnością nerek. Te zagadnienia, oprócz innych problemów patofizjologii i kliniki chorób nerek, będą odąd stanowiły główny przedmiot zainteresowań S. Massry'ego. Jego hipoteza o wiodącej roli wtórnej nadczynności przytarczyc w rozwoju zespołu mocznicowego oraz

pozycji parathormonu jako głównej toksyny mocznicowej wciąż fascynuje świat nefrologiczny. W Jego klinice i laboratoriach odbywało staże naukowe wielu obecnych liderów nefrologii światowej z obecnym prezesem Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego, prof. Kyoski Kurokawa, włącznie.

W 1966 roku osiada w Los Angeles, początkowo pracując w Renal and Metabolism Section, Cedars Sinai Medical Center w Los Angeles (*Senior Research Fellow, Associate Chief Nephrology and Hypertension Service*), następnie w University of California School of Medicine (*associate professor*, a następnie *professor of medicine*) a od roku 1974 do chwili obecnej w University of Southern California jako *profesor of medicine physiology and biophysics* i *Chief of the Division of Nephrology*. Dorobek naukowy prof. S. Massry jest imponujący. Jest autorem bądź współautorem ponad 650 publikacji, które ukazywały się w czasopismach o największej renomie międzynarodowej: (*Kidney International, American Journal of Physiology, Journal of Clinical Investigation, Journal of the American Society of Nephrology* i inne) oraz ogromnej ilości komunikatów zjazdowych. Jest autorem rozdziałów w szeregu ważnych podręcznikach, a pod Jego redakcją ukazały się tak znaczące pozycje jak „Textbook of Nephrology” czy „Nutritional Management of Renal Failure”. Był wielokrotnie zapraszany do wygłaszania referatów programowych na najznakomitszych zjazdach i kongresach międzynarodowych, jako *visiting professor* odwiedzał szereg uczelni medycznych w całym świecie, w tym wiele polskich. Otrzymał szereg liczących się nagród i wyróżnień, m.in.: Medal Ludwika Pasteura, Andree Lichwitz Award, Paolo Mascagni Gold Medal and Award, David Hume Memorial Award, Malpighi Gold Medal i inne.

Prof. Shaul Massry jest posiadaczem dziesięciu dokto-

ratów *honoris causa* uniwersytetów w: Bolonii, Marsylii, Pradze, Pescu, Koszycach, Szegedzie oraz akademii medycznych w: Katowicach, Poznaniu i Lublinie. Dodać należy, że aktualnie S. Massry jest redaktorem naczelnym dwóch recenzowanych czasopism medycznych: *Mineral and Electrolyte Metabolism* oraz *American Journal of Nephrology* oraz członkiem kolegów redakcyjnych dziesięciu innych, m.in.: *Kidney International, Nephron, Renal Physiology, Diabetic Nephropathy* i innych. Jest aktywnym członkiem towarzystw: International Association of the History of Nephrology, International Society of Nutrition and Metabolism in Renal Disease oraz przewodniczącym Task Force for International Clinical Trials of the International Society of Nephrology i innych. Prof. Massry jest członkiem honorowym wielu towarzystw naukowych na całym świecie (Izrael, Niemcy, Francja, Włochy, Czechy, Słowacja, Bułgaria, Indie, Belgia), jest także członkiem honorowym Polskiej Akademii Nauk oraz Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego.

Można bez przesady stwierdzić, że nawet tych przedstawionych w ogromnie skrótovej formie osiągnięć wystarczyłoby na kilka niepoślednich życiorysów. Prof. Shaul Massry jest przyjacielem Polski i Polaków. Współautorami kilkudziesięciu Jego prac są stypendyści z Polski. Od początku lat osiemdziesiątych przebywał w kierowanym przez niego ośrodku nefrologicznym na kilkuletnich stażach naukowych kilku-



Doktor *honoris causa* prof. Shaul G. Massry

DOKTORAT *HONORIS CAUSA* DLA PROF. S. G. MASSRY

nastu Polaków, m.in. przez okres ponad dwóch lat jako stypendysta National Kidney Foundation przybywała w Los Angeles dr med. Ewa Król z Kliniki Chorób Nerek AMG. Jej pobyt zaowocował pięcioma wspólnymi publikacjami, część z których ukazała się już w renomowanych czasopismach medycznych. Wielu polskich profesorów, w tym kilku z obecnych na tej uroczystości, odwiedziło Division of Nephrology University of Southern California w Los Angeles jako *visiting professor*. Osobiście miałem przyjemność tam przebywać w roku 1995. Wielokrotnie prof. S. Massry gościł w Polsce, przedstawiając wykłady, np. na zaproszenie Polskiej Akademii Nauk lub referaty programowe na zjazdach Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego. Dwukrotnie przedstawiał niezwykle ciekawe referaty programowe w Gdańsku w czasie I (1995) i II Bałtyckich Spotkań Nefrologicznych (1997). Obecnie, po pobycie w Gdańsku uda się do Wilna, gdzie odbywać się będą III Bałtyckie Spotkania Nefrologiczne, organizowane wspólnie z litewskimi kolegami.

Dzięki Jego sugestijnym radom w ubiegłym roku powstała Polska Fundacja Nefrologiczna, zrzeszająca regionalne i lokalne małe fundacje. Profesor obiecał wspierać tę cenną inicjatywę merytorycznie oraz pomagać w znajdowaniu nowych darczyńców. Jest to ogromna pomoc, ponieważ prof. Massry był przez wiele lat przewodniczącym i animatorem amerykańskiej National Kidney Foundation, która pod Jego zarządem stała się ogromnie ważną i bogatą instytucją, przeznaczającą wiele z posiadanych funduszy na badania naukowe, także dla gorzej sytuowanych krajów, w tym m.in. dla Polski. We wrześniu ubiegłego roku odbyło się pierwsze wspólne Sympozjum Polskiej Fundacji Nefrologicznej oraz National Kidney Foundation w Poznaniu. Za zgodą tej instytucji mogliśmy przetłumaczyć i wydać w Polsce, opracowane przez grupę ekspertów o światowej sławie, zalecenia dotyczące leczenia nerkopochodnej niedokrwistości. Wart podkreślenia jest także fakt, że Shaul Massry był naszym przyjacielem w ciężkich czasach lat osiemdziesiątych. Już wte-

dy promował naszą polską nefrologię i nas, zaangażowanych w jej rozwój na forum międzynarodowym. Pomagał w prezentacji naszych prac, zapraszał do przewodnictwa sesji, wspierał starania o publikowanie polskich prac w renomowanych czasopismach międzynarodowych. Obecna wysoka pozycja polskiej nefrologii na forum międzynarodowym jest w pewnym stopniu także Jego zasługą.

Mam przyjemność znać osobiście prof. S. Massry od kilkunastu lat, byłem świadkiem wielu Jego wystąpień oraz wielokrotnie miałem okazję korzystać z Jego rad i sugestii, podobnie jak wielu polskich kolegów - nefrologów.

Nadanie prof. Shaulowi Massry tytułu doktora *honoris causa* naszej gdańskiej *Alma Mater* jest zatem świętem dla całej polskiej rodziny nefrologicznej. Jednocześnie niech mi będzie wolno wyrazić przekonanie, że przyjęcie tej godności przez tak wybitnego uczonego przynosi także zaszczyt naszej Uczelni.



Posiedzenia * TOWARZYSTWA * Zebrania

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Oddział Morski

zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe w dniu 12 maja o godz. 11.00 do Kliniki Dermatologicznej. Referat *Nowe, nowsze i najnowsze w leczeniu grzybic* wygłosi dr hab. R. Nowicki.

Polskie Towarzystwo Pediatryczne Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe w dniu 18 maja o godz. 11.15 do sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala im. Mikołaja Kopernika w Gdańsku. W programie:

1. *Somatotropinowa niedoczynność przysadki, rozpoznawanie i leczenie* – dr A. Korpala-Szczyrska, Klinika Pediatrii, Hematologii i Endokrynologii AMG
2. *Zaburzenia wzrostania w zespole Turnera u dziewcząt* – dr B. Dornat, dr W. Bako, Klinika Pediatrii, Hematologii i Endokrynologii, Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii AMG

Instytut Chorób Wewnętrznych

zaprasza w dniu 26 maja o godz. 12.00 do sali im. prof. Wszelakiego na lekcję kliniczną. W programie referaty pochodzące z Kliniki Chorób Zakaźnych AMG:

1. *Przypadek zespołu Help u pierwsiaki* – dr K. Sikorska, K. Witczak-Malinowska

2. *Mykobakterioza płucna u chorego zakażonego HIV* – dr M. Lemańska

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że dnia 28 maja o godz. 10.00 w Instytucie Położnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Rola wirusa brodawczaka ludzkiego w patogenezie raka szyjki macicy* – dr med. K. Łukaszuk, mgr J. Liss, II Klinika Położnictwa i Ginekologii AMG, Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
2. *Profilaktyka raka szyjki macicy w świetle zaleceń EUROGIN i WHO* – dr med. K. Łukaszuk, II Klinika Położnictwa i Ginekologii AMG, Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
3. *Ocena występowania infekcji wirusem brodawczaka ludzkiego w rutynowych badaniach cytologicznych* – dr med. K. Łukaszuk, mgr J. Liss, lek. med. J. Zalewski, II Klinika Położnictwa i Ginekologii AMG, Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej
4. *Bacterial Vaginosis* – prof. J. Peterek, PSK WAM w Warszawie
5. *Dalacin – krem dopochwowy w Bacterial Vaginosis* – lek. med. L. Wójtowicz, Pharmacia – Upjohn

Streszczenie odczytu wygłoszonego dnia 27 marca br. na posiedzeniu Okręgowej Izby Aptekarskiej i Gdańskiego Koła Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski. Odczyt na temat neuroendokrynnych podstaw stresu wzbudził wielkie zainteresowanie słuchaczy, co skłoniło mnie do zaproponowania jego opublikowania na łamach *Gazety AMG*. Streszczenie przygotowała prelegentka.

prof. Ryszard Piękoś
przewodniczący Koła SFKP

dr med. Gerda Gnacińska

Neuroendokrynnie podstawy stresu

Podczas stresu aktywowane są dwa główne systemy hormonalne: układ katecholamin i układ podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowy. Systemy te mogą być aktywowane niezależnie od siebie bądź też łącznie.

Reakcja w postaci wzrostu poziomu katecholamin jest filogenetycznie stara, przetrwała wszystkie etapy ewolucji, co wskazuje na jej ważne znaczenie biologiczne w odpowiedzi na stresorowe czynniki. Podwyższeniu ulega poziom obu katecholamin: noradrenaliny i adrenaliny, zarówno w ośrodkowym układzie nerwowym, jak i we krwi. Podwyższenie poziomu katecholamin towarzyszy podstawowej reakcji behawioralnej zwierzęcia, jaką jest walka lub ucieczka – jest to reakcja decydująca o przetrwaniu. Wydzielane podczas walki/ucieczki katecholaminy przyspieszają katabolizm dostarczając mięśniom niezbędnej w ucieczce energii. Wzmagają również czujność zwierzęcia pozwalając mu skupić uwagę na celu i reagować selektywnie na bodźce, eliminując równocześnie zachowania nieistotne w sytuacji zagrożenia i walki o przeżycie. Noradrenalina odpowiada bardziej za komponentę walki, natomiast adrenalina jest raczej związana z aspektem ucieczki i lęku.

Wydzielane w dużej ilości katecholaminy podczas stresu powoduje wzrost aktywności układu podwzgórzowo-przysadkowo-korowo-nadnerczowego z wydzielaniem hormonu uwalniającego hormon adrenokortykotropowy (CRH), adrenokortykotropinę (ACTH) i kortykosteroidy (Ks).

Reakcja układu podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego na stres jest filogenetycznie młodsza. Pojawiła się w ewolucji wraz z życiem w stadzie. Życie w społeczności wymaga dostosowania się do życzeń panującego i znalezienia swojego miejsca w społeczności. Zamiast ratować się samotnie walką lub ucieczką zwierzę może korzy-

stać z siły grupy. Zwierzęta podporządkowane w hierarchii społecznej mają wyższy poziom kortykosteronu niż panujące.

Strukturą anatomiczną związaną z zachowaniem społecznym i z aktywnością układu podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowego jest hipokamp i przegrada. Hipokamp wpływa regulując na wydzielanie CRH w podwzgórzu. Wpływ podwzgórza na wydzielanie przysadki po raz pierwszy udowodnił Selye w 1949 roku, a już kilka lat później Shally i Safran opisali pierwszy czynnik podwzgórza stymulujący wydzielanie ACTH z przysadki, tj. CRH. Neurony podwzgórza wydzielające CRH są zlokalizowane głównie w jądrze przykomorowym podwzgórza. Jądro to ciągnie się obustronnie wąskim pasmem wzdłuż III komory mózgu. Oprócz CRH, w połowie neuronów zawierających go występuje wazopresyna (VP). Jest ona wydzielana łącznie z CRH do krążenia wrotnego przysadki i działa synergistycznie w uwalnianiu ACTH. Subpopulacje komórek jądra przykomorowego zawierające wyłącznie CRH, bądź też zawierające łącznie CRH i VP mogą

być aktywowane niezależnie od siebie, w zależności od rodzaju stresu.

ACTH wydzielający się pod wpływem CRH stymuluje sekrecję kortykosteroidów nadnerczy. Wysokiemu stężeniu hormonów CRH-ACTH-Ks towarzyszy poczucie beznadziei i beznadziejności, bierne zachowanie i paraliżujący lęk. Wydzielane w nadmiarze Ks ograniczają dalsze wydzielanie ACTH i CRH działając hamująco na przysadkę i podwzgórze, a także na hipokamp i inne struktury układu limbicznego, w których obecne są liczne receptory dla Ks.

CRH reguluje nie tylko sekrecję ACTH, ale także wydzielanie innych hormonów, w tym hormonu wzrostu i hormonu luteinizującego (LH). Reguluje również funkcje autonomiczne powodując wzrost aktywności układu sympatycznego, a ponadto reguluje funkcje immunologiczne i behawioralne. Długotrwale utrzymujący się wzmożony poziom Ks wpływa hamująco na szereg komórek układu immunologicznego, co zwiększa zachorowalność na choroby infekcyjne i nowotworowe w wyniku przewlekłego stresu. CRH ma znaczenie w patofizjologii lęku i depresji. W depresji u ludzi stwierdza się wysoki poziom CRH. Normalizacja układu CRH-ACTH-Ks pod wpływem leków antydepresyjnych jest pomyślnym objawem rokowniczym w leczeniu depresji.

CRH ma kluczowe znaczenie w stresie ponieważ integruje funkcje endokrynnie, autonomiczne i behawioralne. Ochrona przed stresem wymaga aktywacji i współdziałania obu układów hormonalnych: katecholaminowego i CRH-ACTH-Ks w stopniu optymalnym do danej sytuacji umożliwiając celowe i sprawne działanie w stresie.



Przeczytane... o marzeniach

Kiedyś pisałem, że człowiek delikatny, wrażliwy i taktowny nie dokona w życiu wiele. Dzisiaj przedstawiam zdanie Romana Dmowskiego: „W każdym naprawdę wielkim człowieku musi siedzieć marzyciel. Doskonała trzeźwość daje ludzi średniej miary, typowych ludzi zachodu”.

Andrzej Micewski komentuje: „... to obserwacja bardzo przenikliwa i dotyczy ona nie tylko wielkich ludzi, ale i całych narodów”.

Wyboru myśli dokonał prof. Romuald Sztaba

Prof. Michał Reicher, twórca i kierownik Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej, drugi z kolei rektor naszej Uczelni, anatom i prymatolog (nauka o małpach człekokształtnych) o międzynarodowej sławie, prowadząc wykłady wchodził niekiedy w obszar ulubionej prymatologii. Mawiał wtedy do swojego ulubionego laboranta: *Antoni! Niech Antoni przyniesie te moje małpki z biurka! No i tłumaczył: małpa starego świata – platyrhina, małpa nowego świata – katirhina (lub odwrotnie). A potem, jakby zdając sobie sprawę, że wyszedł poza temat anatomii dla studentów wykonywał charakterystyczny ruch łokciami, mówiąc: *mniesza z tym, mniesza z tym...* Powstała więc studencka anegdota (nie mająca oczywiście autentycznego podłoża) następującej treści: *człowiek składa się z narządów rozrodczych i z reszty. Co do tej drugiej – to mniesza z tym, mniesza z tym...* Zajmijmy się tymi ważnymi narządami...*

* * *

Prof. Jarosław Iwaszkiewicz, kierownik Kliniki Otolaryngologii egzekwował egzamin ze zwykłą sobie surowością. Powstawały na ten temat legendy o absolwentach, którzy mając już tylko tę dyscyplinę, jako ostatni egzamin powtarzali kolejne podejścia przez długi czas. Trzeba oddać sprawiedliwość Profesorowi, że nie wpisywał do tzw. wizu egzaminacyjnej oceny niedostatecznej, tylko „zapraszał” ponownie, najczęściej za 2 tygodnie. Byli rekordziści przystępujący do egzaminu po kilkanaście razy. Sam egzamin był poprzedzony częścią praktyczną, polegającą na badaniu chorego w wielkim pokoju badań Kliniki. W okresie sesji panował tam tłok, był to bowiem też rodzaj „giełdy”. Profesor po obejrzeniu chorego wykonywał półobróć na stołku i pytał: *no, kto tam chce zdawać?* Wtedy półkrąg stojących za nim studentów odsuwał się powoli, aż wreszcie zgłaszał się jakiś zdeterminowany delikwent. Zdarzyła się kiedyś taka scena. Wchodzi 8-letni chłopczyk i już od drzwi odzywa się bardzo ochrypłym głosem. Profesor odwraca się do stłoczonej za nim gromady studentów i pyta: *kto chce zdawać?* Zgłasza się dwójka delikwentów. – *O czym tu można myśleć jeszcze przed badaniem?* – *O gruźlicy krtani* – próbuje student nr 1... – *o brodawczakach krtani* – stwierdza student nr 2. – *Ty nie będziesz zdawał* – zwraca się profesor do pierwszego studenta. *A ty przygotuj się do badania* – mówi do drugiego.



Prof. Michał Reicher
w karykaturze Jerzego Wojtynowskiego

Akademia (IV) w anegdocie...



Prof. Stanisław Hiller
w karykaturze Jerzego Wojtynowskiego

Następnie bada chłopca i wykonując swój zwykły półobróć pyta: *gdzie jest ten pierwszy kolega? To on będzie zdawał...* (sytuacja była oczywiście z rodzaju wyjątku potwierdzającego regułę).

* * *

Mimo swojej surowości Profesor był niezwykle lubiany przez studentów. Świadczyć może o tym wierszyk przygotowany przez absolwentów i odczytany na bankiecie, ku szczeremu rozbawieniu adresata:

Gdy Iwaszka czepek włoży, Napoleon niech się schowa
Mina tęga i postawa, no – i wiele tęższa głowa,
Miast korony skroń mu zdobi potężny reflektor,
Gdy nim błysnie, gaśnie nawet słoneczny Pan Rektor**
Wielki laryngoskop Jemu rapier zastępuje,
Tonsillitis i laryngit migiem różnicuje,
I przelewa swe oleje w puste nasze głowy,
U nas efekt zawsze taki... jak po rącznikowym...
Osiemnaście razy zdawał rok poprzedni ciężko struty,
My za siedemnastym zdamy – bo nasz tego kuty!
Choć się sierzdi i odgrza – sto lat niech nam żyje!
Za to serce, które – wiemy – mocno dla nas bije...*

(dr Jerzy Wojtynowski)

* prof. Iwaszkiewicz nosił zawsze czepek typu furazerki zakładany w poprzek

** aluzja do prof. Jakuba Pensona, który był całkowicie łysy i do tego miał ogoloną głowę

* * *

Prof. Zofia Majewska, kierownik Kliniki Neurologicznej bardzo starannie przygotowywała się do wykładów, w czasie których demonstrowała chorych. Najbliższy wykład miał traktować o chorobach ogona końskiego. W przeddzień wykładu zwróciła się z wyrzutem do asystenta, dr. Ryszarda Obiedzińskiego (obecnie ordynatora Oddziału Neurologicznego w szpitalu „Srebrzysko”) w te słowa: *Panie Rysiu! Chwalił się Pan, że ma Pan dwa ogony, a jak przyszło co do czego, to okazało się, że nie ma Pan żadnego... Jak Pan teraz wygląda?*

BIL

O AMG, zdrowiu i służbie zdrowia

NA ŁAMACH
PRASY

Czekamy na lepsze

Naczelna Rada Lekarska oczekuje od nowej minister zdrowia Franciszki Cegielskiej wniosku o nowelizację ustaw o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, o ZOZ-ach i o zawodzie lekarza. Rada chce przede wszystkim ustawowego zagwarantowania udziału samorządu lekarskiego w negocjacjach z kasami chorych. Domaga się też m.in. umożliwienia prywatnemu lekarzowi wystawienia skierowania swojemu pacjentowi do szpitala.

Wołk, PAP

Gazeta Wyborcza, 4.04.1999

Cegielska i senatorowie
Zdrowie publiczne czy nie?

Reforma służby zdrowia nadal budzi niejasności. Wczoraj [14.04] senatorowie z komisji zdrowia spotkali się z ministrem zdrowia Franciszką Cegielską.

Głównie pytano o pieniądze. Nie jest jasne czy finanse kas chorych są „środkami publicznymi”. Cegielska wyjaśniła, że w tej sprawie prawnicy się różnią. Ministerstwo Finansów jest zdania, że te pieniądze podlegają ustawie o finansach publicznych. A to oznacza, że operacje finansowe kas powinny być jawne. Biuro legislacyjne rządu twierdzi zaś, że nie są to środki publiczne. Sprawa jest kluczowa wobec pretensji do kas chorych o niejasne kryteria przy zawieraniu kontraktów. Jednak nikt jej nie rozstrzygnął.

Minister zapowiedziała, że 150 mln zł z rezerwy celowej zostanie przeznaczonych na podwyżki płac w służbie zdrowia z wyrównaniem od stycznia br. Pieniądze będą rozdysponowane przez kasy chorych między te zakłady, które w ubiegłym roku były jednostkami budżetowymi. Z ustaleń komisji trójstronnej wynika bowiem, że pracownicy sfery budżetowej powinni otrzymać dwuprocentową podwyżkę płac ponad inflację. Zakłady, które były samodzielne, nie dostaną od państwa pieniędzy na podwyżki. Senatorowie oponowali, że te 150 mln zł miało być przeznaczone na odprawy dla zwalnianych pracowników. Zapewniał ich o tym jeszcze 23 marca poprzedni minister zdrowia Wojciech Maksymowicz.

Na zarzut jednego z senatorów, że nie ma jasności, co się pacjentowi należy w ramach ubezpieczenia, Franciszka Cegielska odpowiedziała, że temat wy-

maga zorientowania się, w jakim stopniu pacjenci gotowi byłiby zaakceptować współpłacenie za niektóre usługi.

ECI

Gazeta Wyborcza, 15.04.1999

W tym szaleństwie jest metoda

Najbardziej opłaca się leczyć zdrowych. Ludzie naprawdę chorzy będą wypychani poza nawias systemu opieki medycznej, bo ich leczenie może zrujnować szpital.

W pierwszym dniu urzędowania nowa pani minister zdrowia Franciszka Cegielska powiedziała *Gazecie*: „Potrzebny jest pozbawiony emocji bilans tej reformy od początku stycznia do końca marca”. Najtrudniej ustrzec się emocji, gdy prasa co chwila donosi o jakimś horrorze: pogotowie odmawia przyjazdu do ciężko chorego, szpital nie przyjmuje nagłego wypadku, chory z wysoką gorączką musi trzy dni czekać na numerek w przychodni, pacjenta odsyłają po skierowanie na niezbędne badania od lekarza pierwszego kontaktu do specjalisty, a od specjalisty z powrotem do lekarza – by wreszcie zmęczony zrobił badania za własne pieniądze. I tak się dzieje każdego dnia, choć od wprowadzenia nowego systemu finansowania minęły już trzy miesiące. Tego nie da się już tłumaczyć początkowym bałaganem towarzyszącym reformie i brakiem informacji. W tym szaleństwie jest metoda. Takie a nie inne zachowania wymusza strumień pieniędzy, który zaczął płynąć do placówek służby zdrowia zupełnie innym torem.

Nawet pozytywne – wydawałoby się – sygnały budzą mieszane uczucia. Bo jak zinterpretować karykaturalną pogoń za pacjentem, jaką uprawiają niektóre przychodnie, byle tylko zdobyć jego podpis i PESEL? Pacjent miał być pożądanym i upragnionym, bo za nim idą pieniądze z kasy chorych – ale czasami owego „upragnionego pacjenta” straszy się i szantażuje. Chyba nie o takie formy poządania chodziło twórcom reformy. [...]

Nie ma jak w klinice

Miało być tak: nie ma rejonizacji. Pacjent sam wybiera szpital, ale wybór jest ograniczony do poziomów referencyjnych. Poziom referencyjny określa lekarz w skierowaniu – im poważniejsze schorzenie, tym wyższy poziom.

Wyszło zupełnie odwrotnie. Już w noc sylwestrową kliniki zaczęły się przepętniać. Pacjent, któremu ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym dała prawo wyboru, natychmiast zaczął korzystać z tego prawa. Każdy mieszkaniec województwa mazowieckiego chciałby się leczyć w warszawskim szpitalu klinicz-

nym przy Banacha. Można by rzec: to świetnie! Pacjent głosuje na lepszą placówkę, za pacjentem idą pieniądze, zatem następnym racjonalnym krokiem kasy chorych winno być zmniejszenie kontraktów ze szpitalami w Wołominie, Pruszkowie czy Płońsku, a rozszerzenie ze szpitalem przy Banacha. Trzeba wszakże zapytać: czy każde schorzenie powinno być leczone w klinice przez profesorów medycyny? I czy rozsądne jest wydawanie pieniędzy podatników na tak kosztowny system opieki? [...]

Elżbieta Cichocka

Gazeta Wyborcza, 31.03.1999

Próba nawiązania dialogu

Rozmowa z prof. Mirosławem Mosakowskim, prezesem Polskiej Akademii Nauk.

„Jestem zwolennikiem udziału w przedsięwzięciach międzynarodowych czy instytucjach międzynarodowych – zarówno tworzenia takich instytucji na terenie kraju, jak i uczestnictwa w pracach placówek zagranicznych czy międzynarodowych. Przyszłość nauki uprawianej w Polsce zależy od tego, jak nauczymy się pracować w międzynarodowych projektach, zespołach i instytucjach, wykorzystywać międzynarodowe fundusze. W Zjednoczonej Europie, do której wcześniej czy później wejdziemy – mam nadzieję, że wcześniej – badania naukowe robi się wspólnie.”

Forum Akademickie, nr 3/99

Kliniczne audiotele

Chodzi o znaną sprawę trzech telefonistek Akademii Medycznej w Gdańsku, które w godzinach pracy namiętnie dzwoniły do audiotele na numery zaczynające się na 0-700. Prokuratura zarzuca Bożenie Ch., Danucie J. i Marii H., że w 1997 r. wydzwoniły w ten sposób na koszt Akademii w sumie 640 tys. zł. Wszystkie trzy oskarżone nie przyznają się do winy. Odmówiły [...] składania wyjaśnień i sąd musiał odczytywać ich wcześniejsze zeznania ze śledztwa.

– Nigdy nie dzwoniłam na „zdrapkę” – zeznawała [...] Bożena Ch. – Nigdy nic nie wygrałam. W 1996 roku zadzwoniłam raz z domowego telefonu do wróżki.

– Udział telefonistek w grach audiotele był jedną z przyczyn ujemnego wyniku budżetowego na koniec 1997 roku – zeznawał [...] Sławomir Bautembach, dyrektor administracyjny Akademii Medycznej. – Przez kilka miesięcy analizowaliśmy bilingi nadestane przez TP SA. Po zakończeniu „wewnętrznego śledztwa” nie mam cienia wątpliwości, że do audiotele dzwoniły oskarżone.

Gazeta Wyborcza, 2.04.1999

Najwyższy stopień kłopotów Lekarze ostrzegają – brak pieniędzy na leczenie

Kliniki wchodzące w skład Samodzielnego Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku otrzymały jedne z najniższych stawek w regionie. Więcej otrzymały nawet szpitale o niższym stopniu referencyjności.

SPSK nr 1 posiada najwyższy, III stopień referencyjności. Oznacza to, że jest w stanie wykonać operacje o najwyższym stopniu trudności. To jedyna taka placówka w naszym regionie. Mimo to szpital może znaleźć się w poważnych kłopotach finansowych.

Zaczęto się od negocjacji

Negocjacje z Pomorską Kasą Chorych odbywały się na poziomie dyrekcji SPSK nr 1. O podziale środków na poszczególne kliniki decydował już sam dyrektor placówki.

– Podczas negocjacji dyrektor SPSK przedstawił nam dokładny kosztorys z podziałem na poszczególne, podlegające mu kliniki. Przedmiotem negocjacji była jednak suma przekazywana na całą placówkę – wyjaśnia Roman Wilkoszewski, rzecznik Pomorskiej Kasy Chorych.

Potwierdza to sam Marek Wyszczelski, dyrektor Samodzielnego Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Gdańsku.

– W czasie negocjacji szpital występował jako całość. Jednak w tym roku sposób podziału środków przez Kasę Chorych odbywał się na zasadzie średnich kosztów leczenia jednego pacjenta. To w trakcie negocjacji ustalono limity przypadające na pacjentów.

Jednym mniej, drugim więcej

Z nieoficjalnych źródeł wiadomo, że klinika chirurgii onkologicznej Szpitala Klinicznego nr 1 otrzymała jedną z najniższych stawek przypadających na jednego pacjenta – około 1350 złotych, a chirurgia urazowa – około 1100 złotych. Tymczasem zdaniem lekarzy, realna stawka dla pacjenta „chirurgicznego”, wyliczona na podstawie zestawień z lat poprzednich, wynosi około 2500–3000 złotych. Dla porównania, chirurgia w szluskim szpitalu, będąca na II stopniu referencji, otrzymała kwotę na jednego pacjenta wysokości 1450 złotych, chirurgia ogólna na Łąkowej – 3000 złotych, oddział chirurgiczny w olsztyńskim szpitalu – 1900 złotych.

Tajemnica handlowa

– Nie do końca jasny jest podział środków pomiędzy kliniki – twierdzi jeden z pracowników SPSK nr 1. – W dodatku przy zmniejszonych stawkach zakontraktowano większą liczbę opero-

wanych. Obawiam się, że w rezultacie w połowie roku zabraknie pieniędzy.

– Nie mogę powiedzieć, jakie stawki zostały zaproponowane poszczególnym klinikom – twierdzi dyrektor Marek Wyszczelski. – Obowiązuje mnie tajemnica handlowa.

Dyrektor uważa, że wśród lekarzy krążą niczym nie uzasadnione mity o zbyt małych środkach finansowych przekazanych na poszczególne kliniki. Dyrektor nazwał je plotkami, ale równocześnie nie skorzystał z możliwości sprostowania.

Zdaniem Romana Wilkoszewskiego, kierownik kliniki, który uważa, że przyznane mu środki finansowe są niewystarczające, powinien zgłosić to dyrektorowi szpitala.

Według dyrektora Wyszczelskiego korekty są możliwe, należy jednak poczekać do renegotjacji umów z PKCh.

– Nie zastanawiam się, co będzie, gdy zabraknie pieniędzy, ponieważ uważam, że do takiej sytuacji nie dojdzie – uważa dyrektor. – Poza tym za wcześniej jest na zastanawianie się nad czarnym scenariuszem. Mamy za sobą dopiero czwarty miesiąc reformy. Za wcześniej jest więc na jakąkolwiek ocenę sytuacji. Uważam zresztą, że nie jest ona beznadziejna. Ludzie oczekują najpierw pieniędzy, a potem dopiero pracy. Zapominają, że najpierw trzeba pewne rzeczy wypracować.

– Aby wykonać pracę, od której przecież zależy ludzkie życie, same chęci nie wystarczą – replikują lekarze. – Według danych o wysokości środków finansowych, które uzyskaliśmy nieoficjalnie, już w połowie roku, a w najlepszym przypadku na jesieni zabraknie nam funduszy na leczenie.

Zdaniem lekarzy, może dojść do ograniczenia ilości i jakości świadczeń, masowych zwolnień pracowników służby zdrowia lub w najgorszym wypadku nawet zamknięcia placówki.

Aleksandra Trzaska
Gazeta Wyborcza, 04.1999

Długi szpitali Obligacje na zdrowie

Wczoraj Ministerstwo Finansów podało szczegóły planu oddłużenia służby zdrowia. Ujawniło, że potrzebne na ten cel pieniądze będą pochodzić ze sprzedaży obligacji.

Według najnowszych szacunków resortu służby zdrowia wynoszą 6–6,5 mld zł. Powstały one m.in. dlatego, że dyrektorzy szpitali zamawiali sprzęt i lekarstwa, za które nie płacili, lecz tylko wystawiali faktury. Dostawcy często odsprzedawali te faktury dalej tzw. hodowcom odsetek, czyli głównie bankom. Na długi można było świetnie zarobić, bo

szybko powiększał się o karne ustawowe odsetki (ok. 35% rocznie). [...]

Pieniądze potrzebne do przeprowadzenia tej operacji resort chce zdobyć, sprzedając obligacje o stałym oprocentowaniu. Na razie nie wiadomo, jak będą oprocentowane. Dyrektor departamentu długu publicznego w Ministerstwie Finansów, Arkadiusz Kamiński, uważa, że banki chętnie kupią te obligacje. Zdradził, że ich oprocentowanie nie będzie się znacząco różnić od obecnie oferowanego przez państwo przy tego typu papierach o stałych stopach.

Wiadomo, że banki będą mogły zamieniać długi służby zdrowia na obligacje podczas specjalnych przetargów i organizowanych od czerwca przez Bank Handlowy.

– W ten sposób rynek ustali cenę papierów. Mam nadzieję, że dzięki temu wartość długu spadnie – powiedział nam min. Bauc. Liczy on, że jego zamiana na obligacje da spore oszczędności budżetowi, ponieważ nie będą już rosły karne odsetki.

Anna Mickiewicz

Gazeta Wyborcza, 10–11.04.1999

oprac. dr Emilia Mierzejewska

Lektura archiwalnych czasopism przynosi czasami odkrycie prawdziwych „perełek” dziennikarstwa. Pozwalam sobie przedstawić notatkę, która ukazała się w marcu 1945 roku w *Biuletynie Zakopiańskim*.

prof. Jacek Jassem

Filozofia – rozrywką próżniaków

W niedzielę, dnia 25 lutego 1945 r. odbył się pierwszy wykład ob. Teodorowicza z cyklu: „Przegląd zagadnień światopoglądowych” – dla Koła Miłośników Literatury, pod tytułem: „Filozofia a Nauka”.

Nauka wypiera filozofię w dwojakim sensie – mówił prelegent. Po pierwsze, odbiera jej zagadnienia, po drugie, kwestionuje wartość metod filozoficznych. Ograniczenie kręgu zagadnień, należących niegdyś do filozofii, odbywa się z jednej strony przez włączanie coraz większej ilości zagadnień do konkretnych nauk, z drugiej strony przez bezapelacyjną redukcję zagadnień źle postawionych, bezprzedmiotowych i bezpłodnych. Metody filozoficzne charakteryzując dowolność i nieodpowiedzialność.

Filozofia powstała w starożytnej Grecji dzięki niewolnictwu. Garstka ludzi, niepotrzebująca pracować zajęła się z nudów filozofią. Geneza ta wycisnęła na metodach filozoficznych piętno poznania próżniaczego – rozrywkowego. W przeciwieństwie do poznania filozoficznego – poznanie naukowe oparte jest na pracy. Najbardziej doniosłym zagadnieniem staje się wytworzenie w Polsce poważnej atmosfery rzetelnej pracy – w miejsce łatwego, nieodpowiedzialnego filozofowania.

Kazał nam przybijać listwy między podłogą a ścianą. I znów norma nie do wykonania. Brygada nasza dzieliła się po połowie na inteligencję i ludzi ze wsi. Ci ostatni, to chłopcy zawsze głodni, zawsze szukający czegoś do jedzenia i nie mogący się połapać w normach, procentach i wydatku energii. Ich prowodyrem był niejaki Kaźka.

Otóż pewnego razu zebrali się, pogadali i wystali do nas Kaziuka. Ten oświadczył, że nie będą z nami pracować bo źle wychodzą na naszych kombinacjach, a oni chcą i są w stanie pracować tak jak Japończycy i wyrabiać te 100 lub więcej procent normy. Zgodziliśmy się, czemu nie. Ale trzeba było uzgodnić to z inżynierem. Istniała możliwość rozbicia brygady i wydzielenia osobnej jakby podbrygady, nazywanej „zwienio”, czyli ogniwo. Inżynier wyraził się wprawdzie, że z nami więcej kłopotów niż pożytku, ale zgodził się.

Tamci zostali w budynku przy listwach, a nam kazał wybudować latrynę. Miejsce było już wyznaczone, na górze. Trzeba było więc znieść górkę, wykopać obszerny dół i zbudować z desek odpowiednią budę. Pytamy o normę, gdyż musieliśmy jakoś wyjść na tym z korzyścią i nie przemieścić się. Inżynier podał, nie pamiętam już teraz dobrze, w jak krótkim czasie ma być praca wykonana. O nie – my na to – tak pracować nie będziemy. Żądamy normy osobnej na noszenie kamieni, osobnej na noszenie ziemi, wygładzanie gruntu, kopanie, noszenie desek itd. On łapie się za głowę: – „Skąd wam wezmę takie normy?”. Ale skądś je wziął. A któż zmierzy ile metrów sześciennych kamieni, czy piasku trzeba wynieść przy zniesieniu góry, ile wykopać i wyrzucić ziemi przy budowie latryny? (Która nb. została określona mianem „budowli”).

Wieczorem sami podawaliśmy nasz urobiek – ile tego czy tamtego zrobiliśmy. W ten sposób zawsze było 105%. Za dużo podawać byłoby ryzykowne. A pracowaliśmy sobie spokojnie, nie spiesząc się. Budowaliśmy tę „budowlę” chyba ze dwa tygodnie, jeśli nie więcej. A tamci harowali strasznie i nie mogli nigdy wyrobić całej normy. U nas – 105%, u nich 92% (i to było bardzo dużo). Innego dnia u nas 107%, u nich – 97% i tak do końca. W trzecim tygodniu przychodzi do mnie starszawy już człowiek, nazwiskiem Basiuk, i mówi: – „No, Staśka, my chcemy z tobą porozmawiać. Wiesz, ten Kaziuk to dureń, z nim nie ma co gadać. Chodź, zrobimy umowę: My będziemy pracować, wy możecie nic nie robić, tylko liczyć”. Dobrze, złączyliśmy znowu brygadę i

zawsze wyliczyliśmy te 105%, albo zero. Wtedy oni odpoczywali, a do jedzenia jakoś coś zawsze skombinowali, bo już nauczyli się spekulować. W międzyczasie Japończyków przenieśli do całkiem innej pracy i już ich więcej nie widziałem.

Któregoś dnia odczułem silny ból w stawie skokowym, który nasilał się z każdym dniem. Poszedłem do ambulatorium. Dr Perepeczko uznał, iż jest to ostre reumatyczne zapalenie stawu i od razu położył mnie do szpitala. Była to jesień 1946 roku. Oddziałem, na którym leżałem zarządzał dr Smitga, Łotysz. Pracował tam też dr Perepeczko, jeszcze inny polski lekarz, gruziński, wspomniany przedtem „Bańszczuk” (nazwiska nie pamiętam). Potem zastąpiła go młoda lekarka rosyjska. Jak zauważyliśmy, niewiele znała się na medycynie i była głupia, co nie przeszkodziło, by mianowano ją dyrektorką całosci.

Od niej wszystko zależało: kogo przyjąć czy wypisać i jak leczyć. Ale na szczęście lekarze potrafili jakoś w umiejętny sposób stosować właściwe metody. Dr Smitga to bardzo porządny człowiek, który miał swój osobisty pogląd na niesienie pomocy łagiernikom. Mówił (osobom zaufanym tylko), że w sytuacji, gdy nie można ratować wszystkich i trzeba dokonać wyboru, należy wspierać inteligencję, bo to ona stanowi najcenniejszy element narodu i to ona głównie będzie odbudowywać swój kraj. Chodziło mu o każdy kraj, nie tylko Łotwę.

Oczywiście, gdy zdarzał się jakiś nagły przypadek, względy te nie wchodziły w rachubę. Lekarz ten pomógł wielu Polakom. Między innymi przyjął do szpitala H., która miała silną anemię, awitaminozę i ledwie trzymała się na nogach. Przerforsał to pod pretekstem wady serca, na czym dyrektorka wcale się nie poznała. – Tu *vitium cordis* – powiedział dr Smitga na generalnym obchodzie. – Tak, *vitium cordis* – orzekła dyrektorka ledwie przytknąwszy słuchawkę do ciała – „do leczenia, sacharny diet”. H. przebywała w szpitalu dwa tygodnie. Ta wczesna pomoc uchroniła ją przed dystrofią. Lepsze wyżywienie i przemyć dla niej witaminy dały dobry rezultat, stan jej zdrowia znacznie się poprawił.

W szpitalu była zawsze stała liczba 40. chorych, głównie na czerwonkę i dystrofię, ale i wiele innych schorzeń. Leków było niewiele, aspiryna, coś na biegunkę. Jeśli dyrektorka zapisywała dystrofikowi „sacharny diet”, to mógł on tylko umrzeć. Jeśli nie umarł, wypisywano go, by zrobić miejsce dla jeszcze

słabszego. Codziennie ktoś umierał, ale nie meldowano o tym od razu, więc kuchnia wydawała 40 porcji i inni dystroficy mogli się nieco „dożywić”. Mnie leczono aspiryną w większych dawkach i to mi pomogło. Poza tym odpocząłem i to w jakich warunkach! Były – siennik, poduszka i koc – rzeczy w obozie nieznane zupełnie. No i nieco lepsze jedzenie. Po tygodniu dyrektorka kazała mnie wypisać. Dr Perepeczko powiedział, że musiałbym stosować nadal salicyl. Już nie pamiętam, jak to zostało załatwione, ale ktoś przywiózł mi ten lek z miasta. Stosując go czułem się dość dobrze, stan zapalny stawów ustąpił, mogłem nawet pracować.

Był początek zimy, deszcze, błoto i znów te przelatujące przez Kaukaz zimne wichry. Coraz gorsze warunki pracy. Moja brygada pracowała wtedy przy kruszeniu kamieni. Byliśmy sami w polu z jednym sennym wartownikiem. Trzeba było obsługiwać maszynę, która kruszyła kamienie na różnej grubości żwir. Praca byłaby niezła gdyby nie coraz gorsza aura.

Zbliżało się Boże Narodzenie, a nastrój w obozie gorszy niż kiedykolwiek. Coraz trudniej znosiło się głód, zwłaszcza że w zimie nierzaz brakowało w kuchni tego czy tamtego. W akcie samoobrony, że tak się wyrażę, rzucaliśmy się na różne sposoby. W owym czasie spróbowaliśmy zamieniać chleb na *czureki*, podobnie jak w Jęszance na makuchy. Wspomniałem już, że są to placki wypiekane przez Gruzinów z mąki kukurydzianej lub sojowej. Po rosyjsku placki te nazywały się „lepioszki”. Gruzini wolili je od chleba, uważając, iż mają więcej wartości. Łagiernicy pracujący poza zoną mieli możliwość dokonywania zakupu, lub wymiany na ryneczkach, gdzie praktycznie odbywał się cały handel. Wspominałem o jarzynach i różnych południowych owocach. Teraz przyszedł mi na myśl pewien nadzwyczajny owoc, soczysty i smaczny, przypominający z wyglądu pomarańczę, o nazwie – *hurma*. A jest to owoc jednego z licznych rodzajów hebanowca, tzw. hebanowiec pospolity, tutaj dziko rosnący. Natomiast drzewo hebanowe, użytkowane jako drewno, to całkiem inny rodzaj hebanowca, rosnący w tropiku. Przepraszam za dygresję.

Otóż mieliśmy złudzenie, że placek gruziński lepiej może nasycić pusty żołądek niż pajka chleba, tym bardziej, że dr Perepeczko zrobił nam wykład na temat wartości odżywczych roślin strączkowych (aminokwasy, witaminy), z których najlepszą miała być właśnie soja (50% białka, tłuszcz). Więc istot-

nie, *czurak* był wartościowszy, lecz nie wiem, czy bardziej sycący niż chleb. Potem, aby było taniej, zaczęliśmy kupować mąkę i sami wypiekać placki. Przywleczono skądś jakąś płytę żeliwną i po wyczyszczeniu posłużyła nam za patelnię. No więc soja pod różną postacią, bo znalazły się też ziarna. Można je było prażyć i wtedy przypominały fistaszki, albo po sproszkowaniu robić taką niby kawę. Nie minęło wiele czasu, aż znalazł się wynalazca nowej metody napęnlania brzucha. Był to niejaki Bartoszewicz, eks-kierowca z Wilna, z twarzą upstrzoną znakami po ospie. Cechą jego, zapewne powiększonego, żołądka było to, iż potrzebował zawsze więcej niż inni pokarmu „objętościowego”. Toteż teraz cierpiał pewnie bardziej niż ktokolwiek bądź, bowiem brakło i treściwego i objętościowego jedzenia.

Cóż on wymyślił? Oto kupował za pajkę chleba krupy, obojętnie jakie i gotował na nich zupę. Ale na wiadro wody wsypywał tylko garstkę krup. Otrzymywał z 10 litrów rzadziutkiego kleiku. Wtedy siadał, brał wiadro międyz nogi i zjadał, a raczej wypijał za-

Ale, z drugiej strony, skąd taki prosty, zagłodzony chłopak może wiedzieć, że sól wiąże wodę w ustroju i skąd się bierze mocz, albo opuchlizna. W końcu zabroniono gotowania zupek.

Jednak nasz ludź nie zrezygnował. Już narodził się nowy pomysł, ale dla utajenia „wynalazcy”, nie podam nazwiska. Na terenie obozu było kilka latryn. Dla kobiet, oczywiście, osobne. Teraz już chyba nikt nie wie jak wyglądała taka latryna. Jest to długa buda zbita z desek. Wewnątrz ogromny, długi dół, nad którym umieszczona jest deska z otworami. W łagrach przy budowie tego obiektu nikt się nie troszczył o szczelność, estetykę czy wygodę użytkowników. Toteż było to miejsce wyjątkowo obrzydliwe, a do tego jeszcze opanowane przez szczury. Były wyjątkowo duże, niektóre okazy osiągały rozmiary małego kota.

Otóż wynalazek polegał na tym, żeby wykorzystać owe zwierzątka do celów spożywczych. Realizacja tego genialnego pomysłu nie nastroczała najmniejszych trudności. Facet zaczynał się, brał na cel szczura i ciskał w niego

sposób zdobywania białka! Sama myśl napawała nas wstrętem i przerażeniem. Nie mogliśmy na to wszystko patrzeć. Jednak niektórym wyobraźnia nie przeszkadzała, a o bakteriach, zakażeniach, epidemiach itd. może nigdy nie słyszeli. Wreszcie sanitariat i władze zabroniły uprawiania tego procederu.

Wspominałem o tym, że zdołano zwalczyć wszawicę dzięki *prażarkom*, ale plagi pluskwiiowej nie pozbyliśmy się do końca. Aby je wytruć, trzeba by wydezynfekować jednocześnie wszystkie nary w obozie, co było niemożliwe, gdyż brakło oczywiście środków owadobójczych. Stosowaliśmy do niszczenia pluskwii ogień. Często w niedzielę wynosiliśmy nary na dwór i wypalaliśmy ich siedliska w szparach lub polewaliśmy wrzątkiem. Co z tego, one rozmnażały się z zastraszającą szybkością i zaraz pojawiały się nowe tam, skąd wygnano stare. Pluskwy były jednak miłsze od wszy, nie gryzły człowieka przez okągłą dobę, a tylko w nocy i nie mieszkaly w ubraniach i uwłtosieniu jak wszy, ale skoro świt wynosiły się do swoich własnych pomieszczeń. Nie było rady, trzeba było się do nich po prostu przyzwyczaić, co też uczyniliśmy, choć nie powiem, żeby z przyjemnością.

Nadeszło Boże Narodzenie 1946 roku. Wtedy już powstały różne grupki, zawiązały się przyjaźnie, sympatie. W takim właśnie ścisłym gronie obchodziliśmy Wigilię: ja z Jankiem, Jurek Hajdukiewicz, jeszcze dwóch chłopców i kilka dziewcząt, wśród których była moja ówczesna sympatia, Danka i H. Danka pracowała ostatnio w piekarni, gdzie dostawała dodatkowy chleb i to biały. Sprzedawała go, a za to kupiła na Wigilię czureki albo mąkę, dość, że dziewczyny zrobiły, oszczędzając cukier i margarynę (tej ostatniej dawano chyba dwa deka raz w miesiącu), wspinały tort. Były też pomidory i jakieś owoce. Łamaliśmy się tym białym chlebem. Było nam miło.

A w kilka dni później odnowiło mi się zapalenie stawów. Znowu trafiłem do szpitala. Tym razem leżałem około pięciu tygodni z masywnymi obrzękami stawów skokowych i kolanowych. Dr Perepeczko robił, co mógł, jednak stan ten utrzymywał się, nie mogłem chodzić. Mimo to dyrektorka kazała mnie wypisać. Dostałem zwolnienie z pracy. Siedząc w baraku czytałem. Właśnie pojawiły się na terenie obozu, nie wiadomo skąd, różne książki i to w języku polskim, krążąc z rąk do rąk. Ludzie, głównie ci, których rodziny mieszkaly w Wilnie lub na Wileńszczyźnie, dostawali paczki, ale przecież książek w nich

prof. Stanisław Zawistowski

Wspomnienia z czasów wojny

ŁAGRY

cz. XIV

Kutaisi na Kaukazie

wartość. No i wypełniał żołądek, lecz nie na długo, trzeba było potem tę wodę wysuszać. Więc, jeśli miał krupy, gotował na nowo. Natychmiast metoda Bartoszewicza przyjęła się wśród prostego ludu naszych pocziwych Białorusinów – każdemu przecież potrzebny był „wypęnlacz”. Potrafili jakoś skombinować wiadra czy inne odpowiednich rozmiarów naczynia i tylko gdzie popatrzyć – płoną ogniska, para bucha, w kotle wrze, a wiara siedzi i zajada. Oczywiście, źle się to skończyło. Przecież nerki mają ograniczoną wydolność. W dodatku dawano nam od czasu do czasu soloną rybę i to mocno soloną, którą oni, nie wymoczywszy, od razu zjadali. Obrzęki gotowe. Lekarz za głowę się złapał. Dość miał kłopotów z obrzękami głodowymi u ludzi, a tu jeszcze taka nowa choroba – obrzęki z powodu niewydolności nerek i to wskutek głupoty.

kamieniem. A ponieważ celował w tym sporcie, trafiał najczęściej w głowę. Potem, przygotowanym zawczasu hakiem osadzonym na końcu kija, wyciągał z głębin ofiarę. Potrafił ubić dzień nie kilkanaście szczurów. Obdzierał je ze skóry, obcinał głowy, patroszył, a całą resztę gotował. Sam nie jadł, sprzedawał. Jeden szczur – jedna pajka chleba, lub pieniądze. Znalazło się sporo chętnych na tę zamianę rozumiejąc, że jest to mięso, którego byliśmy całkowicie pozbawieni.

Strasne, że nawet pewien ukraiński lekarz to jadł. Gdy któryś z naszych lekarzy powiedział z przerażeniem: – „Czy pan wie, co pan robi?”, ten odpowiedział ze spokojem: – *Da, no wsio taki bietok*, (Tak, ale zawsze to białko). Mięso szczura jako takie nie jest szkodliwe i jako że zawiera białko, więcej jest warte niż kawałek chleba. Ale ten

nie przysyłano, więc dotąd pozostaje to tajemnicą. Pamiętam, że trafiła mi się „Wiosna” S. Undset – ogromnie mi się podobała i wywołała duże wrażenie. Byliśmy przecież bardzo spragnieni lektury i jakiegoś zajęcia umysłowego. Zastępowaliśmy to sobie dyskusjami i uczeniem się jeden od drugiego, co bardziej się rozwinęło później. Teraz korzystałem z tego co się czasem trafiło. Filmy wyświetlano nawet dość często, ale nic nam one nie dawały. Znów o Oświęcimiu, albo głupie, tzw. rozrywkowe lub socrealistyczne.

Tej zimy zmarło wyjątkowo dużo osób, ale tylko mężczyźni. Z kobiet w Kutaisi umarła jedna z powodu tętniaka czy guza mózgu. Kilka dystroficzek odesłano do domu, reszta przetrwała. U kobiet w więzieniu wileńskim i Jelszance była duża zachorowalność na tyfus. Kilkanaście zmarło w transporcie i w szpitalu saratowskim. Inne, choć ciężko chorowały, przeżyły. Ale teraz organizm kobiecy jeszcze raz wykazał większą odporność i wytrzymałość w tych skrajnych warunkach niż organizm męski.

Zapamiętałem pewien epizod, który miał miejsce tamtej zimy. Jeden z naszych mężczyzn – „goły i bosy”, który doszedł już do dna, (nazywano takiego po rosyjsku *dachadiaga*), zziębnięty i chory, zgłosił się do jednego z naczelników obozu, Gruzina, o nazwisku Dżakija (?). Znany był on w całym łagrze jako wyjątkowo wredny typ. Człowiek nasz prosił go o jakieś ubranie, bo już nie mógł wytrzymać w takim stanie. Gruzin nie chciał nawet z nim gadać. Więc biedak, zdenerwowany, mówi: – „To już lepiej mnie zastrzelcie!”. A ten z pogardą: – „Po co strzelać, szkoda kuli, zawsze coś kosztuje. A ty i tak zdechniesz”. Scenka ta ukazała nader dobitnie stosunek. Gruzinów do nas – traktowali nas jako element przeznaczony na zagładę. Nie było rozkazu, by zabijać czy nawet bić. Ale i po co, ludzie w tych warunkach sami ginęli.

Wreszcie zima się skończyła, ale mój stan niewiele się poprawił. Byłem dalej na zwolnieniu lekarskim, kiedy nastąpiło najważniejsze wydarzenie. Znajdował się wśród nas człowiek umiejac grać na trąbce, więc był tutaj trębaczem. Wygrywał ustaloną melodię przed posiłkami, inną wzywającą na apel, jeszcze inną na pobudkę. Otóż pewnego kwietniowego ranka usłyszeliśmy trąbkę naszego chłopaka, ale grała ona nie na pobudkę, lecz: „Trąbka do boju wzywa nas”. A więc stało się. Wszyscy Polacy od razu zrozumieli dane hasło, nawet głupcy. Od dawna narastał w nas sprzeciw wobec tych

niehumanitarnych warunków i niehumanitarnego traktowania. NKWD gruzińskie było tak samo podłe i zbrodnicze jak rosyjskie i jeszcze bardziej złodziejskie.

Właściwie nie organizowaliśmy planowo strajku, była jedynie mowa o takiej potrzebie tak wśród nas, jak też wśród kobiet i to właśnie od nich wyszła w końcu inicjatywa, co w późniejszych relacjach zostało pominięte. A hasło do rozpoczęcia w dniu 21 marca 1947 roku dała grupa kobiet zwana przez inteligentki „kołchozem”, jako najbardziej przebojowa część społeczeństwa. Zdarzył się w związku z tym mały dramat, gdy pewna pani, która nie usłuchała głosu ludu, otrzymała wieczorem „kocówkę”. To był piątek, a w poniedziałek, wezwani do boju, przystąpili do strajku mężczyźni. Brygady wszystkich innych narodowości wyszły do pracy, lecz ani jeden Polak się nie ruszył.

Z tą chwilą zapanowała pełna solidarność w naszej polskiej społeczności, choć niektórzy jęczeli ze strachu przed Sybirem, czy rozstrzelaniem. Istotnie: strajk w ZSRR to coś zupełnie nowego, to rzecz nie do pomyślenia (zwłaszcza w łagrze). Natychmiast przyjechał naczelnik NKWD z Kutaisi i o dziwo, zamiast grozić i straszyć, usiłował być sympatyczny. Pytał, o co nam chodzi, że to jakieś pewnie tylko nieporozumienie, powiedzcie, czego wam

brakuje itp. Ktoś z naszych odczytał postulaty, ale właściwie był jeden postulat wyrażony dobitnie i jednogłośnie: odesłać nas do domu. Albo sprawiedliwy proces i orzeczenie sądu. Oczywiście miejscowe władze nie mogły decydować, ale przecież nas to nie obchodziło. Tegoż dnia przyjechały pod nasze baraki ciężarówki z odzieżą! Wydano prześcieradła, koszule i krótkie kalesony. Wieczorem, jak gdyby nigdy nic, dostaliśmy kolację (bez norm i procentów). A następnego dnia przyjechały drelichowe ubrania, następnie buty dla bosych. Zupełnie niezwykle wydarzenia.

A my nadal nie idziemy do pracy. Czekamy odpowiedzi na nasz postulat i snujemy rozważania na niezwykle żywotny temat: co z nami będzie. Jedni widzieli przyszłość w jak najczarniejszych barwach, bowiem znając metody sowieckich władz uważali, że nigdy nie ustąpią, raczej ukarzą nas za ten wybrzyk (tak Gruzini nazywali naszą próbę oporu). Inni przeciwnie, byli pełni nadziei. Tym przewodził nasz przyjaciel, adwokat Antoni Ważyński, który co jakiś czas jechał do domu, bo dostrzegał pomyślne symptomy ze strony władz. Mówił: – „Teraz to na pewno nie kłamią, rzeczywiście chcą nas zwolnić”. Istotnie, żeby zapewnić spokój, karmiono nas różnymi bajkami, a naiwni wierzyli.



Urologiczna wyprawa polarna

Gdańsk – Sztokholm – Narwik, 6–17.04.1999 r.

Tradycyjnie, bo już po raz czwarty, Klinika Urologii AMG zorganizowała grupowy wyjazd urologów i pielęgniarek oddziałów urologicznych naszego regionu na zagraniczny kongres naukowy.

W tym roku wybraliśmy XIV Kongres Europejskiego Towarzystwa Urologicznego odbywający się w Sztokholmie w dniach 7–11 kwietnia. Zespół Kliniki prezentował referat *Urodynamic evaluation of sigmoid neo-bladder*. Obrady toczyły się w Centrum Kongresowym na terenie Targów Międzynarodowych i uczestniczyło w nich około 8,5 tys. urologów z całego świata. Omawiany był szeroki wachlarz interesujących nas problemów z wyraźnym akcentem na onkologię urologiczną i zaburzeniach wzwodu. Spotkanie towarzyskie odbyło się na terenie imponującego obiektu Global City. Nasza, licząca łącznie 49 osób grupa obejrzała dodatkowo w sztokholmskiej operze *Jezioro łabędzie*. W trakcie pobytu w Sztokholmie

zakwaterowani byliśmy na XIX-wiecznym brygu „Chapman”, zacumowanym w samym centrum miasta.

Po zakończeniu kongresu zrealizowaliśmy ambitny program turystyczny. Naszą wyprawę przekornie nazwaliśmy polarną, ponieważ zakładaliśmy przekroczenie Północnego Kręgu Polarnego. Co prawda złośliwi twierdzili, że *Polar Expedition* można tłumaczyć *wyprawa polarowa*, tzn. ubrana w polarowe kurtki.

Komfortowym autobusem gdańskiej firmy turystycznej „Olivia” udaliśmy się poprzez Umę, Kirunę do Narwiku. Tam wzruszająca wizyta na Placu Gromu i pamiątkowe zdjęcia pod pomnikiem Polskiego Marynarza, upamiętniającym 59 członków załogi niszczyciela „Grom” zatopionego w porcie. Wizyta tym bardziej wzruszająca, że był wśród nich dziadek Dariusza Perkowskiego – asystenta Kliniki. Potem cmentarze, na których spoczywają żołnierze Brygady

Europejski Kongres Ginekologów i Położników

Tydzień (14–20.03.1999) trwał IV Europejski Kongres Ginekologów i Położników (ESGOI) w górskiej miejscowości, Madonna di Campiglio (Włochy). Miejscowość ta, leżąca na wysokości 1550 m n.p.m., dla Włochów to „numer 1” na liście ośrodków sportów zimowych. 90 km tras zjazdowych, przy przepustowości wyciągów 29980 osób na godzinę stanowi największą atrakcję dla zapalonych narciarzy.

IV Kongres ESGOI zgromadził rekordową liczbę 834 uczestników z całego świata. W obradach uczestniczyło również 8 asystentów II Kliniki Ginekologii i Położnictwa AMG. Sesje plenarne, które dotyczyły najważniejszych aktualnych problemów ginekologii i położnictwa, prowadzone były przez profesorów o światowym autorytecie. Ze zgłoszonych 8 prac z II Kliniki Ginekologii i Położnictwa, trzy zostały przez komitet naukowy zakwalifikowane do ustnej prezentacji w głównych sesjach, a cztery w sesjach posterowych. Wszystkie zostały wydrukowane w pamiętniku kongresu.

Pomimo olbrzymiego natłoku obrad, sesji, które czasami trwały do późnych godzin wieczornych wygospodarowali-



śmy czas, aby oddać się bez granic biatemu szaleństwu. Na stokach Groste Azzurra na wysokości 2400 m n.p.m. gospodarze kongresu zorganizowali profesjonalny slalom gigant, w którym również uczestniczyliśmy. Rywalizacja sportowa wśród 106 uczestników slalomu była prawie taka jak w Alpejskim Pucharze Świata. Duży sukces przy-

padł ekipie z II Kliniki Ginekologii. Piszący to sprawozdanie zajął drugie miejsce w slalomie gigancie.

Z wielkim żalem opuszczaliśmy perłę włoskiego kurortu narciarskiego, mając nadzieję, że będziemy mogli znowu tu przyjechać na następny kongres ESGOI.

prof. Janusz Emerich



Podhalańskiej i rozmowa z przypadkowo spotkanym polskim księdzem. Polskie teksty pamiątkowych tablic nieodparcie przywołują wspomnienia z To-

bruku i Monte Cassino, tak odległych, w zupełnie odmiennej scenerii.

Z Narwiku, wzduż przepięknych fiordów Norwegii dotarliśmy do Mo i

Rany, by ponownie przekroczyć granicę norwesko-szwedzką. Poprzez Tarnaby i Låxön dotarliśmy do Upssali – religijnej i duchowej stolicy Szwecji. Zwiedzanie uniwersytetu, który wydał Linneusza i Celsjusza, katedry z sarkofagiem Katarzyny Jagiellonki i pamiątkową tablicą informującą o modlitwie naszego Papieża przy szczątkach św. Eryka o jedność chrześcijan oraz baza promowa Nynesham. Autobusem przejechaliśmy łącznie 3600 km, zwiedziliśmy wiele interesujących miejsc, podziwialiśmy niezwykle zróżnicowane, przepiękne krajobrazy. Wspólna kolacja i szampańska zabawa na promie „Rogalin” zakończyła wyprawę.

A ponieważ trzeba sobie ciągle podnosić poprzeczkę niżej podpisany, podsumowując wyprawę wznosił toast za pomyślność następnej, tym razem himalajskiej wyprawy urologicznej. Okazją do niej będzie odbywający się w listopadzie 2000 roku Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Urologicznego (SIU) w Delhi.

prof. Kazimierz Krajka

1-500 (około) – Opieka, głównie dotycząca higieny i zapewniająca elementarne wygody ludziom opuszczonym, bezdomnym i chorym, stanowiona przede wszystkim przez wczesnych chrześcijan pracujących jako jednostki lub we współpracy z kościołami.

500-1500 (około) – Pojawiają się męskie i żeńskie zgromadzenia religijne, wojskowe i świeckie, stawiające sobie za cel przede wszystkim opiekę nad chorymi, wśród nich wiodącymi byli: Rycerze Szpitalnicy św. Jana, Bractwo Alexian powstałe w 1431 roku oraz Siostry Augustynki, jedyne w tamtych czasach zgromadzenie świadczące opiekę pielęgniarską.

1633 – Siostry Miłosierdzia (szarytki) założone we Francji przez św. Wincentego á Paulo. Pierwsze z wielu zgromadzeń o tej samej nazwie (zwane też Córkami Miłosierdzia), które powstawały pod auspicjami różnych kościołów katolickich i poświęcały się opiece nad chorymi.

1639 – Siostry Augustynki rozpoczynają działalność w Kanadzie, zakładając później Hotel Dieu w Quebec.

1644 – Jeanne Mance, znana jako Florence Nightingale Kanaady, zakłada Hotel Dieu w Montrealu.

1738 – Matka d'Youville zakłada pierwszą niezamkniętą grupę kobiet do opieki nad chorymi zarówno w szpitalu, jak i w domu, przekształconą później w Szare Zakonnice.

1836 – Theodor Fliedner reaktywuje istniejące dawniej Zgromadzenie Diakonisek, otwierając mały szpital i szkołę przygotowującą do zawodu w Kaiserswerth, w Niemczech, miejsce, w którym F. Nightingale otrzymała przygotowanie do zawodu pielęgniarskiego. Ruch diakonisek rozszerza się na 4 kontynenty, a pierwszy dom opieki założono w Pittsburgu, w 1849 roku.

1854-1856 – F. Nightingale, wtedy już od wielu lat opiekująca się chorymi, otrzymuje stanowisko inspektora Organizacji Pielęgniarek w Angielskich Szpitalach Ogólnych w Turcji, które organizują opiekę nad żołnierzami wojny krymskiej.

1859 – F. Nightingale publikuje w Londynie „Uwagi: Czym jest, a czym nie jest opieka pielęgniarska”. Publikacja przeznaczona dla kobiet, nie miała charakteru podręcznika.

1860 – F. Nightingale korzystając z zebranych przez społeczeństwo angielskie i żołnierzy funduszy (45.000 funtów/ponad 220.000 dolarów/), zakłada pierwszą nowoczesną szkołę pielęgniarstwa w szpitalu św. Tomasza w Londynie. Data ta wyznacza początek opieki pielęgniarskiej jako zorganizowanej profesji. F. Nightingale doceniała znaczenie nie tylko opieki pielęgniarskiej nad chorymi, ale również promocji zdrowia.

1861-1865 – Dorothea Lynde Dix, znana z działalności na rzecz poprawy warunków opieki nad chorymi umysłowo, otrzymuje stanowisko inspektora pierwszego korpusu pielęgniarskiego w armii Stanów Zjednoczonych w okresie wojny domowej.

1864 – Jean Henri Dunant (Szwajcaria) zwołuje konferencję międzynarodową, tzw. Konwencję Genewską, podpisaną przez 14 krajów (bez Stanów Zjednoczonych), powołującą do życia Czerwony Krzyż dla niesienia pomocy ofiarom wojny.

1882 – Powstaje Amerykański Czerwony Krzyż, założony przez Klarę Barton, który podejmuje współpracę z Czerwonym Krzyżem, po tym jak Kongres Amerykański ratyfikuje Konwencję Genewską.

1885 – Publikacja „Podręcznika pielęgniarstwa dla szkół pielęgniarstwach, do użytku domowego i dla samodzielnych studentów”. To pierwszy podręcznik dla pielęgniarek napisany przez pielęgniarkę amerykańską (Clara Weeks Shaw).

1893 – Lillian D. Wald zakłada Ośrodek Opieki przy Henry Str. w Nowym Jorku niosący pomoc chorym i biednym w ich domach.

1897 – Powstaje Związek Absolwentek Szkół Pielęgniarskich w Ameryce i Kanadzie, przemianowany w 1911 roku na Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek (ANA).

1899 – Bedford Fenwick zakłada w W. Brytanii Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN). Wśród założycielek były pielęgniarki z USA i Kanady, a stowarzyszenia pielęgniarek z tych dwóch krajów były jednymi z pierwszych przyjętych członków Rady.

1900 – Powstaje amerykański magazyn opieki pielęgniarskiej (*American Journal of Nursing*). Wydawca magazynu, istniejący jako korporacja od 1902 roku, wydaje również *Nursing Research*,

które powstało w 1952 r., *International Nursing Index* (1966), *MCN: American Journal of Maternal-Child Nursing* (1976), *Geriatric Nursing: American Journal of Care for Aging* (1980).

1929 – Powstaje Amerykańskie Stowarzyszenie Pielęgniarek-Położnych. W 1969 roku łączy się ono z American College of Nurse-Midwifery i zmienia nazwę na American College of Nurse-Midwives (Amerykański College Pielęgniarek-Położnych).

1932 – Powstaje Stowarzyszenie Pielęgniarskich Szkół Kolegiackich (ACSN) dla promowania kształcenia pielęgniarskiego na poziomie profesjonalnym i kolegiackim/universyteckim, a także dla zachęcenia do badań naukowych.

1948 – Ukazuje się w druku

Opieka pielęgniarska wobec wyzwań przyszłości, raport z szeroko zakrojonych badań na temat „kto będzie organizował, zarządzał i finansował profesjonalne szkoły pielęgniarstwa”.

Zlecony przez Narodową Radę Wojenną ds. Pielęgniarsstwa i wykonany przez antropologa Esther Lucile Brown, raport ten zalecał, m.in., by kształcenie pielęgniarskie odbywało się w college'ach i na uniwersytetach, a nie w szpitalach.

1964 – Ryerson Polytechnical Institute w Toronto rozpoczął pierwszy kończący się dyplomem program kształcenia pielęgniarskiego w Kanadzie.

– Pierwszy akt prawny dotyczący szkolenia pielęgniarek zabezpieczył pomoc federalną dla kształcenia pielęgniarskiego w USA.

1965 – ANA wydało swój pierwszy *Position paper on nursing education* wzywający do kształcenia pielęgniarskiego na wyższych uczelniach i określający posiadanie licencjatu jako minimalne przygotowanie do zawodowej praktyki pielęgniarskiej, a tytułu „associate” (otrzymywanego po dwóch latach studiów w USA) jako minimum potrzebne do technicznej praktyki pielęgniarskiej.

Wybrane wydarzenia w historii pielęgniarstwa zachodniego (zebrane przez Edith P. Lewis)

