



GAZETA

GDAŃSK

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 10 nr 8-9 (116-117)

Wrzesień 2000

Cena 3 zł

1. VII. 2000 r.



Po śniadaniu po raz ostatni poszliśmy do centrum miasta. Po powrocie i przygotowańach wyjeżdżaliśmy nad rzekę. Tam debiutan-

ci kole
się po
Po czas
kolonii
i Marci
nagrac
ni i



Wakacje w Wiśle

stali
nie.
steia
nich
ozdane
r kolo-
miejsi.

my dyskotekę, przeznaczone trwająca do 23.

Smutne, ale to już prawie koniec kolonii.

1. VII. 2000 r.

Z ŻYCIA UCZELNI

Z wizytą w Cieciorce i Garczynie

12 lipca br. rektor AMG prof. Wiesław Makarewicz w towarzystwie opiekuna PCK prof. Zofii Zegarskiej wizytował obozy kontaktowe dla dzieci niepełnosprawnych w Cieciorce i Garczynie. Na pierwszym turnusie przebywało 36 osób w wieku od 5 lat do 20. Opiekę sprawowało 31 studentów z AMG, UG i PG. Podobny skład obozowiczów zapowiadał się na drugi turnus.

Pogoda młodzieży nie rozpieszczała, za to dopisywał dobry humor i apetyt. Szczególnie smakowały jagodzianki podarowane dzieciom przez Rektora. Okazuje się, że każda forma kontaktu z młodzieżą jest korzystna dla obu stron. Studenci stwierdzili, że widzą swojego Rektora po raz pierwszy, z kolei Rektor był rad, iż poznał zdolną młodzież, która potrafi zorganizować obóz, poprowadzić rehabilitację, zorganizować zajęcia oraz rozliczyć całą działalność.

Obóz w Garczynie odbywał się w znacznie lepszych warunkach socjalnych, jest to ośrodek wczasowy. Opiekę nad 75 dziećmi pełniło 20 studentów AMG. Oprócz dzieci niesprawnych ruchowo były dzieci z rodzin patologicznych. Na moje pytanie skierowane do ośmiolatka, czy nie tęskni do domu, czy mu się tu podoba, padła odpowiedź – *podoba mi się – jem kilka razy dziennie i sam śpię w łóżku*.

Dobrze, że są tacy entuzjaści pracy wśród studentów, dzięki którym dzieci rozwijają się przez zabawę, wypoczywają, a nie które przez dwa tygodnie w roku jedzą do syta.

mgr Anna Nałęcz

Lato 2000

Dzieci i młodzież pracowników AMG na koloniach letnich gościli:

Wisła	30.06 – 16.07	25	dzieci
Borowice	25.06 – 13.07	30	–"–
Rimini (Włochy)	28.07 – 8.08	40	–"–
Białka Tatr.	14.07 – 2.08	25	–"–
Chorwacja	14.08 – 25.08	40	–"–
Skorzewo (obóz konny)	lipiec	28	–"–
Sominy (obóz konny)	lipiec	6	–"–
Hiszpania	24.07 – 5.08	32	–"–
Hiszpania	17.08 – 29.08	44	–"–
Razem		270	dzieci

Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii Oddział Gdański

zaprasza na zebranie naukowe, które odbędzie się 22 września o godz. 13.00 w bibliotece Katedry i Zakładu Medycyny Sądowej AM w Gdańsku. W programie:

1. Toksykologia narkomanii – mgr K. Reguła, mgr B. Szpiech
2. Szybka analiza amfetaminy w ludzkim materiale biologicznym – dr inż. chemii M. Wiergowski
3. Dyskusja i wolne wnioski.

Z regulaminu Dziennych Studiów Doktoranckich

W związku z zapytaniem w sprawie interpretacji przepisów dotyczących odbywania stażu podyplomowego w trakcie trwania Dziennych Studiów Doktoranckich (Dz.U. nr 28 poz. 152 z 1997 r. z późn. zm.) informujemy, że Ministerstwo Zdrowia w piśmie z dnia 27 czerwca 2000 r. jednoznacznie określa wymagania co do osób wykonujących zawód lekarza. Jednym z nich jest odbycie stażu podyplomowego. Za wykonywanie zawodu uważa się także prowadzenie przez lekarza prac badawczych w dziedzinie nauk medycznych lub promocji zdrowia, w tym również w zakresie prac badawczych (studia doktoranckie), a także nauczania zawodu w ramach etatu nauczyciela akademickiego przez osobę, która posiada prawo wykonywania zawodu.

Biorąc powyższe pod uwagę, Departament Nauki i Kadr Medycznych stoi na stanowisku, że dodatkowe zatrudnianie lekarzy stażystów, w tym również jako nauczycieli akademickich lub przyznawanie im stypendium doktoranckiego, jest poważnym naruszeniem przepisów ustawy o zawodzie lekarza, ustawy o tytułach naukowych i stopniach naukowych, jak również Kodeksu pracy.

Regulamin Dziennych Studiów Doktoranckich AM w Gdańsku jest zgodny ze stanowiskiem Departamentu Nauki i Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia.

Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Medycznej w Gdańsku

Zaprasza na Piknik „Poinauguracyjny” roku akademickiego 2000/2001 przełomu stuleci w dniu 13 października (piątek) o godz. 18.00 do leśniczówki „Wróblówka”.

Protoktorat nad imprezą przyjął JM Rektor AMG.

Dojazd: z obwodnicy trójmiejskiej na wysokości Szadółek. W programie: ognisko (ze śpiewami), pieczony dzik, bigos, piwo. Przygrywać będzie (do tańca) kapela.

Uprasza się o telefoniczne potwierdzenie uczestnictwa do dnia 30 września w Dziale Organizacji i Zarządzania AMG, tel. 349-12-12.

Sprostowanie

W poprzednim numerze *Gazety AMG* (Nr 7/115) w „Wystąpieniu przedstawiciela Jubilatów” znalazło się podziękowanie adresowane do dr. Jerzego Kossaka – sekretarza Stowarzyszenia Absolwentów AMG za przyczynienie się do „pięknej i miłej oprawy” uroczystości odnowienia dyplomów. Ten miły akcent powinien odnosić się do Stowarzyszenia jako całości, którego zarząd od dłuższego czasu czynił odpowiednie starania i przygotowania. Poza tym dr med. Jerzy Kossak, który istotnie wkład w te działania najwięcej energii, pełni funkcję I wiceprezesa SA AMG.

Zarząd Stowarzyszenia Absolwentów AM

KALENDARIUM REKTORSKIE

21.06 – Posiedzenie Rady Wydziału Farmaceutycznego. Rektor prof. W. Makarewicz i prorektor ds. nauki prof. R. Kaliszan przedstawili sprawozdanie z działalności Uczelni w minionym roku akademickim i wzięli udział w dyskusji na temat aktualnych problemów Akademii.

25.06 – Uroczystość nadania *Madeleine* K. Albright, sekretarzowi stanu USA, tytułu doktora *honoris causa* Uniwersytetu Gdańskiego. AMG reprezentowali rektor prof. W. Makarewicz i prorektor prof. A. Rynkiewicz.

26.06–1.07 – Kalmar – Szwecja – rektor prof. W. Makarewicz i prorektor prof. A. Rynkiewicz z oficjalną wizytą, podczas której zapoznali się z organizacją opieki zdrowotnej, odwiedzili szpitale w Kalmarze i Västervik oraz wyższą szkołę w Kalmarze. Omawiano możliwości dwustronnej współpracy w zakresie rekrutacji polskich lekarzy do pracy w Szwecji, kształcenia szwedzkich studentów na Wydziale Lekarskim AMG i ewentualnego udziału samorządu województwa Kalmar w kosztach budowy hotelu dla pacjentów na terenie AMG. Rozmowy zakończyły się podpisaniem listu intencyjnego.

27.06 – Pogrzeb śp. prof. Ignacego Adamczewskiego, emerytowanego kierownika Katedry Fizyki AMG i doktora *honoris causa* naszej Uczelni. W imieniu Senatu Zmarłego pożegnał dziekan Wydziału Lekarskiego prof. J. Galiński.

28.06 – Spotkanie premiera J. Buzka z rektorami uczelni medycznych. W Sali Kościuszkowskiej Kancelarii Prezesa Rady Ministrów dyskutowano na temat dalszych działań szpitali klinicznych. W spo-

tkaniu uczestniczył prorektor prof. S. Mazurkiewicz.

29.06 – Dwór Artusa – uroczyste przekazanie Politechnice Gdańskiej księgozbioru Towarzystwa Przyrodniczego oraz dawnych zbiorów Politechniki przez Senat Wolnego Hanzeatyckiego m. Bremy. W uroczystości, której towarzyszyło seminarium polsko-niemieckie, uczestniczył prorektor prof. R. Kaliszan.

06.07 – Otwarcie Konsulatu Meksyku (przy ul. Okopowej 7 w Gdańsku) – rektor prof. W. Makarewicz, zaproszony przez Ambasadora Meksyku w Warszawie, na uroczystym przyjęciu zorganizowanym na meksykańskim żaglowcu „Cuauhtemoc”, który przyłynął do portu na Westerplatte, aby wziąć udział w bałtyckich regatach *The Cutty Sark Tall Ships' Race 2000*.

07.08 – Delegacja sejmiku szwedzkiego okręgu Kalmar goszczona przez rektora prof. W. Makarewicza. W czasie wizyty goście zwiedzili Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 oraz zakłady Oddziału Stomatologicznego.

23.08 – Hala sportowo-widowiskowa AWF w Gdańsku – spotkanie z olimpijczykami województwa pomorskiego – Sydney 2000. W spotkaniu uczestniczył prof. R. Kaliszan.

29.08 – Sala BHP Stoczni Gdańskiej – w ramach obchodów 20. rocznicy powstania „Solidarności” otwarcie wystawy pt. „Drogi do wolności” oraz koncert galowy. W uroczystościach na zaproszenie Prezydenta Miasta Gdańska uczestniczył prorektor prof. R. Kaliszan.

opracowała
dr Emilia Mierzejewska

Konkurs „Le Mot d'Or” – 2000

Konkurs znajomości języka francuskiego „Le Mot d'Or” jest konkursem o zasięgu międzynarodowym. W naszym kraju jest organizowany już od sześciu lat przy współudziale Wydziału Kulturalnego Ambasady Francji w Warszawie. Przeznaczony jest dla osób uczących się, bądź też stosujących w trakcie nauki francuski język biznesu (ekonomia, handel i zarządzanie). Podobnie jak w latach ubiegłych konkurs języka francuskiego „Le Mot d'Or – 2000” wśród naszych studentów rozpropagowała i przeprowadziła eliminacje uczelniane mgr Bożena Jakimczyk, wykładowca języka francuskiego naszego Studium.

Eliminacje tegorocznej edycji konkursu „Złote Słowo – 2000” odbyły się 21.03.2000 r. Do eliminacji przystąpiło 30 studentów (I Lek. – 6 stud., II Lek. – 4 stud., II Stom. – 4 stud., III Farm. – 10 stud., IV Farm. – 6 stud.). Wśród laureatów znalazły się 2 nasze studentki – Katarzyna Drozdowska, II Lek. uzyskując 77 pkt. na 80 możliwych oraz Urszula Chmielewska, IV Farm. – uzyskując 73,5 pkt na 80 możliwych.

Za wkład pracy w organizowanie kolejnych edycji konkursu znajomości języka francuskiego i osiągane wyniki Ambasada Francji przyznała mgr Bożenie Jakimczyk stypendium na staż językowy we Francji w lipcu br.

mgr Zdzisław Jaroszewicz

W numerze...

Wakacje w Wiśle	1
Z wizytą w Cieciorki i Garczynie	2
Kolonie letnie dla dzieci i młodzieży	2
Z regulaminu studiów doktoranckich	2
Stowarzyszenie Absolwentów Akademii Medycznej w Gdańsku	2
Kalendarium Rektorskie	3
Konkurs „Le Mot d'Or”	3
Uchwały Senatu AM w Gdańsku	4
List intencyjny	5
Akademia Medyczna w Gdańsku ma wiele do zaoferowania społeczności	6
Skarga na bezduszność	7
Przeczytane	9
Wspomnienie o prof. Ignacym Adamczewskim	10
Wspomnienie o dr. hab. Marianie Teleszyńskim	11
Zjazd Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego	12
Eurosurgery '2000	12
Polsko-Ukraińskie Dni Chirurgii	14
Konferencja Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Fluorem	15
Blaski i cienie reformy ochrony zdrowia	16
Z ukosa	17
Aneks do <i>pitavalu</i> lekarskiego	18
Kadry AMG i SPSK nr 1	19
Nowi profesorowie tytularni	19
Akademia w anegdocie... ..	20
Co w prasie piszczy	21
Polecamy Czytelnikom	23
Najlepsza pielęgniarka roku 2000	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 Gołębiewska, red. techniczna: mgr Tadeusz Skowryra.

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: 600 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 rocznej prenumeraty krajowej wynosi 36 zł, pojedynczego numeru 3 zł; w prenumeracie zagranicznej – 3 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

UCHWAŁY SENATU AM W GDAŃSKU

w sprawie utworzenia Niepublicznego Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej Akademii Medycznej w Gdańsku

§ 1

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku działając na podstawie § 24 ust. 1 pkt. 6 i § 69 ust. 4 pkt. 1 i 4 Statutu oraz art. 8 ust. 1 pkt. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn.zm.) zwanej dalej „ustawą” oraz złożonego przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku programu restrukturyzacji, tworzy z dniem 1 września 2000 roku niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Podstawowa Opieka Zdrowotna Akademii Medycznej w Gdańsku, zwany dalej „POZ” będący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy Przychodnią.

§ 2

Podstawowym celem działania POZ jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i profilaktycznych w ramach realizacji umowy z Pomorską Kasą Chorych oraz promocja zdrowia. Pozostałe cele i zadania POZ określi jej statut.

§ 3

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku upoważnia rektora do nadania POZ statutu, o którym mowa w art. 11 ustawy.

§ 4

1. Warunkiem rozpoczęcia działalności POZ jest przeprowadzenie restrukturyzacji przez ministra zdrowia i marszałka województwa pomorskiego, o której mowa w § 1, oraz uzyskanie wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę pomorskiego.
2. Rozpoczęcie działalności POZ jako zakładu opieki zdrowotnej nastąpi w dniu 2 stycznia 2001 r.

§ 5

Formę gospodarki finansowej POZ określi jej statut nadany w trybie § 3.

§ 6

Akademia Medyczna w Gdańsku jako podmiot, który utworzył POZ przekazuje jej w nieodpłatne użytkowanie:

1. Nieruchomości Skarbu Państwa użytkowane dotychczas przez Akademię Medyczną w Gdańsku na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej.
2. Majątek Akademii Medycznej w Gdańsku użytkowany dotychczas przez Akademię na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Przejęty od Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku majątek szpitala użytkowany dotychczas przez szpital na potrzeby podstawowej opieki zdrowotnej.

§ 7

Zadania z zakresu bezpieczeństwa pracy, ochrony przeciwpożarowej, obrony cywilnej i kontroli wewnętrznej realizowane będą na rzecz POZ przez właściwe struktury Akademii Medycznej w Gdańsku.

§ 8

POZ zatrudni z dniem 2 stycznia 2001 roku pracowników Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku, niezbędnych do wykonywania jej statutowych zadań.

w sprawie utworzenia Specjalistycznego Centrum Stomatologicznego Akademii Medycznej w Gdańsku

§ 1

Senat Akademii Medycznej w Gdańsku działając na podstawie § 24 ust. 1 pkt. 6 i § 69 ust. 4 pkt. 1 i 4 Statutu oraz art. 8 ust. 1 pkt. 7 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91 poz. 408 z późn.zm.) zwanej dalej „ustawą” oraz złożonego przez Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku programu restrukturyzacji, tworzy z dniem 1 września 2000 roku niepubliczny zakład opieki zdrowotnej pod nazwą Specjalistyczne Centrum Stomatologiczne Akademii Medycznej w Gdańsku, zwany dalej „SCS” będący w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy Przychodnią.

§ 2

1. Podstawowym celem działania SCS jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i profilaktycznych oraz promocja zdrowia w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych dla potrzeb Akademii Medycznej w Gdańsku, zwanej dalej „Akademią”.
2. Ponadto SCS może uczestniczyć w realizacji zadań dydaktycznych i naukowo-badawczych innych uczelni, jeżeli nie ograniczy to jego działalności w stosunku do uczelni wymienionej w ust. 1.
3. SCS może prowadzić lub uczestniczyć w kształceniu przeddyplomowym innych osób niż studenci Oddziału Stomatologicznego oraz w kształceniu podyplomowym osób wykonujących zawody medyczne w kraju i za granicą.
4. Pozostałe cele i zadania SCS określi jego statut.

§ 3

1. Senat Akademii wyraża zgodę na udostępnienie SCS funkcjonujących w strukturze Akademii katedr, zakładów i pracowników na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.
2. Zasady udostępnienia, o których mowa w ust. 1 określi umowa cywilno-prawna zawarta pomiędzy Akademią i SCS przy uwzględnieniu postanowień rozporządzenia, o którym mowa w art. 43 f ustawy.

§ 4

Senat Akademii upoważnia rektora do nadania SCS statutu, o którym mowa w art. 11 ustawy.

§ 5

1. Warunkiem rozpoczęcia działalności SCS jest przeprowadzenie restrukturyzacji przez ministra zdrowia i marszałka województwa pomorskiego, o której mowa w § 1, oraz uzyskanie wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę pomorskiego.
2. Rozpoczęcie działalności SCS jako zakładu opieki zdrowotnej nastąpi z dniem 2 stycznia 2001 r.

§ 6

Formę gospodarki finansowej SCS określi jej statut nadany w trybie § 4.

§ 7

Akademia jako podmiot, który utworzył SCS przekazuje mu w nieodpłatne użytkowanie:

Z NADZWYCZAJNEGO POSIEDZENIA W DNIU 28.08.2000 R.

1. Nieruchomości Skarbu Państwa użytkowane dotychczas przez Akademię na potrzeby stomatologii.
2. Majątek Akademii użytkowany dotychczas przez Akademię na potrzeby stomatologii.
3. Przejęty od Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku majątek szpitala użytkowany dotychczas przez szpital na potrzeby stomatologii.

§ 8

Zadania z zakresu bezpieczeństwa pracy, ochrony przeciwpożarowej, obrony cywilnej i kontroli wewnętrznej realizowane będą na rzecz SCS przez właściwe struktury Akademii.

§ 9

SCS zatrudni z dniem 2 stycznia 2000 roku pracowników Akademii i Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej w Gdańsku, niezbędnych do wykonywania jego statutowych zadań.



Samorząd Wojewódzki w Kalmarze

Landstinget i Kalmar län

Wyższa Szkoła w Kalmarze

Högskolan i Kalmar

Akademia Medyczna w Gdańsku

Medicinska Universitetet i Gdansk

List intencyjny

Pomiędzy Samorządem Wojewódzkim w Kalmarze, Wyższą Szkołą w Kalmarze i Akademią Medyczną w Gdańsku nawiązały się pozytywne i bardzo dobre kontakty.

Współpraca pomiędzy naszymi krajami, leżącymi w rejonie Morza Bałtyckiego oparta jest na długim okresie wspólnej historii. W ostatnich latach znacznie wzrosła wymiana, szczególnie w sąsiadujących ze sobą regionach.

Ponieważ dotychczasowe doświadczenia były pozytywne, jesteśmy teraz przygotowani na dalsze pogłębienie naszych kontaktów. Zamierzeniem naszym jest budowanie konstruktywnego współdziałania w wielu dziedzinach.

Samorząd Wojewódzki w Kalmarze jest w trakcie realizacji projektu zmierzającego do rekrutacji polskich lekarzy do pracy w szwedzkiej państwowej służbie zdrowia. Rozpoczęte współdziałanie w celu rekrutacji lekarzy należy widzieć jako pierwszy krok w dalekosiężnej i korzystnej dla wszystkich stron współpracy.

Samorząd Wojewódzki w Kalmarze, Wyższa Szkoła w Kalmarze i Akademia Medyczna w Gdańsku, w oparciu o dotychczasowe doświadczenia, deklarują zamiar i chęć rozszerzenia współpracy opartej na zawieranych, bardziej szczegółowych, dwustronnych porozumieniach. Porozumienia te pozostaną zgodne z ogólnym duchem niniejszego listu intencyjnego.

Söderåkra, dnia 28 czerwca 2000 roku

Göran Adolfsson
przewodniczący

Wiesław Makarewicz
rektor

Örn Taube
rektor

W sprawach bieżących rektor prof. Wiesław Makarewicz poinformował zebranych:

1. o przekazaniu rektorowi AMG przez ministra zdrowia części obowiązków i uprawnień organu założycielskiego w stosunku do szpitali klinicznych SPSK nr 1 i SPSK nr 2. Zarządzenie z dnia 16 czerwca br. wynikające z przepisów określonych w art. 43b ust. 1 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. z późniejszymi zmianami było następstwem wielomiesięcznych starań i zgodne z oczekiwaniami środowiska akademickiego.

Rektor otrzymał uprawnienia do kontroli i oceny działalności szpitala oraz pracy kierownika zakładu, a w szczególności realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń, prawidłowości gospodarowania mieniem i gospodarki finansowej. Uprawnienia obejmują w pierwszym rzędzie nadawanie statutu po uprzednim zatwierdzeniu go przez ministra zdrowia oraz nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem szpitala klinicznego. Rektor zwrócił się do dyrektorów wymienionych szpitali o udostępnienie analizy sytuacji finansowej kierowanych przez nich placówek. Na początku sierpnia odbyło się spotkanie Senackiej Komisji Spraw Klinicznych i Rady Klinikistów SPSK nr 1, która skierowała do rektora postulat o podjęcie kroków w sprawie odwołania dyrektora SPSK nr 1. Statut szpitala wymaga, aby takie wnioski opiniowała Rada Społeczna danego szpitala, jednak do chwili obecnej rektor nie otrzymał takiej opinii.

2. o wplynięciu propozycji utworzenia filii naszej Uczelni w Izraelu. Pomysłodawca i potencjalny inwestor – strona izraelska – wyraziła wolę uruchomienia filii naszej Uczelni, na co prawo izraelskie zezwala, już od października 2001 roku. Obecnie w Izraelu istnieją 4 uczelnie medyczne, które są oblegane przez młodzież. Z tych, którzy nie zostają przyjęci, rocznie około 600 osób wyjeżdża na płatne studia za granicę. Utworzenie filii pozwoliłoby zatrzymać część tej młodzieży (a tym samym i pieniędzy) w kraju.

Ze wstępnych rozmów wynika, że w powstającej filii nasi wykładowcy musieliby stanowić około 20% kadry pedagogicznej, która realizowałaby 30% programu obowiązującego w naszej Uczelni. Takie przedsięwzięcie może przynieść wiele korzyści: Uczelnia, dając program nauczania, firmując całe przedsięwzięcie, wydając dyplomy oraz nie ponosząc ryzyka finansowego, może partycypować w zyskach. Szereg pracowników naszej Uczelni może wyklądać za granicą, natomiast studenci z Izraela będą mogli przyjeżdżać do naszej Uczelni i pracować w naszych laboratoriach, co pozwoli nam lepiej przygotować się do uruchomienia anglojęzycznych studiów u siebie.

mgr Grażyna Sadowska

AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

MA WIELE DO ZAOFEROWANIA SPOŁECZNOŚCI....

Tezy wystąpienia rektora AM w Gdańsku prof. Wiesława Makarewicza w dyskusji okrągłego stołu na konferencji Gdańskiego Towarzystwa Naukowego (9-10.06.2000)

Akademia Medyczna w Gdańsku jest jednym z największych zakładów pracy w województwie i dysponuje olbrzymim potencjałem fachowym i intelektualnym. Nasze szpitale kliniczne kontraktują około 1/3 wartości usług Pomorskiej Kasy Chorych. Mamy niemało do zaoferowania – w wielu wypadkach jesteśmy monopolistami na świadczone wysoko kwalifikowane usługi diagnostyczno-lecznicze i inne (kardiochirurgia, neurochirurgia, medycyna nuklearna, radioterapia nowotworów, kardiologia inwazyjna, medycyna sądowa).

Oprócz kształcenia przeddyplomowego i prowadzenia badań naukowych, AMG jest ważnym centrum kształcenia podyplomowego i wysoko specjalistycznego leczenia. Pragniemy pogłębiać nasze związki z regionem i dlatego zabiegamy o pełną integrację szpitali klinicznych jako wysoko specjalistycznych, referencyjnych placówek leczniczych z systemem opieki zdrowotnej województwa pomorskiego. W tym miejscu trzeba podkreślić, że 90% hospitalizacji w naszych szpitalach klinicznych dotyczy pacjentów z województwa pomorskiego.

Oczekujemy więc ze strony władz samorządowych poparcia dla starań o pełne podporządkowanie szpitali klinicznych władzom Uczelni i partnerskiej współpracy w uregulowaniu sytuacji jednostek klinicznych funkcjonujących na tzw. bazie obcej (Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika, Wojewódzki Szpital Zakaźny, Szpital Srebrzysko).

Oczekujemy też wsparcia dla inicjatyw Uczelni utworzenia niepublicznego Centrum Stomatologicznego i placówki podstawowej opieki zdrowotnej świadczącej usługi dla ludności na wysokim poziomie fachowości. Będzie to niewątpliwie ułatwienie dostępu ludności naszego regionu do świadczeń udzielanych przez najwyższej wykwalifikowany personel akademicki.

Jest wysoce niepokojące i niezrozumiałe, że w powołanym przez Sejmik Województwa Pomorskiego Komitecie sterującym ministerialnym programem restrukturyzacyjnym służby zdrowia w

województwie pomorskim na rok 2000 nie znaleźli się przedstawiciele i eksperci z Akademii Medycznej. Wydaje się, że jest jeszcze czas, by tę nienormalną sytuację naprawić.

Wobec zamiarów Komitetu Badań Naukowych zreformowania tzw. jednostek badawczo-rozwojowych celowe jest rozważenie możliwości włączenia Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w strukturę AMG. Oczywiście włączenie takie musiałoby mieć charakter całościowy i powinno dotyczyć zarówno badań naukowych i działalności usługowo-leczniczej.

Akademia Medyczna w Gdańsku oczekuje partnerskiego udziału władz samorządowych w prowadzonych programach prewencji i ochrony zdrowia w zakresie:

- wczesnej diagnostyki nowotworów
- nadciśnienia i chorób serca
- cukrzycy.

W zakresie rozszerzania oferty dydaktycznej planujemy powołanie w AMG nowego Wydziału Nauk o Zdrowiu z wykorzystaniem istniejącej bazy średniego

szkolnictwa medycznego na terenie Gdańska. Wydział ten będzie oferował studia na poziomie licencjackim i uzupełniającym magisterskim na kilku kierunkach. List intencyjny w tej sprawie złożony został na ręce marszałka.

Z innych ważnych dla Uczelni i społeczeństwa województwa pomorskiego spraw chciałbym podnieść sprawę poprawy warunków komunikacyjnych dojazdu do SPSK nr 1. Jest to konieczne w aspekcie tworzenia Oddziału Ratunkowego. Palącym problemem doraźnym, wymagającym szybkiego rozwiązania jest utworzenie miejsc parkingowych w pobliżu SPSK nr 1. Wysoce uzasadnionym przedsięwzięciem byłaby budowa hotelu na terenach w pobliżu szpitala klinicznego dla pacjentów dojeżdżających oraz rodzin pacjentów stacjonarnych. Bylibyśmy wdzięczni władzom lokalnym za pomoc w poszukiwaniu inwestora w celu remontu i właściwego wykorzystania budynku tzw. „Starej Anatomii”.

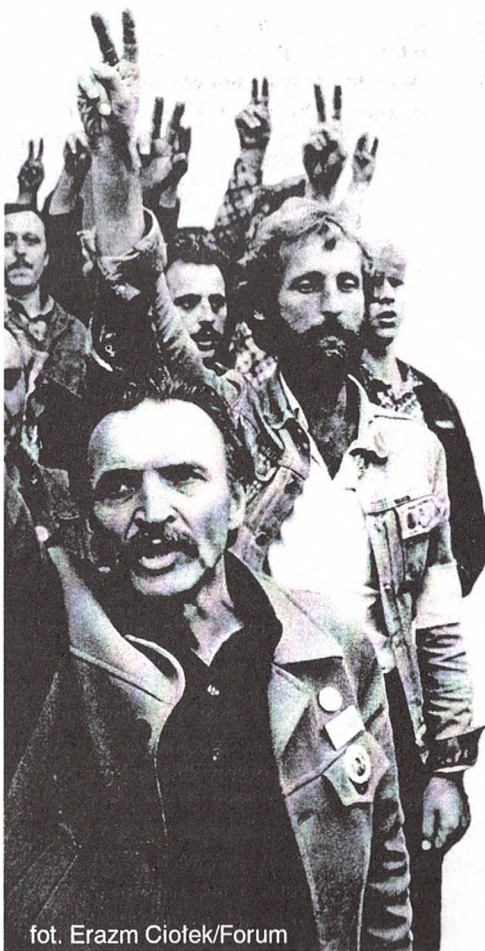
Podsumowując swoje wystąpienie pragnę podkreślić, że Akademia Medyczna w Gdańsku ma wiele do zaoferowania społeczności i władzom województwa pomorskiego. Jesteśmy przygotowani do skutecznej partnerskiej współpracy.



Na rok 1980

*Minął tak, jak innych wiele -
Gdy wspominam jak w nim było,
Wiem, że wtedy przyszła do nas
Wiara nadzieja i Miłość*

Fraszki na Lachy i Laszki /
Krystyna Sylwestrzak.
– Tczew-Starogard Gdański:
Kociewski Kantor Edytorski, 2000.



fol. Erazm Ciolek/Forum

Dlaczego?

*Od pewnego czasu
nad tym się głowię,
dlaczego „Solidarność”
piszą w cudzysłowie?*

SKARGA NA BEZDUSZNOŚĆ

Do Redakcji *Gazety AMG*,

Proponuję Redakcji wydrukowanie obszernych fragmentów listu, który wpłynął do mnie już pewien czas temu. Nie jest to skarga w dosłownym tego słowa znaczeniu, lecz bardzo emocjonalna i przejmująca relacja przeżyć pacjentki i jej opiekunki w trakcie leczenia w jednostkach naszej Akademii. Decyzję podjąłem po wymianie opinii z prof. Stefanem Raszeją, który także przygotował komentarz.

Nie czynię tego, by wrzucić jeszcze jeden kamyk do ogródka lekarskiego, co niestety teraz czyni się zbyt łatwo i zbyt często. Uważam, że lektura tego tekstu może pobudzić do poważnej refleksji, być może zaowocuje szerszą dyskusją i wymianą poglądów na łamach *Gazety AMG* na temat etyki lekarskiej. Byłoby to z pewnością wielce pożyteczne, w szczególności dla studentów i młodych adeptów sztuki lekarskiej.

prof. Wiesław Makarewicz
rektor

Do JM Pana Rektora Akademii Medycznej w Gdańsku prof. Wiesława Makarewicza wpłynął niedawno list napisany przez córkę pacjentki zmarłej w jednej z klinik naszej Uczelni. Treść listu jest przejmująca, a pełen emocji opis obserwacji pobytu pacjentki w poszczególnych jednostkach klinicznych pobudza do poważnych refleksji. Z tego właśnie powodu Pan Rektor nosił się z zamiarem opublikowania listu w całości na łamach *Gazety AMG*. Ostatecznie jednak – z uwagi na jego obszerność (kilkanaście stron rękopisu) postanowił przekazać go mnie do ewentualnego wykorzystania w czasie wykładów z deontologii, a także do ewentualnej publikacji wybranych fragmentów. Zgadzając się z intencjami Pana Rektora dokonałem pewnego wyboru fragmentów listu z zachowaniem anonimowości. List zaczyna się następująco:

„Piszę ten list do Pana, gdyż chciałybyśmy aby męczeńska śmierć mojej matki pomogła innym. Przez 90 lat swojego długiego i nie szczędzącego jej trudów życia trzymała się dzielnie, nigdy nie narzekała, nie lubiła się leczyć i brzydziła wszelką słabością. Może dlatego, że była córką i wnuczką lekarzy. Jej babcia też była lekarzem (rzadkość w XIX w.). ...Ojciec jej zmarł w wieku 37 lat, zaraził się tyfusem od chorych podczas pierwszej wojny światowej. ...Historia choroby mojej matki zaczęła się pęknięciem małej żyłki na goleni w kwietniu zeszłego roku, a skończyła się śmiercią przed kilkoma dniami (pismo z lutego 2000 r.). Nie wiem kiedy jest ten właściwy moment aby pacjent zgłosił się do lekarza, zawsze jest albo za wcześniej albo za późno. Ranka się nie goiła, strupek robił się coraz większy. Wezwany po miesiącu do domu chirurg orzekł, że to nic takiego. – Jest Pani za zdrowa na szpital, ludzie z tym latami żyją – powiedział i zalecił przemy-

wanie ranki wodą utlenioną i bandażowanie, ale nic się nie poprawiło. Na początku sierpnia noga zaczęła się robić czerwona i puchnąć. Wezwany ponownie ten sam chirurg stwierdził, że możemy spokojnie jechać na urlop. Z nogą było jednak coraz gorzej. Wróciliśmy do Gdańska pod koniec sierpnia, zadzwoniłam do wiadomego chirurga. Przyszedł wieczorem i orzekł, że jedyną szansą na uratowanie nogi jest udrożnienie żył przez podanie kroplówki w szpitalu, z tym, że lekarstwo trzeba kupić, gdyż kasa chorych nie zwróci pieniędzy. W przeciwnym razie nogę trzeba amputować, ale to już bezpłatnie, bo zabieg jest tańszy, więc kasy zwracają szpitalowi pieniądze. Kupiłam lekarstwo za 1600 zł i od razu podano je. W szpitalu była 10 dni i cały czas dostawała kroplówki. Już po pierwszym dniu noga zbieleciała i otęchła. Martwą tkankę z rany wycięto nożyczkami i po dziesięciu dniach oddano mi matkę do domu”.

Później pojawiła się gorączka, córka wezwwała pogotowie, mama miała 39,9 °C. Wezwany ponownie chirurg (ten sam) poradził podawanie środków przeciwgorączkowych, ale niewiele to pomogło. Dalej autorka pisze: „Noga znowu spuchła i bolała. Na tydzień i od spodu stopy porobiły się pęcherze podbiegnięte surowicą. Wezwany ponownie w sobotę chirurg rozpoznał różę”.

W szpitalu potwierdzono diagnozę i zatrzymano pacjentkę. Matka – zdaniem piszącej:

„dostała penicylinę przez dziesięć dni, a potem już tylko obniżano ciśnienie. W wyniku tych zabiegów nastąpiło niedokrwienie nogi, która przestała się goić, z pęcherzy wytworzyły się martwice. Zresztą nie sprzyjały zdrowieniu robione dwa razy dziennie opatrunki, polegające na polewaniu całej nogi wodą utlenioną,

następnie szorowaniu i pędzlowaniu gencjaną, co potwornie bolało i niszczyło naskórek. Z wyjątkiem pierwszego tygodnia mama była sama w pokoju, co miało dobre i złe strony, te ostatnie szczególnie podczas długich bezsen-nych nocy, gdy cierpiała potworny ból nogi i była sama. Odwiedzałam ją codziennie przez cztery tygodnie. Jednak przez pozostałą część doby była sama ze swoim bólem i zmartwieniem. Lekarki były miłe, ale pielęgniarki i salowe różnie. Ginęły rzeczy, które zostawiałam mamie. Basen nigdy nie był umyty, a często stał wraz z zawartością. Zdarzało się, że pielęgniarki odsuwały stolik z przyciskiem dzwonka na taką odległość, że nie mogła go dosięgnąć. Jest to też jakiś sposób aby mieć spokój podczas dyżuru. Najgorsze stało się któregoś ranka, kiedy jedna z pielęgniarek wyciągnęła moją mamę z łóżka (po czterech tygodniach, podczas których nie wstawiała) i zawlokła ją do wspólnej łazienki. Tam rozebrała do naga w obecności konserwatorów i przy akompaniamencie okrzyków i wyzwisk szorowała tężnicę z poranioną nogą zalewając ją strumieniem zbijającej z nóg wody. Moja mama na próżno błagała o litość. Gdy odwiedziłam ją następnego dnia wiedziałam, że coś się stało. Odmówiła jedzenia i bardzo ograniczyła picie, żeby nie prosić o basen. Stopa zrobiła się spuchnięta, wywiązała się stan zapalny, z tyłki kapota ropa (w wyniku nadkażenia – jak sprawdziłam później – bakteriami kałowymi). Pani ordynator powiedziała mi, że nie można przecież wierzyć w to co opowiada ktoś w tym wieku, że stan chorej jest ciężki, że nie mają z nią kontaktu i... , że lepiej byłoby chorej w domu, gdyż starzy ludzie źle znoszą atmosferę szpitala, a w domu szybko dojdzie do siebie. Mama prosiła, żeby ją zabrać do domu i momentami faktycznie sprawiała wrażenie półprzytomnej. Wobec tego zabrałam ją do domu. Była w szoku, z niekończącą się czarną biegunką, z gorączką. Była w domu dziesięć tygodni, a ja dzień i noc przy niej. Lekarze ośrodka, do którego się zapisałyśmy byli zdania, że mama powinna znowu wrócić do tego samego szpitala, jest to niedoleczona róża. Zasięgnęłam więc porady prywatnych lekarzy różnych specjalności (do leczenia róży potrzeba trzech – internisty, dermatologa i chirurga od krążenia). Przez nasz dom przewinęło się ich sporo, a zdania co do dalszego postępowania były podzielone, wykupiłam całe worki niepotrzebnych lekarstw, z których większość zamiast pomagać szkodziła. Pieniądze zniknęły, gdyż nawet zakręcenie się wokół własnej osi i stwierdzenie, że – tutaj nic się nie da zrobić – kosztuje 50 zł. Uświadomiono mnie zresztą, że poni-

żej 75 zł to w ogóle nikt do domu nie przyjedzie. Ostatecznie ja musiałam decydować co robić. Stosunkowo najlepiej działały zioła i odpowiednia dieta. Mama odzyskała w pełni przytomność umysłu, zaczęła nawet czytać swoją gazetę. Tylko noga się nie goiła i bolała. Robiłam opatrunki dwa razy dziennie, co było bardzo bolesne i okropne dla nas obu. Najgorszy w tym wszystkim był jej wiek, który z miejsca wszystkich paraliżował – Czego pani chce, już dosyć się nażyła – słyszałam.

Po okresie kilkutygodniowej poprawy stanu ogólnego na początku lutego nastąpiło załamanie. Noga zaczęła sinieć w zastraszającym tempie i boleć już nie do wytrzymania. Twórcy reformy służby zdrowia nie przewidzieli, że ktoś może cierpieć silne bóle nie będąc chorym na raka. Lekarz domowy nie może przepisać silnych leków przeciwbólowych, hospicja od nowego roku mogą się zajmować tylko chorymi na nowotwory. U mamy wystąpiło uczulenie na pyralginę, panadol wyraźnie szkodził, tramal też – i w ogóle ją zupełnie oszałamiał, a nie działał przeciwbólowo. Nie było wyjścia, musiałam ją znowu oddać do szpitala. Pojechałam na chirurgię, gdzie młody sympatyczny chirurg wystuchawszy skróconej historii choroby powiedział mi, że bym natychmiast mamę przywiozła. Mama zgodziła się pojechać tylko dlatego, że powiedziałam jej, iż poprawią jej krążenie. Po przyjeździe jednak o żadnym poprawianiu krążenia nie było mowy. Lekarz tylko rzucił okiem na nogę i znikł. Czekałyśmy dosyć długo. W końcu pojawił się w towarzystwie jakiegoś arabskiego stażysty, który z butną miną i rękami w kieszeniach zakomunikował mamie: – tę nogę trzeba amputować i to wysoko nad kolanem; ma pani 10 minut na decyzję bo mamy tutaj innych chorych, musi pani podpisać zgodę na tę amputację, w innym wypadku nie przyjmujemy pani do szpitala. Czy ci lekarze nie zdawali sobie sprawy, że to tak jakby człowiek podpisywał na siebie wyrok śmierci – operacja w jej przypadku była bardzo ryzykowna ze względu na serce i rozedmną płuc. Zszokowana mama podpisała wreszcie zgodę i przyjęto ją na oddział. Rano zjawiła się grupa lekarzy na obchód, z których jeden bardzo młody na nieśmiało uwagę mamy, czy ta amputacja naprawdę jest konieczna, gdyż ona nie wyobraża sobie życia bez nogi, wybuchnął ze straszną złością: – tę nogę się utnie i to wysoko i nie ma tu pani nic do gadania. – Tylko jeden z lekarzy miał ludzkie wejrzenie. Namówił mamę na operację. Była zupełnie zrezygnowana. – Jeżeli ma cię to uszczęśliwić, to się zgodzę – powiedziała. Powieziono mamę na salę i przywieziono ją z powrotem, gdyż sala operacyjna nie była jeszcze gotowa.

Czy Akademia naprawdę nie ma wewnętrznych telefonów, aby taką rzecz sprawdzić? Czekałyśmy znowu ok. 40 minut. Nazajutrz rano powiedziano mi, że wszystko jest w porządku, operacja się udała. Trochę odetchnęłam. ...Przez następne dni już nie było tak różowo. Praca personelu (byli to przeważnie bardzo młodzi ludzie, którzy śmierć i choroby znali zapewne tylko z doświadczeń innych rodzin) przypominała włoski strajk. Pielęgniarki wpadały i wypadały jak osy, złe i kłujące gdzie popadnie i wracały do pokoju służbowego do rozmów i picia kawy. Chory, który nie mógł ruszać ani ręką ani nogą nie mógł liczyć na ich dużą pomoc i opiekę. Kiedyś mama zapytała mnie, dlaczego tutaj wszyscy są tacy źli. Nie było żadnego lekarza prowadzącego, któremu można byłoby coś wyjaśnić, ani który czuwałby nad całością kuracji. Na obchodach wypraszano mnie z pokoju, a mama nie zawsze pamiętała, żeby powiedzieć o swoich dolegliwościach. Oni kiwali głowami i tłumaczyli mamie, że powinna dużo jeść, kiedy ona nie mogła nawet ręką ruszyć. Leżała brudna, zaniedbana, zaczynała odczuwać duszności. Od przypadku do przypadku lekarz który akurat miał dyżur tupał kartę i coś tam ordynował. ...Trzeciego dnia po operacji poszłam do lekarki dyżurnej oglądającej telewizję w pokoju służbowym żeby powiedzieć, że mama odczuwa duszności. Po chwili milczenia odwróciła głowę od ekranu i rzuciła ze złością: – Proszę pani, pani nam ciągle zawraca głowę głupstwami; gdyby tak każdy robił, to nie moglibyśmy tutaj ani odpoczywać ani telewizji pooglądać. – No tak, nikt będący przy zdrowych zmysłach nie może oczekiwać, że ktokolwiek może pracować przytomnie i z zaangażowaniem przez 24 godziny, a tak długo niektórzy lekarze przebywali na oddziale przed południem pracując, a potem pełniąc dyżur czy operując. Lekarka prawdopodobnie poskarżyła się szefowi, gdyż na drugi dzień rano, chyba zastępca ordynatora wywołał mnie na korytarz i zaczął wrzeszczeć tak, że słyszał go cały oddział: – Życiu pani mamy nie zagraża niebezpieczeństwo, ja mam ważniejszych chorych niż pani mama, proszę mi nie dezorganizować pracy na oddziale!! Na moją uwagę, że chciałam tylko móc dowiedzieć się jak mama się czuje odparł, że – nikt ze mną nie musi rozmawiać, nikt na to nie ma czasu, a miejsce chirurgów jest na sali operacyjnej!! Byłam przede wszystkim bardzo zaskoczona, nie przebywałam w środowisku, gdzie tak się traktuje ludzi. ...Wszyscy byli zdania, że nie można się w ogóle odzywać do nikogo z personelu, bo to wywołuje tylko negatywne reakcje. Wtedy dopiero zauważyłam jak wszyscy chorzy są zgnębieni, porozu-

miewają się szeptem, a ich rodziny przemijają spłoszone korytarzem. Awantura zaowocowała już zupełnie wrogim odnośzeniem się personelu do nas. Nikt nie odzywał się ani jednym słowem niż to konieczne. Był tylko jeden wyjątek wśród lekarzy, ale chyba nie za dużo mógł sam zrobić w tak dobranym gronie. Mama czuła się coraz gorzej. ...Pewnego dnia serce przestało bić, chyba ku pewnemu zdziwieniu personelu, że poszło tak szybko. Jak się dowiedziałam rano planowano przeniesienie mamy na internę następnego dnia, bo nie bardzo umiano sobie poradzić z komplikacjami. Nic się nie stało, umarła tylko jedna stara kobieta, która już i tak – nie powinna żyć – to tylko ja straciłam całą rodzinę i wszystkich bliskich. Za przyczynę zgonu uznano niewydolność krążenia i miażdżycę, czyli przy amputacji szansę przeżycia mają tylko ofiary wypadków z dobrym krążeniem i bez miażdżycy. To może innych w ogóle szkoda męczyć? Czy ktoś kiedyś policzył wszystkich Polaków, którzy żyją latami ze strasznym żalem w sercu do „służby zdrowia”?

Tak pokrótce wygląda ta historia, pokrótce, bo dzieło się jeszcze dużo więcej, ale żaden słuchacz by tego nie zniósł. Mój ojciec zwykł być mawiać, że dyplom lekarza to jest patent na bezkarne uśmiercanie ludzi. Każdy inny człowiek winny nawet nieumyślnej śmierci innego człowieka może dostać się do więzienia, tylko nie lekarz. Mówił także, że lekarz i nauczyciel mogą wyrządzić takie szkody, jakich nie wyrządzą inni ludzie i to szkody nieodwracalne. Poza tym jest to ciągle obcowanie z ludzką biedą, nieszczęściami i chorobami. ...Zresztą nikt nikogo nie zmusza, żeby był lekarzem. Salową można zostać przez przypadek, żeby zostać lekarzem trzeba tego bardzo chcieć, a jak się źle wybrało można zawsze znaleźć sobie inne zajęcie. Lekarz powinien leczyć człowieka, a człowiek jest całością duszy i ciała, jak dusza oddzieli się od ciała to człowiek umiera. Ktoś, kto tylko dobrze obcina nogi nie jest lekarzem, tylko technikiem dobrym w obcinaniu nóg. Dlaczego nie docenia się roli psychiki w procesie zdrowienia. Słuchałam kiedyś audycji, w której stary lekarz (94 lata) przytaczał słowa swojego wykładowcy: jednego na stu możesz wyleczyć, dziesięciu na stu możesz ulżyć w cierpieniu, każdemu możesz pomóc dobrym słowem.

...Chciałabym aby ktoś odpowiedział mi na następujące pytania? ...Czy pielęgniarka nie może raz ukłuć chorego i pobrać tyle próbek krwi ile potrzeba? ...Dlaczego nie myśli się o rodzinie, która ma duży wpływ na chorego i zna go lepiej, ale też cierpi moralnie i fizycznie, bo i jej ta choroba zmienia całe życie? ...Dlaczego

go obecnie lekarze są tak strasznie zarozumiali i butni? Trochę pokory nikomu jeszcze nie zaszkodziło; pycha przestania zdolność prawidłowego myślenia. ...Dlaczego nie mówi się otwarcie o tym, że człowiek wraz z przejściem na emeryturę traci prawo do tego aby go leczyć z całym zaangażowaniem? Już w latach 60. na naradzie w ówczesnym urzędzie wojewódzkim powiedziano lekarzom, żeby emerytom nie zapisywać drogich leków. Sądzę, że od tej pory „w tym duchu” wyrosły już całe masy lekarzy, a jeżeli postępują inaczej to jest to ich dobra wola, a nie obowiązek. Czy nie lepiej byłoby zatem nie podejmować żadnych działań mających na celu przedłużanie ludzkiego życia, powiedzieć jasno społeczeństwu, że co stare i słabe musi umrzeć cicho i nie absorbując nikogo i nikt nawet najbardziej przykładnym życiem nie zasłuży sobie na porządne leczenie na starość, a przynajmniej na śmierć w godnych warunkach. ...Dlaczego jedyne, co wszyscy mogą powiedzieć o dzisiejszych lekarzach dobrego to to, że są wyjątkowo solidarni. Sądzę, że trudno albo wręcz niemożliwe jest zmienić dojrzałych zawodowo ludzi, więc może jednak zacząć przynajmniej kształcić inaczej młodych adeptów. Nie dopuszczając do zawodu jednostek, które nie nadają się do jego wykonywania...”

W cytowanych fragmentach autorka porusza wiele różnych spraw związanych z codzienną pracą lekarzy i personelu pomocniczego. Nie jestem upoważniony do komentowania poszczególnych zarzutów tym bardziej, że aby to uczynić musiałbym zapoznać się z faktami zarówno poprzez analizę dostępnej dokumentacji medycznej, jak i wysłuchanie wyjaśnień drugiej strony. Musimy jednak zdawać sobie sprawę z tego, że krytyka naszej działalności nie jest odośobniona, i – nawet wówczas, gdy uznamy ją za niesprawiedliwą – powinniśmy zastanowić się nad prawidłowością naszego postępowania wobec pacjentów, w szczególności wobec ludzi w wieku podeszłym, czy wręcz sędziwym. Trzeba pamiętać, że cierpienie i umieranie ze szczególnym nasileniem występuje wśród osób starszych, które dodatkowo w znaczącej części są w materialnym niedostatku i ostatni w kolejce oczekujących na pomoc państwa. Stąd praca lekarza dla nich jest niepopularna: przygnębiająca i nieintraenna. A przecież w ponad 90% przypadków przyczyną zgonu ludzi starych nie jest podeszły wiek sam w sobie, lecz choroby: nowotwory, choroby układu krążenia, zapalenia płuc itp. Wobec postępującego starzenia się ludzkości, w tym także społeczeństwa polskiego, współczesna medycyna obejmuje swoim zasięgiem coraz więcej chorych w starszym wieku i

musi sprostać temu trudnemu zadaniu. Autorka w swoim liście zwraca też uwagę na agresywny sposób narzucania pacjentowi decyzji lekarskiej (w tym przypadku dotyczącej amputacji kończyny). Być może decyzja była w pełni uzasadniona, ale forma jej przekazania pacjentce pozostawiała wiele do życzenia. W dobie ogromnego postępu technik operacyjnych istnieje np. możliwość pozbawienia połowy ciała (hemikorporektomia) w celu radykalnej eliminacji stanu chorobowego. W takim przypadku wszakże obowiązkiem lekarza jest uświadomienie sobie samemu możliwych skutków psychologicznych przeprowadzenia takiego zabiegu, zanim z taką propozycją zwróci się do pacjenta. Wówczas na pewno łatwiej przekonać pacjenta o słuszności swojej decyzji. Tego domaga się również zasada partnerstwa w stosunkach lekarz-pacjent, obowiązuja ją współcześnie zamiast paternalizmu.

Autorka listu swoje główne zarzuty kieruje do lekarzy nie z powodu ich ograniczonej wiedzy, ale z uwagi na okazywane przez nich lekceważenie skarg chorego i jego rodziny, zarozumiałość, brak zaangażowania, nie zawsze uzasadnioną inwazyjność diagnostyki. Skarga dotyczy również nas, nauczycieli akademickich: nie poświęcamy należytej uwagi na przygotowanie młodych adeptów medycyny poprzez ukształtowanie ich stosunku do pacjentów. Klucz do poprawy dwustronnej relacji lekarz-pacjent leży w etyce. Etyka humanistyczna powinna znaleźć właściwe miejsce w procesie kształcenia lekarzy. Obok wiedzy, którą student

nabywa w ciągu długich studiów i obok umiejętności zarówno manualnych, jak i intelektualnych, które procesowi przyswajania wiedzy towarzyszą, trzecim filarem sprzyjającym właściwemu przygotowaniu lekarzy do pełnienia ich obowiązków zgodnie z powołaniem, jest opanowanie norm postępowania wobec drugiego człowieka, jakim jest człowiek cierpiący z powodu choroby. Etyka lekarska, która wyrosta z korzeni humanistycznych, z doceniania wartości życia, z personalizmu zakładającego odrębność i niepowtarzalność jednostkową każdego człowieka jako osoby, jest najlepszym drogowskazem przy rozwiązywaniu trudnych problemów związanych z zawodem lekarza. Sądzę, że wiedza o zasadach etycznego postępowania zawodowego, przekazana w ciągu studiów i zaakceptowana przez młodych adeptów, najlepiej służy doskonaleniu wspomnianych relacji lekarz-pacjent. Jestem przekonany, że poświęcenie nieco więcej czasu na kurs filozofii moralnej i deontologii lekarskiej w ramach studiów (nie tylko na VI roku!) a także włączenie tej tematyki do bieżących zajęć na poszczególnych latach klinicznych stworzyłoby taką szansę.

„Gdy medycyna traci kontakt z filozofią i etyką, dotyka ją los rośliny odciętej od korzeni – usycha”.

Wyboru fragmentów listu dokonał i uwagami uzupełnił
prof. Stefan Raszeja

Przeczytane...

myśląc o powstaniu warszawskim

Pozostaje (po człowieku) nie pamiętać o nim samym (to możliwe), ale pamiętać o jego życiu. I dlatego należy mieć takie życie, żeby umiało pozostać, żeby się nie dawało wymazać, żeby do niego trzeba było powracać.

☆☆☆

Bo nowa moc z poszukiwania się rodzi. I dlatego trzeba, aby poszukiwania były zuchwałe. Bardzo odważne.

Włodzimierz Pietrzak (1913-1944), literat, publicysta, żołnierz powstania warszawskiego, zginął 22.08.1944 r. W 1948 r. ustanowiono nagrodę jego imienia przyznaną corocznie za twórczość literacką i publicystyczną oraz działalność społeczno-kulturalną.

do druku przygotował prof. Romuald Sztaba

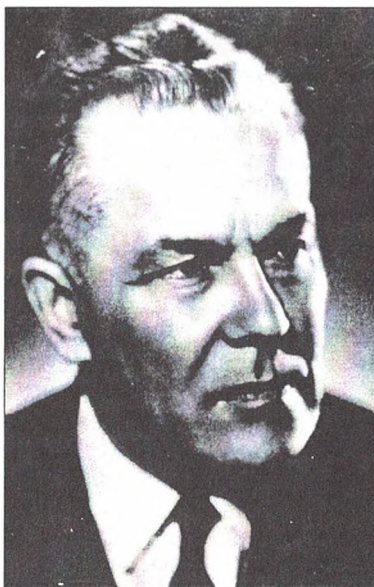
PROFESOR IGNACY ADAMCZEWSKI (1907–2000)

WSPOMNIENIE

Długoletni pracownicy naszej Szkoły pamiętają sylwetkę Profesora, który – mimo że od wielu lat na emeryturze – uczestniczył w licznych spotkaniach i uroczystościach naszej Uczelni. Z wyjątkiem kilku ostatnich lat, gdy Jego stan zdrowia był niezadowolający, regularnie przychodził do Katedry Fizyki, interesując się postępowaniem prac i występującymi trudnościami w ich realizacji. Przy okazji przedstawiał również własne plany, związane głównie z działalnością wydawniczą w zakresie przygotowania podręczników, monografii oraz artykułów. Odnosiło się wrażenie, że było to istotą życia Profesora. Sprawy prywatne, kłopoty ze zdrowiem były przemilczane, bądź poruszone bardzo rzadko.

Działalność zawodowa Profesora była na tyle intensywna i absorbująca, że można by nią obdarzyć kilka osób. Jego zasługi dla nauki zostały wyróżnione m.in. nadaniem godności doktora *honoris causa* Politechniki Gdańskiej (1985) i Akademii Medycznej w Gdańsku (1992), a zasługi dla regionu tytułem Honorowego Obywatela m. Gdańska (1994). Szczegółowy życiorys oraz osiągnięcia naukowe i organizacyjne Profesora zostały przedstawione w laudacji z okazji nadania tytułu doktora *h.c.* (*Ann. Acad. Med. Gedan.*, 1993, 23, 231-234) oraz przez prof. O. Gzowskiego („Rozmowa z profesorem Ignacym Adamczewskim”, *Postępy Fizyki*, 1988, 6, 543-551).

Notę biograficzną zamieszcza także publikacja Komitetu Fizyki PAN *Who is who in Physics. Poland 1997*, za którą przytoczę najważniejsze fakty z naukowego życiorysu prof. I. Adamczewskiego. Uniwersytet Warszawski ukończył w 1932 roku; doktorat obronił w 1936 r.; tytuł profesora nadzwyczajnego – w 1946 r., profesora zwyczajnego – w 1962 r. Pracownik akademicki UW w latach 1932–1939; uczestnik kampanii wrześniowej 1939 w randze oficera WP, więzień obozu koncentracyjnego Oświęcim (1940). Profesor Akademii Medycznej (pierwotnie Akademii Lekarskiej) w Gdańsku w latach 1945–1968, Politechniki Gdańskiej – 1945–1974, w której był dziekanem Wydziału Chemicznego oraz dyrektorem Instytutu Fizyki. W latach



1971–1993 był kolejno profesorem (1971–1974) i profesorem wizytującym na Uniwersytecie Salford (Anglia). Był przewodniczącym Gdańskiego Oddziału Towarzystwa Fizycznego (1946–1965) oraz członkiem Narodowego Komitetu PUGWASH (1967–1974, 1982).

Do 1968 roku Profesor był równocześnie kierownikiem dwóch zespołów: Zakładu Fizyki AMG oraz II Katedry Fizyki PG. Przedmiotem Jego zainteresowań i zespołów, którymi kierował były zagadnienia dotyczące fizyki jądrowej, detekcji promieniowania jądrowego i ciekłe dielektryki. Gdy Go poznałem w 1960 roku, podczas wykonywania pracy magisterskiej w II Katedrze Fizyki PG, głównym kierunkiem badań były dielektryki ciekłe – węglowodory nasycone. Ten kierunek badań ma swoje odniesienie do wcześniejszej działalności naukowej Profesora i uzyskanego w 1936 r. stopnia doktora za

pracę „Ruchliwość i rekombinacja jonów w zjonizowanych ciekłych dielektrykach w zależności od lepkości cieczy”. Wyniki badań cząstkowych, otrzymane przez współpracowników Profesora zyskały uznanie za swoją oryginalność i niezaprzeczalne walory poznawcze. Niektóre zagadnienia stanowiły przedmiot rozpraw doktorskich i habilitacyjnych. Profesor wypromował przynajmniej 23 doktorów, a z tej grupy 7. uzyskało tytuł profesora. We własnym dorobku naukowym miał około 100 prac oryginalnych, kilka monografii naukowych oraz podręczników. Wyrazem poważania i uznania Jego osiągnięć naukowych były liczne zaproszenia na międzynarodowe konferencje, na których przedstawiał wyniki prac własnych i współpracowników. Wzmiankowane elementy działalności naukowej spowodowały, że używano określenia „gdańska szkoła ciekłych dielektryków” (cyt. wg *Nature*). Podsumowaniem najbardziej owocnego okresu badań z tego zakresu jest obszerna monografia autorstwa Profesora pt. „Jonizacja, przewodnictwo elektryczne i przebicie w ciekłych dielektrykach”, która ukazała się we Francji, Anglii, USA i Rosji (ZSRR).

Profesor I. Adamczewski ma wielkie zasługi w organizowaniu od podstaw procesu dydaktycznego i bazy materialnej Zakładu Fizyki oraz naszej Uczelni, którą współtworzył z dużą grupą profesorów z Uniwersytetu im. Stefana Batorego. Zakładem Fizyki AMG kierował przez 23 lata. Swoje wspomnienia, również z tego okresu działalności zawodowej, przedstawił wcześniej w *Gazecie AMG*.

Profesor całym swym życiem zasłużył na nasz szacunek i wspomnienie.

Cześć Jego pamięci.

prof. Bartłomiej Kwiatkowski



Zespół pracowników Zakładu Fizyki Akademii Lekarskiej w 1948 r., którym kierował prof. Ignacy Adamczewski (pierwszy z prawej), trzeci z prawej prof. Józef Terlecki

DR. HAB. MARIAN TELESZYŃSKI (1916-1985)

WSPOMNIENIE

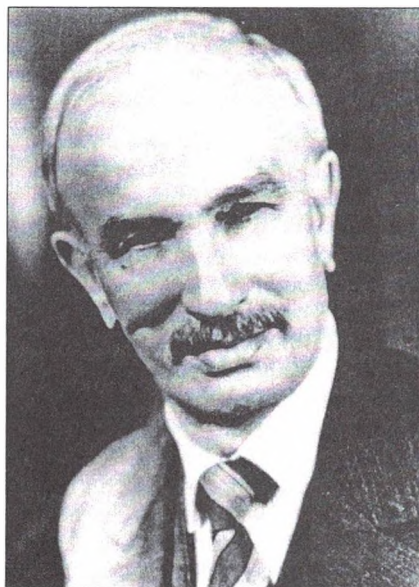
W dniu 26 sierpnia 2000 roku minęło 15 lat od śmierci dr. hab. med. Mariana Teleszyńskiego, długoletniego adiunkta Kliniki Ortopedycznej AMG.

Marian Teleszyński urodził się 11 lipca 1916 roku w Zagórzcu pow. Sanok. W 1935 roku zdał egzamin dojrzałości w ośmioklasowym gimnazjum ogólnokształcącym im. Królowej Zofii w Sanoku. W 1936 roku rozpoczął studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

W 1939 roku brał udział w kampanii wrześniowej jako lekarz Armii Karpaty i Armii Małopolska. Aresztowany przez władze radzieckie jesienią 1939 roku został wywieziony do obozów pracy przymusowej w rejonie Kujbyszewa i Workuty. W 1942 roku wraz z Armią Polską w ZSRR ewakuował się przez Iran do Włoch. Podczas tej bardzo trudnej drogi zachorował na dur brzuszny, który znacznie osłabił jego organizm. Po wyzdrowieniu trafił do 7 Dywizji Armii Polskiej w Kermine, gdzie pełnił funkcję zastępcy dowódcy batalionu sanitarnego. Podczas pobytu na Bliskim Wschodzie zgłosił się na przeszkolenie spadochronowo-dywerysyjne do służby w okupowanej Polsce. W tym czasie został mianowany adiutantem generała Leopolda Okulickiego. W maju 1944 roku wylądował pod Krakowem jako „cichociemny”. Trudne działania konspiracyjne wykonywał do chwili aresztowania w dniu 10 października 1944 roku.

W więzieniu mokotowskim w Warszawie torturowany m.in. przez znanego z wyjątkowego okrucieństwa płk. J. Światło. Więzienie opuścił w 1946 roku i rozpoczął kontynuowanie studiów lekarskich, krótko w Warszawie, a następnie w Gdańsku.

Jeszcze przed uzyskaniem dyplomu podjął pracę w Oddziale Chirurgii i Ortopedii Dziecięcej AMG. Dyplom lekarza otrzymał w 1948 roku. W roku akademickim 1953/54 został mianowany adiunktem nowo utworzonej Kliniki Ortopedycznej AMG, kierowanej przez prof. Zygmunta Ambrosę. Dwukrotnie, w latach 1954 oraz 1956–1957, pełnił



obowiązki kierownika Kliniki. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1961 roku na podstawie pracy „Metoda pomiaru i korekcji przodoskręcenia szyjki kości udowej we wrodzonym zwichnięciu biodra”. W tymże roku objął stanowisko ordynatora nowo utworzonego Oddziału Ortopedyczno-Urazowego Szpitala Miejskiego w Gdyni, które piastował do czasu przejścia na emeryturę w 1981 roku. W 1974 roku uzyskał stopień doktora habilitowanego na podstawie rozprawy „Wybrane problemy leczenia wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego w świetle własnych badań klinicznych”. Opublikował ponad 30 prac, w

tym cztery rozdziały w pierwszym po wojnie podręczniku „Zarys ortopedii ogólnej” pod redakcją Z. Ambrosy.

Był wybitnym specjalistą w zakresie ortopedii, o ogromnym doświadczeniu klinicznym, doskonałym organizatorem, świetnym kierownikiem oddziału, powiększającym systematycznie ilość łóżek niezbędnie potrzebnych w prężnie rozbudowującej się Gdyni. Obdarzony nieprzeciętną inteligencją, niezwykłym refleksem i ogromnym poczuciem humoru brylował wśród kolegów. Świetnie wyszkolony manualnie, wykonując najtrudniejsze zabiegi ortopedyczne zdobył ogromny szacunek wśród podwładnych oraz zaskarbił sobie wdzięczność i uznanie chorych. Był doskonałym nauczycielem, który wyszkolił 15 specjalistów.

Od roku 1952 należał do Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego, w którym pełnił – w latach 1967–1974 funkcję wiceprezesa Oddziału Gdańskiego, po czym został wybrany przewodniczącym sądu koleżeńskiego. Odznaczony za działalność w czasie wojny: Krzyżem Srebrnym Orderu Virtuti Militari, Krzyżem Walecznych, Krzyżem Armii Krajowej, a za pracę zawodową Złotym Krzyżem Zasługi.

Zmarł dnia 26 sierpnia 1985 roku, pochowany na Cmentarzu Komunalnym w Sopocie.

dr Leon Birn



Zespół Kliniki Ortopedii (1956) pod kierunkiem prof. Zygmunta Ambrosy (stoi w środku). Od lewej lekarze: Leszek Portych, Marian Teleszyński, Leon Birn, Jerzy Patyński, Franciszek Szwaluk, Stanisław Dańko, Tadeusz Wójcik, Ryszard Sobociński, Bożena Domańska, Antoni Hlavaty

ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA REUMATOLOGICZNEGO

W dniach 15–18.06 we Wrocławiu odbył się XVIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Było to pierwsze ogólnopolskie spotkanie reumatologów w tzw. „dekadzie kości i stawów” ogłoszonej przez WHO na lata 2000–2010, w której głównym zadaniem ma być poprawa jakości życia chorych ze schorzeniami narządu ruchu.

Znaczenie społeczne chorób reumatologicznych wynika z ich dużego rozpowszechnienia, przewlekłego charakteru oraz ich następstw: wysokiej absencji chorobowej, niepełnosprawności i dużego odsetka inwalidztwa. Z szacunkowych danych epidemiologicznych wynika, że liczba pacjentów z rozpoznanymi chorobami z kręgu reumatologicznego wynosi w Polsce 5 milionów. Wiedza dotycząca rozpoznawania i leczenia schorzeń reumatologicznych ma zatem znaczenie nie tylko dla internistów i reumatologów, ale też jest istotna dla właściwego funkcjonowania lekarza rodzinnego w systemie

opieki zdrowotnej, gdzie los chorego zależy najbardziej od jego decyzji. Należy pamiętać, że ok. 30% pacjentów szukających porady u lekarza rodzinnego zgłasza „dolegliwości reumatyczne” tj. związane z układem ruchu.

Tematy poruszane na zjeździe związane były zarówno z problemami etiologii i patogenetyki chorób reumatycznych, jak i rozpoznawania oraz najnowszymi, wprowadzanymi dopiero w Polsce metodami leczenia. Większość prezentowanych prac dotyczyła najczęstszych i najcięższych zespołów i jednostek chorobowych jak: reumatoidalne zapalenie stawów (r.z.s.), toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa, zespół Sjögrena, układowe zapalenie naczyń, zespół antyfosfolipidowy, choroba zwyrodnieniowa, osteoporoza oraz choroby stawów wieku młodzieńczego.

Rozwój wiedzy medycznej w zakresie reumatologii, jaki dokonał się w XX wieku przyniósł poznanie budowy i funkcji

tkanki łącznej oraz określenie roli układu immunologicznego w procesach chorobowych. W XXI wieku postęp w zakresie nauk podstawowych, wyjaśniających zjawiska leżące u podłoża chorób reumatologicznych, związany będzie z osiągnięciami genetyki molekularnej i wykorzystaniem jej osiągnięć w praktyce.

O losie pacjenta decyduje zawsze wczesne właściwe rozpoznanie i wdrożenie leczenia. Dlatego tak ważne są badania nad doskonaleniem metod wczesnej diagnostyki oraz poszukiwaniem sposobów leczenia, opartych o znajomość procesów patogenetycznych będących u podłoża choroby.

Jedną z częstszych chorób reumatologicznych, dotykającą ok. 1% populacji osób dorosłych jest reumatoidalne zapalenie stawów, zagrożone wysokim odsetkiem inwalidztwa w zakresie układu ruchu oraz zajęciem narządów wewnętrznych. W ciągu ostatnich kilku lat dokonał się istotny postęp w zakresie metod le-

EUROSURGERY '2000

Obrady tegorocznego zjazdu – Euro-surgery 2000, odbyły się w Istambule, w dniach 20–24 czerwca, wspólnie z Towarzystwem Chirurgów Turckich. Miejscem obrad był imponujący pod względem wyposażenia w aparaturę audiowizualną gmach Istanbul Convention and Exhibition Center. Wśród zaproszonych wykładowców znalazło się wiele znanych nazwisk, m.in. profesor Cameron z Johns Hopkins Hospital, autorytet w dziedzinie chirurgii trzustki i dróg żółciowych oraz autor wielu podręczników chirurgii. Liczba uczestników osiągnęła blisko dwa tysiące, w większości przedstawiciele Turcji, Grecji oraz krajów Europy Wschodniej. Z Polski udział brało 25 osób. W skład nielicznej delegacji gdańskich klinik chirurgicznych wchodził, oprócz prof. Zdzisława Wajdy, członka Komitetu Naukowego Zjazdu, prof. Zbigniew Śledziński i dr Łukasz Kaska. Trójmiejskie szpitale reprezentowali ich ordynatorzy: dr Piotr Dembowski, dr Osman Korycki, dr Jerzy Kossak i dr Stanisław Chabielski.

Na sesji poświęconej chirurgii endokrynologicznej prezentowaliśmy materiał II Kliniki Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej, dotyczący operacyjnego leczenia nadczynności przytarczyc. Podczas sesji na temat chirurgii trzustki przedstawiono referat z I Kliniki Chirurgii



omawiający wartość zespolenia trzustkowo-żółtkowego w operacji Whipple'a. Wielkie zainteresowanie wzbudziła sesja, której przewodniczył profesor Zdzisław Wajda, poświęcona współczesnemu leczeniu wstrząsu septycznego, obsadzona przez wykładowców ze Stanów Zjednoczonych i Hiszpanii.

W trakcie zjazdu podjęto uchwałę o zmianie terminu i ostatecznej decyzji co do organizacji kongresu Eurochirurgii w 2004 roku w Gdańsku.

Pobyt w Istambule, jednym z najbogatszych w historię miast, leżącego na po-

graniczu Europy i Azji, skusił nas do bogatego programu turystycznego. Zabytków, które zwracają największą uwagę są niewątpliwie Błękitny Meczet oraz najstarsza i niegdyś obfitująca w bogactwo świątynia Bizancjum Aya Sofia. Godne zobaczenia są także sułtańskie pałace Topkapi i Dolmabahce. Spacerując po uliczkach Istambulu, przygniatała nas świadomość bogatej przeszłości tego najbardziej chyba zanurzonego w muzułmańskim świecie europejskiego miasta.

dr Łukasz Kaska

czenia tego przewlekłego procesu, związany ze strategią leczenia i pojawieniem się leków nowej generacji. Preferuje się tzw. agresywne leczenie chorych na r.z.s., zwłaszcza w postaci postępującej, za pomocą leków modyfikujących przebieg choroby LMPCH (zapobiegających rozwojowi inwalidztwa stawowego i uszkodzenia narządów wewnętrznych). Jest to najczęściej terapia skojarzona, przy zastosowaniu więcej niż jednego leku MPCH. Skuteczność takiego leczenia koreluje z dużą liczbą działań ubocznych, które wymagają stałego monitorowania. Możliwość zastosowania nowych leków ogranicza ich dostępność w Europie i w Polsce oraz duże koszty leczenia, porównywalne jednak z kosztami opieki nad niepełnosprawnymi w wyniku r.z.s..

W terapii w badaniach klinicznych dla pacjentów z r.z.s. pojawiło się kilka nowych leków jak Tacrolimus, Subreum Leflunomid (Arava), Infliksymab (Remicade) oraz Etanercept (Enbrel). Na szczególną uwagę zasługują dwa ostatnie z wymienionych będące preparatami immunoglobulin wiążącymi TNF alfa i beta oraz ich receptory. Leki te cechują się wysoką skutecznością uzyskiwania poprawy w opornych na leczenie postaciach r.z.s. Pierwsze lata ich stosowania przyniosły zgodne dobre oceny, lecz na ich dostępność w Europie i w Polsce będzie trzeba jeszcze poczekać.

Prace dotyczące innych chorób układowych jak tocznia rumieniowaty układowy, twardzina układowa, zespół Sjögrena, zapalenia naczyń, obejmowały problemy wczesnego diagnozowania zmian wielu narządów wewnętrznych występujących w przebiegu tych schorzeń. Choroby te często dotyczą ważne dla życia narządy i układy: serce, naczynia krwionośne, tkankę płucną, nerki, przewód pokarmowy, krew, ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy. Wczesne rozpoznanie za pomocą testów biochemicznych i serologicznych lub przy wykorzystaniu metod obrazowania zajęcia przez proces autoimmunologiczny wymienionych narządów w okresie, kiedy objawy kliniczne są minimalne lub nie ma ich wcale, pozwala na zastosowanie leczenia o największej skuteczności. Szczególną uwagę wśród prezentowanych prac poświęcono zespołowi antyfosfolipidowemu, będącemu przyczyną zakrzepów naczyniowych i strat ciąży u pacjentek z chorobami układowymi.

Praca przedstawiana przez nasz zespół dotyczyła wczesnego rozpoznawania zmian w układzie nerwowym u pacjentów z tocznią rumieniowatym układowym na podstawie objawów klinicznych, oceny parametrów immunologicznych oraz wykorzystania metod obrazujących: tomografii emisyjnej pojedynczego

fotonu (SPECT) i rezonansu magnetycznego (MRI). W pracy udało się wykazać, że dyskretne, niespecyficzne objawy neurologiczne i psychiatryczne u pacjentów z tocznią, są często wczesnymi cechami mózgowej lokalizacji zmian zależnych od procesu autoimmunologicznego. Szczególnie przydatne dla rozpoznania wczesnych zmian okazało się badanie SPECT, w którym obszary hipoperfuzji udało się zobrazować u 95% badanych. Praca nasza została bardzo dobrze przyjęta nie tylko ze względu na jej poznawczy charakter, ale przede wszystkim w związku z jej praktycznym znaczeniem. Wprowadzenie trafnych metod rozpoznawania postaci neuropsychiatrycznej tocznia pozwala na wcześniejsze zastosowanie leczenia, dla uniknięcia postępu zmian w o.u.n., prowadzących do pogorszenia rokowania.

Chorobą dotyczącą układu ruchu o znaczeniu społecznym porównywaną pod względem częstości występowania w populacji ludzi dorosłych do nadciśnienia tętniczego jest osteoporoza. Na zjeździe mówiono o zapobieganiu osteoporozie, poprzez zwalczanie poznanych czynników ryzyka oraz o potrzebie włączania leczenia w okresie osteopenii, w grupach chorych zagrożonych rozwojem osteoporozy. Zaprezentowano algorytm leczenia osteoporozy postmenopauzalnej, zmniejszającego oczekiwaną liczbę złamań patologicznych oraz zasady zapobiegania i leczenia osteoporozy posterydowej. Przedstawiono znaczenie selektywnych antagonistów receptora estrogenowego, które są już dostępne w Polsce w leczeniu osteoporozy postmenopauzalnej u kobiet.

Częstą przyczyną dolegliwości i niepełności w układzie ruchu jest choroba zwyrodnieniowa. Dyskutowano o obecnie poznawanych mechanizmach patogenetycznych procesów niszczących chrząstkę w osteoartrozie oraz zastosowaniu leków ostanających i przyspieszających regenerację chrząstki.

Zastosowanie w leczeniu procesów zwyrodnieniowych w układzie ruchu ma również grupa nowych niesterydowych leków przeciwzapalnych stanowiących preferencyjne lub wybiórcze inhibitory cyklooksygenazy 2. Leki te są już dostępne w Polsce, a ich powszechniejsze stosowanie zapobiegnie z pewnością dużej ilości działań ubocznych związanych z działaniem leków starszej generacji na cyklooksygenazę 1 zwaną konstytutywną (występującą w śluzówce przewodu pokarmowego, komórkach nabłonka nerkowego, płytkach krwi, śródbłonku naczyniowym). Preferencyjne inhibitory tzw. COX-2 jak meloksikam (Movalis) i nimesulid (Aulin) są dostępne w Polsce od ponad roku, natomiast leki będące wybiórczymi inhibitorami COX-2: rofekok-

syb (VIOXX) i celekoksib (Celebrex) zostały wprowadzone w ciąg ostatnich dwóch miesięcy.

Zastosowanie nowych NLPZ w reumatologii wykracza znacznie poza potrzeby leczenia choroby zwyrodnieniowej stawów. Leki tej grupy mają zastosowanie również w r.z.s., spondyloartropatiach seronegatywnych (np. zeszywniającym zapalenie stawów kręgosłupa, zespole Reitera, tłuszczowym zapaleniu stawów, w zapaleniu stawów towarzyszących zapaleniom jelit), w krystalopatiach (np. dnie moczanowej, chondrokalcynoz), jak również w odczynowych zapaleniach stawów w przebiegu zakażeń wirusowych, chorób nowotworowych czy hematologicznych.

Obok tematów związanych z postępem wiedzy medycznej, dotyczącym nauk podstawowych i klinicznych, istotne miejsce wśród dziedzin poruszanych na zjeździe, znalazło kształcenie studentów i lekarzy w zakresie reumatologii. Podkreślano, że wobec dużego rozpowszechnienia chorób reumatologicznych w populacji, przewlekłości tych schorzeń oraz poważnego ograniczenia lub utraty sprawności spowodowanej tymi chorobami, jest potrzeba odpowiedniego kształcenia w zakresie reumatologii zarówno przed- jak poddyplomowego.

W naszej Uczelni od wielu lat nie ma w programie studiów reumatologii. W związku z tym, że schorzenia reumatologiczne stanowią 30% przyczyn zgłaszania się po poradę do lekarza pierwszego kontaktu, Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej, a następnie Katedra Medycyny Rodzinnej prowadzą zajęcia z reumatologii z ukierunkowaniem na potrzeby lekarza rodzinnego. Prowadzone są one od 19 lat w poradniach i na oddziałach reumatologicznych dla dorosłych i dzieci Wojewódzkiego Zespołu Reumatologicznego w Sopocie. Każdy student odbywa średnio 20 godzin ćwiczeń na oddziale i w przychodni. Zajęcia poprzedzone są 7 godzinami seminariów. Z dużym zainteresowaniem na zjeździe spotkało się badanie oceniające efektywność naszego modelu kształcenia. Przeprowadzono je przy wykorzystaniu specjalnie przygotowanego narzędzia w postaci testu, którego koncepcja, oparta na wskaźnikach epidemiologicznych i kompetencjach lekarza rodzinnego miała zapewnić trafność pomiaru wiedzy badanych. Oceniając za pomocą tego testu wiedzę studentów V roku Wydziału Lekarskiego przed zajęciami w Katedrze uzyskano średnio (43,18±8,59)% prawidłowych odpowiedzi, co pozwoliło na sformułowanie wniosku, że wiedza ta jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb. Tak przygotowany lekarz umiałby prawidłowo rozwiązać je-



POLSKO-UKRAIŃSKIE DNI CHIRURGII

W maju, w dniach 9–12 we Lwowie, odbyło się spotkanie polskich i ukraińskich chirurgów w ramach organizowanych co kilka lat Polsko-Ukraińskich Dni Chirurgii. Organizatorem ze strony ukraińskiej był długoletni rektor Lwowskiej Akademii Medycznej, prof. Pawłowski, kierownik jednej z klinik chirurgicznych mieszczącej się w pamiętającym jeszcze prof. Ludwika Rydygiera gmachu. Organizatorem ze strony polskiej był prof. Paweł Misiuna z Akademii Medycznej w Lublinie. W kongresie wzięło udział wielu chirurgów z Polski, wśród których w

znakomitej większości przeważali szefowie klinik chirurgicznych z całego kraju. Gdańską *Alma Mater* reprezentowali prof. Zdzisław Wajda wraz z prof. Zbigniewem Śledzińskim oraz dr Maria Dżoga-Litwinowicz i dr Łukasz Kaska. Na sesji poświęconej chirurgii endokrynologicznej nie małe zainteresowanie wzbudziły osiągnięcia II Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Endokrynologicznej w operacyjnym leczeniu chorób nadnerczy.

Jednak to nie naukowe walory zjazdu wzbudziły największe emocje wśród pol-

skich uczestników – przyćmił je urok miasta, które na każdym kroku przypominało o swoim polskim rodowodzie.

Największe wrażenie zrobił Cmentarz Łyczakowski i wciąż odtwarzany z dużymi trudnościami wojskowy Cmentarz Orłat Lwowskich, wśród którego mogił znajduje się grób prof. gen. Ludwika Rydygiera, wielkiego, światowej sławy polskiego chirurga, w latach 1897–1920 profesora Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, kierownika Kliniki Chirurgicznej.

Grób skromny, niepozorny i – gdyby nie składane przez pielgrzymów kwiaty – tak podobny do dziesiątków prostych, żołnierskich mogił. Stoimy pełni refleksji w tym miejscu uznanym kiedyś za jedną z najpiękniejszych nekropolii wojskowych na świecie. Cmentarz zdewastowany i zaniedbany, nie poddaje się jednak zawirowaniom historii i powoli odradza się, by powrócić do dawnej świetności.

Dzięki uprzejmości prof. Pawłowskiego obejrzelśmy klinikę, którą przed laty kierował prof. L. Rydygier i zapoznaliśmy się z jej historią. Zobaczyliśmy prawie niezmienioną od tamtego czasu salę wykładową, na której studentom, oprócz wykładów, prezentowano kiedyś niewielkie zabiegi chirurgiczne. Spotkanie w dawnej rydygierowskiej klinice upamiętniono zbiorowym zdjęciem przed głównym wejściem.

W trakcie pobytu we Lwowie nie obyło się bez spotkań towarzyskich, podczas których wyraźnie słyszalną przewagą śpiewającą popisywali się ukraińscy koledzy.

dr Łukasz Kaska



dynie nieco mniej niż połowę problemów pacjentów zgłaszających się z powodów reumatologicznych. W większości podejmowałyby złe decyzje, co wiązałoby się z niekorzystnymi skutkami medycznymi (opóźniałoby lub wręcz uniemożliwiałoby właściwe leczenie) i ekonomicznymi (narażałoby na wykonywanie niepotrzebnych badań i konsultacji albo zaniechanie profilaktyki lub leczenia w okresie największej skuteczności tych działań).

Badając tę samą grupę studentów po zajęciach w Katedrze Medycyny Rodzinnej uzyskano średni wynik prawidłowo rozwiązanych zadań testowych ($76,09 \pm 9,01\%$). Wynik ten jest dużo lepszy niż przed zajęciami i pozwala określić efektywność prowadzonych seminariów i ćwiczeń w postaci przyrostu średnio o ($32,3 \pm 11,1\%$) prawidłowo udzielonych odpowiedzi.

Za pomocą tego samego narzędzia oceniano też pracujących doświadczonych lekarzy pierwszego kontaktu, którzy

uzyskali ocenę nieco lepszą niż studenci przed zajęciami w Katedrze rozwiązując prawidłowo średnio ($49,12 \pm 12,49\%$) postawionych problemów. Wskazuje to na potrzebę nie tylko przeddyplomowego, ale też podyplomowego kształcenia w zakresie reumatologii.

W dyskusji na zjeździe podkreślano znaczenie obiektywnych badań z wykorzystaniem testów, nie tylko dla oceny procesu kształcenia, ale też dla formułowania celów kształcenia, tworzenia programów kształcenia i doboru bazy, aby uzyskać dobrą efektywność prowadzonych działań w zakresie przygotowywania lekarzy i zmian w procesie kształcenia.

O trudnościach w kształceniu zarówno lekarzy, jak i studentów oraz o potrzebie zmian obecnego stanu mówili też przedstawiciele innych akademii medycznych. Potrzeba tych zmian wydaje się dość pilna wobec opracowanego przez Krajową Radę Egzaminów Lekarskich egzaminu

państwowego, który będzie obowiązywał wszystkich absolwentów po stażu podyplomowym. Strukturę tego egzaminu przedstawiono w tzw. sylabusie medycznym, określającym tę część wiedzy absolwentów wydziałów lekarskich i oddziałów stomatologii, która powinna być opanowana po ukończeniu studiów i stażu podyplomowego. Zbudowanie sylabusu powierzono konsultantom krajowym, którzy uzgodnili podstawowe zagadnienia z przedstawicielami lekarskich towarzystw medycznych, reprezentujących odpowiednie kierunki.

KREL we wstępie do opublikowanego sylabusu wyraża opinię, że będzie on kształtował i aktualizował programy kształcenia w akademiach medycznych oraz „wymusi” odpowiedni poziom ośrodków prowadzących staż podyplomowy, gdyż będzie stanowił kanwę do opracowania pytań testowych.

dr med. Mirosława Koseda-Dragan

ŚWIATOWA KONFERENCJA MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA BADAŃ NAD FLUOREM

W dniach 11–14.06.2000 roku w Hotelu Radisson SAS w Szczecinie odbyła się XXIII Konferencja ISFR (International Society for Fluoride Research), w której uczestniczyli pracownicy naukowo-dydaktyczni Akademii Medycznej w Gdańsku. Z Zakładu Stomatologii Dziecięcej brały udział: prof. Barbara Adamowicz-Klepalska, dr n. med. Katarzyna Emerich-Poplatek, lek. stom. Joanna Krzyżagórska oraz dr n. med. Izabela Maciejewska, natomiast z Katedry i Zakładu Toksykologii: prof. Wojciech Czarnowski, będący równocześnie członkiem Komitetu Naukowego Konferencji i prof. Jerzy Krechniak oraz mgr farm. Katarzyna Stolarska i mgr farm. Beata Urbańska. Przewodniczącym ISFR jest prof. Kazusada Yoshitake z Japonii, natomiast wiceprzewodniczącymi prof. Zygmunt Machoy ze Szczecina oraz prof. Koichi & Eri Kono również z Japonii. Wśród zagranicznych uczestników konferencji najliczniejszą grupę stanowiła delegacja 15 osób z Japonii, 6 osób z Niemiec oraz 5 osób z USA.

W sesji referatowej „Environmental fluoride and analytical aspects” referat „Environmental and occupational exposure to fluoride in the Gdańsk region” wygłosił prof. Jerzy Krechniak. Plakaty zespołu: E. Stachowska, K. Jakubowska, I. Noceń, P. Gutowski, R. Turowski, D. Chlubek „Fluoride levels in atheromato-

us plaques from carotid arteries” oraz K. Stolarskiej i W. Czarnowskiego „Hair as an index of exposure to fluorine compounds” prezentowane były w I sesji plakatowej.

W sesji referatowej „Fluoride in dentistry (adults and children)” Zakład Stomatologii Dziecięcej zaprezentował dwa referaty: „Fluoride in the environment and oral health in children” autorów Barbary Adamowicz-Klepalskiej, Joanny Krzyżagórskiej i Katarzyny Emerich-Poplatek podejmował tematykę zagrożeń wynikających ze skażenia związkami fluoru środowiska naturalnego miasta Gdańska i okolic, a szczególnie miejscowości Wiślinka leżącej na Żuławach 15 km od Gdańska. W pobliżu tej miejscowości znajdują się hałdy fosfogipsów, będące odpadami przemysłowymi powstającymi jako produkt uboczny przy produkcji nawozów fosforowych. Badania obejmowały stan zdrowia jamy ustnej 144 dzieci w wieku 6 do 14 lat, zamieszkujących od urodzenia na zagrożonym terenie, na którym poziom fluoru w wodzie pitnej wynosi 1,2 mg F/l i przekracza ustaloną przez WHO normę. Uzyskane wyniki badań porównano z adekwatną pod względem wieku i płci grupą kontrolną dzieci zamieszkanych na terenie ze śladowym stężeniem fluoru w wodzie pitnej. Podwyższony poziom fluoru w wodzie pitnej

okazał się mieć wpływ na zaburzenie mineralizacji szkliwa zębów, dając obraz kliniczny enamelopatii, określanej jako fluoroza lekkiego stopnia, proporcjonalna do zawartości fluoru w wodzie pitnej, czasu ekspozycji i innych uwarunkowań absorpcji fluoru przez organizm w okresie rozwojowym.

Drugi referat „Effects of diet and fluoride on dental cells and tissues development in rats” autorów Izabeli Maciejewskiej i Barbary Adamowicz-Klepalskiej prezentował część wyników z pracy eksperymentalnej prowadzonej na szczurach rasy Wistar, a opartej na założeniach dotyczących wpływu wysokich i niskich stężeń fluoru w wodzie pitnej przy dietach o różnych wartościach odżywczych na rozwój zawiązków zębów w okresie życia płodowego i wczesnym okresie życia osobniczego. Do oceny obrazów z preparatów histologicznych zastosowano metodę stereologiczną morfometrii komputerowej, co pozwoliło na obiektywizację uzyskanych wyników. Badania wykazały korzystny wpływ pełnowartościowej diety, z zachowaną proporcją białka, węglowodanów i tłuszczów, na rozwój komórek i tkanek zawiązka zęba. Fluorek sodowy, zarówno w wysokim, jak i niskim stężeniu w wodzie pitnej wpływa na akcelerację rozwoju poszczególnych struktur zawiązka zęba, a stopień rozwoju badanych struktur jest proporcjonalny do zastosowanego stężenia. Stwierdzono, że zarówno dieta niedoborowa, jak i całkowity brak fluoru w wodzie pitnej, zaburza prawidłowy przebieg od początku ontogenezy.

Obydwa referaty spotkały się z dużym zainteresowaniem uczestników konferencji i bardzo dobrym przyjęciem Komitetu Naukowego i przewodniczących sesji. Wysoko oceniono ich wartość merytoryczną i prezentowaną dokumentację. Komitet Naukowy Kongresu, w skład którego wchodził sekretarz ISFR prof. G. W. Miller z USA, redaktor czasopisma *Fluoride*, zaproponował autorom opublikowanie obydwu prac we wspomnianym czasopiśmie.

Po trzech dniach bardzo owocnych obrad, podczas których wygłoszono 27 referatów oraz zaprezentowano 51 plakatów, poczynając od biochemii oraz występowania fluoru w środowisku i produktach żywnościowych, poprzez stosowanie fluoru w profilaktyce próchnicy zębów i chorób przyzębia oraz w leczeniu osteoporozy, uczestnicy konferencji uzyskali nowe przyczynki naukowe do dalszych badań wciąż tajemniczego pierwiastka – fluoru.

prof. Barbara Adamowicz-Klepalska



Uczestniczący w konferencji pracownicy AMG wraz z sekretarzem ISFR prof. dr. G. W. Millerem (USA), od lewej stoją: J. Krzyżagórska, B. Adamowicz-Klepalska, J. Krechniak, I. Maciejewska, G. W. Miller, K. Emerich-Poplatek, K. Stolarska, W. Czarnowski, B. Urbańska

Blaski i cienie reformy ochrony zdrowia

Wszyscy zgadzają się, że coś z tą ochroną zdrowia trzeba było zrobić. Ale dotychczasowe efekty zadowolają mało kogo. Z zaciekawieniem oczekiwałem występu Pani Minister w „Gdańskim dywaniku” 31 lipca. Mówiła gładko i „na okrągło”, jak premier Buzek. Tylko wszystkie jej odpowiedzi były ucieczkami od tematu. Nie zawsze też były zgodne z logiką. Np. uspokoiła rozmówców, że do likwidacji przeznaczone są tylko szpitale w dużych miastach, gdzie jest nadmiar łóżek szpitalnych. A Puck, Kartuz, Człuchów i inne miasta pomorskie to są metropolie? Przypuszczam, że gdyby Pani Minister sprawowała swój urząd w II Rzeczypospolitej (która coraz częściej jest przedstawiana jako oaza szczęścia i dobrobytu) zlikwidowałaby szpital w 30-tysięcznej Gdyni, tak dumnej z jego otwarcia na początku lat 30. Bo przecież było blisko do Wejherowa, Tczewa, a nawet do Wolnego Miasta. Jak to się wszystko zmienia w tym wilczym kapitalizmie! Kiedyś wieś zyskiwała na znaczeniu gdy zbudowano w niej kościół – stawała się wsią „kościelną”. Miasteczka, do których doprowadzano kolej zyskiwały szansę rozwoju, a wyrazem ich gospodarności i rozkwitu była budowa szpitala. Dziś odcina się wiele miast od komunikacji kolejowej, a szpitale zamyka się w imię fetyszu ekonomizacji. Można zgodzić się z ideą przekształcania niektórych w oddziały pobytowe dla przewlekle chorych i do opieki terminalnej. Odciaży to kliniki i oddziały wewnętrzne od zalegających miesiącami choroników i pacjentów geriatrycznych. Ale nie można wmawiać społeczeństwu, że nie ma znaczenia dystans dzielący dane skupisko ludnościowe od umiejscowienia szpitala. Próbuje się wykazać, że czas nie jest istotnym czynnikiem decydującym w nagłych zachorowaniach i stanach zagrożenia życia po urazach o szansach ocalenia życia... A fetysz ekonomizacji nie dotyczy jakoś Kas Chorych z ich wysokimi apanażami, rozdętymi radami nadzorczymi i reprezentacyjnymi siedzibami...

Dlaczego nie rozważyć wariantu prywatnego, pełnopłatnego leczenia w szpitalach, co mogłoby poprawić ich finanse? Taki model funkcjonuje zagranicą i pacjent, który go wybiera (w Anglii „p-p.” – czyli *private patient*) rozlicza się z dyrekcją, a lekarz, którego wybrał otrzymuje tylko swoją część z naliczonych kosztów. Jest to na pewno zdrowszy system

niż „szara strefa” z honorariami przyjmowanymi w kopercie za „usługi medyczne” świadczone na spotecznym sprzęcie, lekami opłacanymi z budżetu i na łózkach utrzymywanych przez państwo, czy też samorząd. Krążą cenniki – zwłaszcza dotyczące specjalności zabiegowych...

A to Polska właśnie...

Jak kształtuje się sytuacja w reformowanych szpitalach „terenowych” może świadczyć pismo zbulwersowanego i bezradnego ordynatora Oddziału Ortopedyczno-Urazowego w jednym z powiatowych miast, skierowane do władz samorządowych. Nie mogę powstrzymać się od przytoczenia jego obszernych fragmentów.

„Od kilku miesięcy biernie przyglądam się poczynaniom menedżera naszego ZOZ-u. Ponieważ nie zamierzam dłużej tuszować jego destrukcyjnej działalności, a tym samym brać odpowiedzialności jedynie na siebie, zwracam uwagę Szanownej Rady na ten odcinek działalności szpitala, za który merytorycznie odpowiadam.... Z przyczyn jedynie ekonomicznych zlikwidował (dyrektor) dyżury stacjonarne zamieniając je na dyżur na wezwanie. Argumentów moich o poważnych do przewidzenia skutkach takiej decyzji dla pacjentów nie przyjął do wiadomości stwierdzając – „to zlikwiduję ci oddział”... Na proponowane alternatywne rozwiązanie w postaci pozostawienia dyżurów piątkowo-sobotnio-niedzielnym, jako najbardziej urazogennych dni tygodnia – odpowiedzi nie doczekałem się do dzisiaj... Przed „reformą” w oddziale oprócz ordynatora zatrudnionych było dwóch asystentów, co uważam za niezbędne minimum dla zabezpieczenia pacjentów. W analogicznym pod względem wielkości oddziale ortopedii w..... oprócz ordynatora zatrudnionych jest pięciu asystentów. Nie słyszałem również o jakichkolwiek redukcjach personelu lekarskiego w oddziałach ortopedycznych w..... (trzech innych okolicznych szpitalach). W dalszym ciągu pełnione są tam dyżury stacjonarne. Pan Dyrektor wpadł na rewelacyjny pomysł likwidacji dodatkowo jednego etatu lekarskiego pozostawiając oddział pod opieką ordynatora i jednego asystenta. Tymczasem w Poradni Urazowo-Ortopedycznej utworzył trzy etaty ortopedyczne!!! Od (ustalonego terminu) będą one skontraktowane, co uniemożliwi przesunięcia lekarza do pracy w szpitalu. W oddziale w pierwszym półroczu tego roku wykonano ponad 200 operacji, a jest to tylko część obowiązków. Konsultacje, prace dokumentacyjne nie są prowadzone na bieżąco. Kiedy jedy-

ny asystent... korzysta z urlopu wypoczynkowego... pracuję sam, operuję bez asysty i zabezpieczam oddział „pod telefonem” przez 24 godziny na dobę. Ale Pana Dyrektora stałym, aż do znudzenia powtarzanym argumentem jest – cytuję: „jeśli tobie jest ciężko, to zatrudnię ordynatora, któremu nie będzie ciężko”.

Organizowany od podstaw Oddział Ortopedyczno-Urazowy naszego szpitala prezentuje standardy zachodnio-europejskie. Stosuje techniki operacyjne z użyciem wysoko specjalistycznego sprzętu medycznego. W dwudziesto-łożkowym oddziale leczonych jest 650–900 chorych (rocznie), w tym bardzo wielu z obrażeniami bezpośrednio zagrażającymi życiu i udzielamy porad ambulatoryjnych chorym urazowym w liczbie ponad 2000 rocznie, w tym około 500 samych złamań. W tym roku dokonaliśmy przyszycia amputowanej kończyny dolnej.

Przy obecnie stale wzrastającej urazowości, zwiększeniu liczby populacji do 72.000 mieszkańców, poczynania Pana Dyrektora zmierzają do świadomej (nie jest przecież stolarzem, a specjalistą chirurgiem) degradacji szpitala. Jeszcze gorzej – jeśli robi to nieświadomie. Eksperymentu „na żywym organizmie” dokonuje wbrew od dawna obowiązującym standardom... dla tego typu oddziałów... Likwiduje... samodzielnie, zlokalizowaną w oddziale salę operacyjną, której istnienie jest warunkiem bezwzględnym dla przeprowadzania operacji na tkance kostnej. W zamian udostępnia salę operacyjną na I piętrze z bardzo złym połączeniem komunikacyjnym ciasną windą. Uzbrojone łóżko ortopedyczne w takiej windzie po prostu się nie mieści. W bezpośrednim sąsiedztwie tej sali operacyjnej wykonuje się operacje tzw. brudne, np. amputacje zgorzeli nogi. Horror. W miejscu zlikwidowanej sali operacyjnej tworzy rehabilitację i fizykoterapię wpuszczając tłum cywilnych osób w bezpośrednie sąsiedztwo odcinka pooperacyjnego. Tworzy jedyne (w mieście) miejsce wykonywania opatrunków i czystych i ropnych we wszystkie dni wolne od pracy. Dla tego człowieka bakterie po prostu nie istnieją...

Z... Kasą Chorych podpisać kontrakt na sfinansowanie leczenia w oddziale 650 pacjentów. Te... świadczenia zrealizowano do dnia dzisiejszego (koniec lipca) w 78%. Do wyczerpania limitu pozostało 140 chorych. Bez renegocjacji umowy z kasą chorych zabraknie środków finansowych na leczenie stacjonarne już... za 3 miesiące w kwocie przekraczającej 300 tys. złotych.

Cóż tu można dodać? Czy ktoś wśród reformatorów zastanawia się nad kosztami, jakie pociągnie za sobą opieka nad invalidami, którymi staną się nieleczeni, lub niewłaściwie leczeni chorzy urazowi – nie mówiąc już o tych, którzy zginą po urazach zagrażających życiu?

prof. B. L. Imieliński

Z ukosa

Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła 8 sierpnia br. raport zawierający przerażające dane o liczbie palaczy. Siega ona na świecie 1 miliarda ludzi! Z tego aż 80% to mieszkańcy państw słabo i średnio rozwiniętych. Następstwa nałogu doprowadzić mają do przedwczesnego zgonu co najmniej połowę palaczy. Aktualnie umiera spośród nich ponad 4 mln rocznie. W mijającym stuleciu papierosy zabiły 100 mln., a przewiduje się, że w r. 2030 wartość ta przekroczy wielkość 10 mln. (tylko w ciągu tego jednego roku). W całym nadchodzącym stuleciu liczba ofiar może dojść do miliarda! Obecnie rzesza palących rośnie o 100 tys. każdego dnia. Rak, zawał serca, rozedma płuc nie tylko skracają życie, ale przysparzają kosztów leczenia, których udział w PKB większości państw dochodzi według Banku Światowego (BS) – aż do 1%. Jeden ze sposobów zwalczania tego zjawiska widzą eksperci WHO i BS w podniesieniu cen, zwłaszcza przez zwiększenie podatku. Wzrost cen przyczynia się w dużym stopniu do wytrwania w powstrzymaniu się od nałogu wśród tych, którzy skłonieni tym podjęli taką próbę. Wysoka cena stwarza też istotną przeszkodę dla dzieci i młodzieży. Podniesienie jej tylko o 10% pozwoliłoby na zmniejszenie liczby palaczy w skali światowej o co najmniej 42 mln. I mimo spadku sprzedaży dochody państwa z podatków wzrosłyby

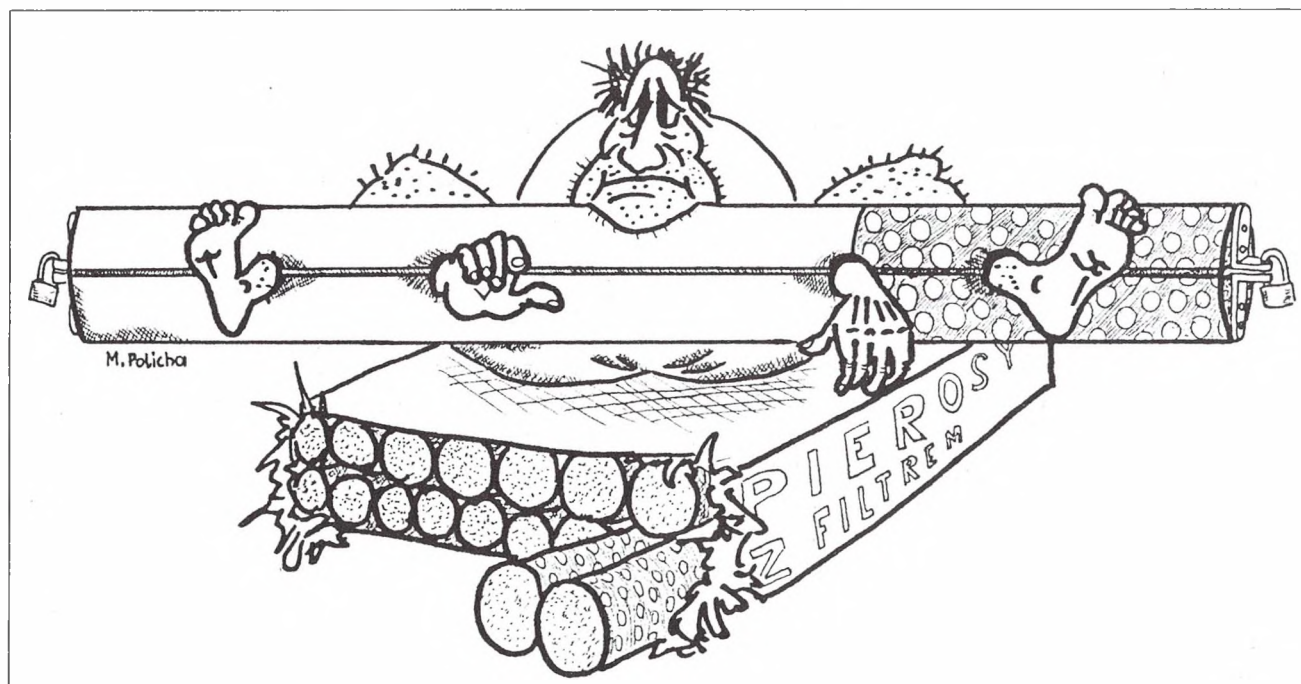
o około 7%. Wspomniany raport proponuje też zakaz reklam wyrobów tytoniowych i całkowity zakaz palenia w miejscach publicznych i w pracy.

Dyrektor WHO Gro Harlem Brundtland powołała w październiku ub.r. komisję, której celem było analiza stosu wewnętrznych dokumentów, które koncerny tytoniowe na mocy wyroku sądu w Minnesocie zmuszone były odtajnić. Komisja znalazła niezbita dowody, że tytoniowe giganty jeszcze niedawno podejmowały próby zdyskredytowania WHO i współpracujących z nią organizacji za pomocą optacania lub manipulowania naukowców w celu podważania raportów o szkodliwości palenia. Specjalnymi programami byli objęci także m.in. ministrowie i parlamentarzyści, zwłaszcza w krajach, w których przedmiotem obrad były dyskusje nad zakazem reklamy tytoniu bądź ograniczeniem palenia w miejscach publicznych. Chcąc pozyskać jak największą liczbę palaczy, rozwijano działalność promującą w krajach Azji, Afryce i Europie Środkowo-Wschodniej, gdzie społeczna świadomość szkodliwości palenia jest najmniejsza. Okazało się, że ogromne środki przeznaczano latami na walkę z WHO. Optano dziennikarzy krytykujących tę organizację oraz kupowano jej ekspertów. Dr David Nabarro, zastępca p. Brundtland jest autorem następującego stwierdzenia: „papieros, to jedyny na świecie legalnie sprzedawany produkt, który poprawnie używany powoduje śmierć blisko połowy swych konsumentów”.

W USA udaje się poszczególnym konsumentom wyrobów tytoniowych, którzy udowodnili związek przyczynowy raka

płuc, a zwłaszcza spowodowanego nim zgonu bliskiej osoby, uzyskać od producentów je koncernów ogromne odszkodowania. Ostatnio byliśmy świadkami pierwszego podobnego pozwu w naszym kraju. Powód występujący w imieniu zmarłej matki jednak przegrał i czeka go zapłacenie niebagatelnych kosztów procesu. W niczym nie podważając zasadności związku przyczynowego pomiędzy rozwojem choroby (zwłaszcza raka płuc), a także powodowanymi nią zgonami a nałogiem palenia tytoniu, wątpliwość budzi wysuwanie roszczeń do producenta. Uleganie nałogowi, zwłaszcza w okresie, kiedy ostrzeżenia o jego zgubnych następstwach umieszczone są na opakowaniach papierosów, jest kwestią wolnego wyboru. Nie należy przy tym przeceniać znaczenia reklamy. Przecież narkotyków nikt nie reklamuje, a liczba narkomanów stale wzrasta! Dlaczego nie obwiniać producentów środków narkotycznych, wytwarzanych do celów leczniczych, skoro wielu narkomanów (czasem nawet lekarzy!) zasmakowało w ich działaniu po zetknięciu się z nimi w czasie choroby – np. w związku z narkozą. A co z alkoholem? Nikt nie skarży producentów napojów alkoholowych, choć marskość wątroby, przewlekłe zapalenia trzustki czy spustoszenia w ośrodkowym układzie nerwowym i psychice, nierzadko prowadzące do zgonu, są także bezspornym ich następstwem. A państwo (nie tylko polskie) ciągnie z ich produkcji i sprzedaży (nawet po zniesieniu monopolu) ogromne zyski!

B.I.L.



Aneks do pitawalu lekarskiego

„Medycyna to nie matematyka, tu dwa razy dwa nie zawsze równa się cztery. Od błędów popełnianych przez lekarzy nie uciekniemy – zdarzają się we wszystkich krajach na świecie. Problem tylko w tym, jak minimalizować ich skutki i jak utatwić pokrzywdzonemu pacjentowi otrzymanie zadośćuczynienia”... (prof. Tadeusz Tofłoczko, chirurg, b. rektor AM w Warszawie).

Obawa lekarzy przed ekspansją adwokatów skutkuje unikaniem ryzykownych decyzji leczniczych i uprawianiem tzw. medycyny defensywnej. Błędy lekarskie zdarzają się wszędzie, nawet w USA, gdzie możliwości ratowania zdrowia i życia są nieporównywalnie większe niż u nas. Ocenia się, że ginie tam rocznie około 90 000 chorych w ich następstwie. A wielu tragediom można byłoby zapobiec. Większość tragicznych wydarzeń, które wzbudzają opinię publiczną to błędy i zaniedbania typu: amputacja zdrowej kończyny, pozostawienie ciał obcych w ranie, utrata wzroku po nieudanej operacji, opóźnienie wykonania cesarskiego cięcia, nierozpoznanie guza piersi w badaniu mammograficznym itp. Raport Instytutu Medycyny USA liczbę zgonów (tylko w szpitalach), spowodowanych błędami, których można by uniknąć, ocenia na 40–90 tysięcy rocznie. Statystyka nie obejmuje praktyk prywatnych, przychodni i domu starców. Błędy wynikające z niewłaściwego stosowania leków należą do najczęstszych. Wiele zgonów jest wynikiem niekorzystnej interakcji różnych leków. Ich mnogość utrudnia orientację we wszystkich możliwych przeciwwskazaniach i działaniach ubocznych. Amerykańskie apteki już od dawna mają zainstalowane systemy komputerowe, sygnalizujące nieprawidłowe dawkowanie lub niebezpieczne interakcje. Jeden ze szpitali w Salt Lake City zainstalował komputer przy łóżku każdego chorego, który nadzoruje bezpośrednio dawkowanie i sygnalizuje ewentualne komplikacje. Coraz więcej lekarzy posługuje się kieszonkowymi komputerami, umożliwiającymi łatwiejsze i efektywniejsze przepisywanie leków w konfrontacji z wynikami badań i nagromadzonymi danymi pacjenta. Firma Ephysician, założona przez praktykującego gastroenterologa opracowała specjalny program komputerowy, pozwalający na wypisywanie recept z użyciem tego systemu. Recepta jest przekazywana za pośrednictwem internetu do centralnego serwera, który w oparciu o nagromadzone dane pacjenta analizuje prawidłowość zlecenia i przekazuje je bezpośrednio do apteki.

Inny raport, opublikowany w *New England Journal of Medicine* w 1991 r. oceniał grupę nieselekcjonowanych chorych wypisanych ze szpitali nowojorskich w

1984 r. wykazując, że około 4% spośród nich poważnie ucierpiało w wyniku błędów medycznych. Analizując zgony przy uwzględnieniu liczby hospitalizowanych i czasu pobytu w szpitalach w całych Stanach Zjednoczonych doszli do wniosku, że odpowiada to 180 tys. zgonów. W rankingu przyczyn zgonów błędy lekarskie zajmowały znacznie wyższą pozycję niż np. wypadki komunikacyjne, które pochłaniają czterokrotnie mniej ofiar.

Opinia publiczna, niezadowolona z organizacji opieki zdrowotnej, podnosi problem, że w wyniku fetyszyzacji kosztów lekarze zmuszani są do coraz szybszej, a tym samym mniej uważnej pracy. Czas przeznaczony na kontakt z pacjentem uległ znacznemu skróceniu, bo lekarze dyscyplinowani przez firmy ubezpieczeniowe muszą przestrzegać arbitralnych limitów. Tryb pracy rezydentów, na których opiera się praca w szpitalach w USA, cechuje przeciążenie – liczba godzin pracy przekracza często 100. Powodowane tym przemęczenie i brak snu rzutują nierzadko na podejmowane ważne decyzje.

Komisja zajmująca się badaniem błędów po skontrolowaniu szpitali uniwersyteckich w Chicago wykryła 480 przypadków, gdy zgłoszonych było tylko 115.

Wspomniany Instytut Medycyny proponuje, jako jeden z remediów, założenie

ogólnokrajowego rejestru pomyłek. Szpitale musiałyby obowiązkowo zgłaszać wszelkie błędy, a te informacje byłyby przekazywane rządowi stanowym, a dalej trafiałyby do instytucji federalnych. Podobny system istnieje już w stanie Nowy Jork. Jednak środowisko medyczne obawia się, że nawet przy programowej poufności istnieje ryzyko upublicznienia danych z erupcją pozwów sądowych, jako konsekwencją. Nie neguje się prawa pacjentów do informacji na temat lekarskich błędów, jednak nie ma koncepcji jak to przeprowadzić. Istnieją już firmy internetowe, które odpłatnie udostępniają zainteresowanym *dossier* konkretnego lekarza z danymi o toczących się przeciw niemu postępowaniach sądowych. Jak to się ma do ochrony danych osobowych, która stanowi gorący temat w naszym kraju?

Zatem nie system śledzenia i piętnowania będzie właściwym rozwiązaniem, ale poprawa funkcjonowania całego systemu. W innych dziedzinach, w których ceną błędu może być ludzkie życie podjęto już takie próby. W lotnictwie jest to system określany skrótem ASRS (*Aviation Safety Reporting System*) polegający na możliwości złożenia anonimowego raportu przez każdego pracownika. Po ich wnikliwej analizie opracowuje się odpowiednie zabezpieczenia.

Unowocześnienie i usprawnienie dokumentacji nie znajduje jeszcze powszechnego zrozumienia. Wykorzystanie systemów komputerowych znacznie ulepszyłoby sprawność funkcjonowania opieki medycznej. Na większości oddziałów szpitalnych dokumentację prowadzi się jednak wciąż odręcznie. W USA historie chorób przyjmują rozmiary monumentalne. W Polsce lekarze wklejają wyniki badań w papierowe okładki. Ostatnio po raz pierwszy w historii amerykańskiej medycyny sąd skazał lekarza za... nieczytelne pismo. Farmaceuta błędnie odczytał tę receptę, co doprowadziło do wydania pacjentowi leku, na który był uczulony.

Podstawą leczenia był kiedyś bliski, pełen zaufania kontakt lekarza z pacjentem. Dziś relacje te mają charakter biznesowy. Pacjenci zamieniają się w klientów, a lekarze w dostarczycieli usług medycznych. Po drodze gubi się najcenniejszą wartość – wzajemne zaufanie i rzeczywistą troskę.

Na podstawie artykułu dr Marcina Chwistka z Bridgeport Hospital, Uniwersytet Yale, Connecticut USA pt. „Nawet w Ameryce lekarze się mylą – operacje sądowe” (*Polityka* 2000, 29 [2254]).



RYŚ. M. POLICHA

prof. Brunon L. Imieliński

KADRY AMG

Z dniem 16.08.2000 r. powołano **dr. med. Zdzisława Małkowskiego**, starszego wykładowcę Katedry i Kliniki Ortopedii na dyrektora Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 3 im. Najświętszej Maryi Panny w Gdańsku.

Z dniem 1.07.2000 r. **mgr Teresie Sawa** powierzono stanowisko p.o. specjalisty kierującego zespołem pracowników Działu Spraw Osobowych.

Z dniem 1.07.2000 r. **Krystynie Kaszyńskiej** powierzono stanowisko p.o. kierownika Działu Nauki.

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego przeszli

dr hab. n. med. Wojciech Bogustawski
dr hab. farm. Jerzy Klimek
dr hab. med. Krzysztof Narkiewicz
dr hab. farm. Mirosława Szczepańska-Konkel

Stopień naukowy doktora habilitowanego otrzymał

dr hab. n. med. Kazimierz Jaśkiewicz

Na stanowisko adiunkta przeszły

dr med. Agata Deja
dr n. med. Katarzyna Emerich-Poplatek
dr n. med. Beata Wierchoła

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą

40 lat

prof. dr hab. n. med. Maria Hrabowska

35 lat

dr med. Dimitris Chadzypanagiotis
dr med. Kazimierz Janus
dr med. Anna Kobierska
dr hab. n. med. Jolanta Kubasik
dr med. Emilia Mierzejewska

30 lat

Bogumiła Jakubowicz
Olgierd Szulc
Janina Śmigrocka
Jadwiga Zamirowska
Bolesław Żotobowski

25 lat

Andrzej Chruszczyński
Kazimiera Hluchnik
inż. Brygida Klimaszewska
Benon Mażniewski
Emilia Moroz-Chrulska
dr hab. med. Waldemar Placek, prof. nzw.
Halina Prejs
Maria Szofer
Irena Wiśniewska

20 lat

Jan Janowski
Hanna Rezmer
Teresa Worontkiewicz

Z Uczelni odeszli

mgr Anna Jasiel
mgr inż. Beata Pazio
mgr Lucyna Sojka
mgr inż. Bronisław Sulkowski
dr med. Piotr Świca
dr farm. Maciej Turowski
lek. Romana Ucińska

Na emeryturę przeszły

mgr Lucyna Huryn
Helena Jurewicz
Bronisława Korzeniowska
Izabela Krupska

KADRY SPSK NR 1

Jubileusz długoletniej pracy w SPSK nr 1 obchodzą

40 lat

Brygida Dudziuk

35 lat

Raisa Martuzalska
Barbara Niklas
Maria Pupko
Maria Sankowska

30 lat

Maria Czaplicka
Krystyna Kolas
Łucja Maj
Urszula Ossowicz
Waleria Pitroch
dr med. Maria Tomaszewicz

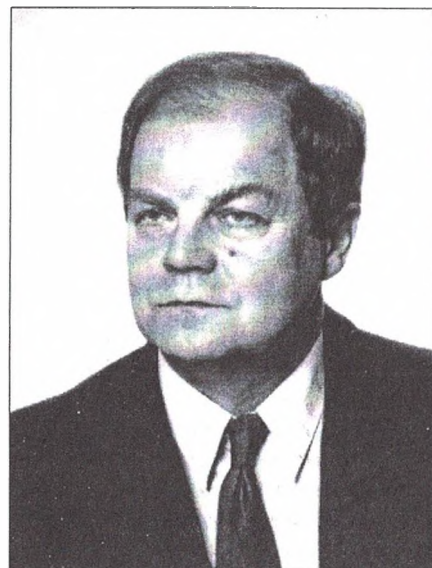
25 lat

Halina Baranowska
Elwira Bielska
Zofia Charzyńska
Aleksandra El-Hagin
Zofia Hartman
Władysława Kucharczyk
Urszula Kuchta
Alicja Kusoń
Danuta Mazurek
Irena Nawrocka
Teresa Paczuła
Krystyna Pielecka
Bożena Pisarska
Jolanta Szlachcikowska-Najdowska
dr med. Piotr Świca
Regina Tkaczyk

20 lat

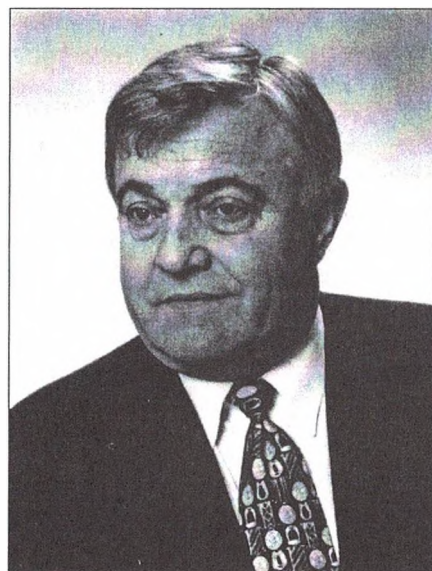
Stanisław Czerwionka
Krystyna Duda
Renata Kolc
Bogumiła Mech
Mariola Pankowska
Wiesława Przywojska
lek. Barbara Raczkowska
dr med. Ewa Semetkowska-Jurkiewicz
Ksenia Sikora
Ewa Stenzel

Nowi PROFESOROWIE TYTULARNI



prof. Zbigniew Machaliński

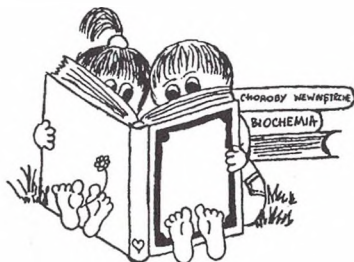
Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej postanowieniem z dnia 31 lipca 2000 r. nr 115-8-2000 nadał tytuł naukowy profesora nauk humanistycznych prof. dr. hab. **Zbigniewowi Machalińskiemu**, a tytuł naukowy profesora nauk medycznych prof. dr. hab. **Stanisławowi Mazurkiewiczowi**. Uroczystość wręczenia przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej aktów nadania tytułu naukowego odbędzie się w październiku br.



prof. Stanisław Mazurkiewicz

Akademia w anegdocie...

(XV)



☆☆☆

Anegdotyczne historie towarzyszą często udziałowi w orzecznictwie sądowo-lekarskim. Dwaj asystenci AMG pojawili się na sali sądowej, kiedy jeszcze trwała poprzednia rozprawa. Chodziło o tytuł do spadku po zmarłej samotnej osobie, do którego pretendowała opiekująca się nią sąsiadka.

– Co zmarła powiedziała powódce? – pyta sędzia.

– Wysoki Sądzie! Po pierwsze, jak ona mówiła to jeszcze żyła, a po drugie – po żadnej wódce, bo ona nigdy alkoholu do ust nie brała...

☆☆☆

Swoistego nazewnictwa w języku sądowym dotyczy też następna opowieść. Goniony przez wokandę sędzia, wchodząc na salę rozpraw w zamiarze rozpoczęcia opóźnionej sprawy, zarządza:

– Szybko powódkę!

Na to podnosi się z pierwszego rzędu jeden z uczestników rozprawy mówiąc:

– To ja Wysoki Sądzie wyskoczę, bo tu na przeciwko jest „monopolowy”...

☆☆☆

Rozprawa już się rozpoczęła, kiedy pospiesznie wchodzi na salę dwóch zdyszanych osobników.

– Panowie biegle? – pyta sędzia.

– Nie, my taksówką – pada odpowiedź.

☆☆☆

Inny cykl dotyczy (lub mógłby dotyczyć) sytuacji związanych ze „sługiowaniem” absolwentów i pracowników AMG w LWP (Ludowe Wojsko Polskie).

Dwóch oficerów zostało hospitalizowanych z powodu zatrucia pokarmowego (powiedzmy salmonellą). Po jakimś czasie zniecierpliwiony dowódca pułku telefonuje do komendanta szpitala:

– Co jest do cholery z kpt. X i mjr. Y – tak długo ich trzymacie!

– Melduję obywatelu pułkownikowi, że właściwie to już są wyleczeni, ale nie mogą powrócić do służby, bo są nosicielami zarazków...

– Co takiego? Zwolnić natychmiast, a do noszenia zarazków przysłać dwóch innych ludzi!

☆☆☆

Żołnierz „służby zasadniczej” dostał przydział do ambulatorium. Odwiedza go „cichaczem” kolega. Wskazując na uchylone drzwi do gabinetu lekarskiego mówi do gościa szepem:

– Pst! Tam jest generał!

Spoza drzwi dobiega głos lekarza:

– No tak, panie generale... Jest tak jak przypuszczałem – zapalenie ucha środkowego... Trzeba dłużej poleżeć, antybiotyki, potem najlepiej urlop zdrowotny, jakieś sanatorium...

Komentuje to domorosły sanitariusz:

– Słyszysz, co znaczy szarża? Jestem tu już pół roku i mówię ci, bo wiem: nie ma żadnego ucha środkowego, jest tylko lewe i prawe!

☆☆☆

Na osławionych KPO (Kurs Przystosowania Oficerów), na który powoływano lekarzy, aby obdarzyć ich stopniem oficerskim, zajęcia miały różny poziom. Na „wykładzie” z obrony przeciwchemicznej oficer „z awansu” dyktuje:

– Woda wrze w temperaturze 90 stopni...

Część notuje, większość nie, a jeden nie tai półśmieszku. Podchodzi do niego prelegent pytając:

– A wy czemu nie tylko nie notujecie, ale robicie sobie jakieś śmiechy – chichy?

– Bo mnie uczyli ob. poruczniku, że ona wrze w temperaturze 100 stopni...

– A gdzie to was kursant tak uczyli?

– No, w liceum i na studiach...

– Poczekajcie no.... – i zaczął gorączkowo szperać w notescie.

– Rzeczywiście, czasem i kursant może mieć rację – 90 stopni, to kąt prosty...

☆☆☆

Na zajęciach polityczno-wychowawczych oficer do tych spraw zadaje pytanie:

– Kto powie jak miał na imię Waszyngton?

Zaległa cisza. Wreszcie jeden z poborowych podnosi rękę.

– No, więc jak?

– Rondo! – brzmi odpowiedź...

(musiał pochodzić z Warszawy – bo tam jest Rondo Waszyngtona).

☆☆☆

W latach 60. propagowane były zasady reanimacji – masaż zewnętrzny serca i oddech *mouth-to mouth*, a krążyło nawet powiedzenie, że każdy lekarz powinien nosić scyzoryk, aby w razie potrzeby wykonać konikotomię czy nawet trachotomię. Wtedy przywieziono do Izby Przyjęć PSK nr 3 mocno starszą panią, której stan oceniono jako nieprzytomny. Natychmiast rzucił się do akcji młody wówczas internista, dr Wojciech K. i energicznie przystąpił do sztucznego oddychania. Przez chwilę pacjentka znosiła to spokojnie, ale zaraz zaczęła się buntować poruszając energicznie wszystkimi kończynami...

– Babciu, dlaczego babcia nie oddychała na początku?

– A jak mogłam oddychać, jak ten młody rzucił się na mnie i od razu zaczął całować...

Co w prasie piszczy

Wspólnota do odzyskania

Z prof. Markiem Łatoszkiem

rozmawia Anna Kościelecka

Lech Bądkowski wyraził kiedyś przekonanie, że Sierpień '80 zdarzył się nieprzypadkowo na Pomorzu, że tu była szczególna aura, sprzyjająca powstaniu „Solidarności”. Dość powszechnie przyjęto wtedy ten pogląd, nawet poza naszym regionem. Popatrzmy na to z dystansu 20 lat. Czy tak było w istocie?

– Wiele za tym przemawia. Sam Bądkowski był prekursorem: jego koncepcja krajowości, to bardzo interesujący projekt społeczeństwa samorządowego.

Na Pomorzu istniał ruch opozycyjny. Lech Mażewski wylansował kiedyś pomorski model obrony czynnej, przeciwstawiając się twierdzeniu, że opozycja funkcjonowała tylko w Warszawie. Zwrócił on uwagę na różne orientacje opozycji antykomunistycznej u nas, wskazując choćby Młodą Polskę, liberatów, Ruch Konstytucji 3 Maja, włączył protestujące społeczeństwo, uwzględnił postawę Kościoła. To jest ciekawy wątek, będzie się na pewno do niego wracać.

Mieszkańcy Pomorza mieli przede wszystkim za sobą doświadczenia i pamięć Grudnia '70. To wtedy domagano się np. po raz pierwszy wolnych związków zawodowych.

Socjologowie rozważają, czy w latach 70. społeczeństwo było rozbite. Nie, ono nie było takie. Istniały nieformalne, bardzo rozwinięte kontakty w środowiskach robotniczych, w miejscu pracy i w domach, czemu sprzyjały ich skupiska w osiedlach. To ułatwiało zadzierzgnięcie więzi, stanowiło zaczyn świadomości rewolucyjnej.

Nie byłoby „Solidarności”, gdyby była próżnia społeczna. Robotnicy, co potwierdza dokumentacja strajków, to główni aktorzy tamtych czasów.

Wśród nich byli Kaszubi.

– Według badań socjologicznych, jakie przeprowadziłem pod koniec lat 70., Kaszubi stanowili jedną trzecią załóg stoczniowych. Wartości, które decydują o etosie pomorskim – rodzina, dyscyplina, solidarność, wierność katolicyzmowi – wystąpiły w etosie strajkujących stocz-

Solidarność 1980-2000

niowców. Kiedy się mówi o fenomenie „Solidarności”, mówi się o symbolach, tak ważnych dla społeczności kaszubskiej.

Opracował Pan pamiętniki robotników z Sierpnia '80. Czy wie Pan, jak potoczyły się później losy tych ludzi, co dzieje się z nimi dzisiaj?

– Najpierw przypomnę, że właśnie na łamach „Pomeranii” Edmund Szczesiak kilkakrotnie w latach 80. informował o tych pamiętnikach, chociaż książka, ukończona jesienią 1981 roku, wstrzymana została przez cenzurę. Ostatecznie mogła ukazać się dopiero w 1991 roku. Zauważyłem, że część robotników, 15–20 proc. z badanej grupy, bardzo inteligentnie uplasowała się na rynku, są przedsiębiorcami konkurencyjnymi wobec postnomenklatury i ludzi interesu z innych środowisk.

Inna sprawa, że byli to robotnicy, którzy przeszli szczególną drogę. Konspiracja zmusiła ich do przejawiania inicjatywy, bardzo wiele nauczyła, nie tylko, jak prowadzić walkę, ale i dała im przygotowanie na czas transformacji.

Sporo jednak robotników za bardzo idealistycznie patrzyło na rzeczywistość, a nawet nie umiało znaleźć się w nowych warunkach, nie przebiło się, zmarnowało, bo nie stworzono im warunków obywatelskich. Było też tak, iż przerost pry-

waty nad dobrem ogólnym u ludzi sprawujących władzę spowodował, że część robotników (nie tylko zresztą ich), i to bardzo rozsądnych, sama zrezygnowała z działalności publicznej.

Robotnicy nie są też klasą jednolitą. Wielu z nich od początku wydarzeń sierpniowych stało obok, podobnie jak spora część inteligencji. Ta bierna masa daje znać o sobie teraz. To jest szeroka klientela OPZZ i formacji postkomunistycznych.

Chyba nie chce Pan powiedzieć, że poza przedsiębiorcami są tylko bierni zwolennicy OPZZ, bo to krzywdziłoby całe rzesze ludzi zawiedzionych, nigdy zaangażowanych, jeśli nie czynnie, to sercem po stronie „Solidarności” pełnych nadziei, dziś żyjących bardzo biednie.

– Niestety, zawsze społeczeństwo płaci pewną cenę w okresie transformacji. Uderza to w jego podstawy materialne, dotyczy to zwłaszcza ludzi starszych, nie są oni bowiem w stanie przestawić się na nowe reguły gry. Bywa, że te reguły są trudno czytelne również dla socjologa. Każdy z liczących się naukowców, wypowiadających się na temat rozwoju społeczeństwa demokratycznego, mówi coś innego. [...]

Jak Pan powiedział wcześniej, odzruca Pan krytykę „Solidarności” po 1989 r.

– Niestuszenie krytykuje się ją za pewne błędy w rządzeniu. Trzeba pamiętać, że po 1989 roku „Solidarność” stanowiła parasol ochronny dla władz państwowych. Od samego więc początku przejęła odpowiedzialność za państwo, utrzymywała i zademonstrowała ją poprzez reformy i starania o wejście do struktur



SYGMA/FREE

europejskich. Zachowuje ciągłość pryncypiów. Często krytykowana jest za brak jedności, ale obawiam się, że myśli się tu o takiej, jaka obowiązywała w PRL. Nie chodzi przecież o jedność mechaniczną czy pozorną.

Brak jedności, coraz to nowe rozłamy osłabiły jednak „Solidarność”.

– Jednym z błędów „Solidarności” jest to, że nie potrafiła zatrzymać przy sobie inteligencji.

Solidarność społeczną, tak jak zapisał Polaków, zniszczył stan wojenny.

– Tak. Stan wojenny przyniósł ogromne szkody, złamał wolę społeczeństwa do dokonania przemian, uderzył w infrastrukturę, przetrzącił kręgosłup społeczny. Ale przede wszystkim spowodował 10-letnie opóźnienie, które tragicznie zaważyło na losach Polski. Te 10 lat byłoby cenne dla uporządkowania spraw we własnym domu, przed przyspieszeniem transformacyjnym na Zachodzie na początku lat 90., bo przecież tam czas cywilizacyjny nie stał w miejscu. Musimy sprostać teraz dwóm wyzwaniom: ufać swoim sprawom, po tak strasznym okresie próby ubezwłasnowolnienia społeczeństwa po 13 grudnia 1981 roku i musimy doszłusować do zmian europejskich.

Przyda nam się jeszcze etos „Solidarności”?

– Etos „Solidarności” polegał na wspólnotcie, a społeczeństwo kapitalistyczne rządzi się innymi prawami. Ważą w nim partykularne interesy, na etapie transformacji bezwzględna walka. Skrajny liberalizm lansuje orientację skrajnie indywidualistyczną, uważając, że nie można jej pogodzić z orientacją wspólnotową. Nie zgadzam się z tym. Można, bo czym innym jest wspólnotowość, a czym innym kolektywizm. Dzisiejsi uczeni stale do tego wracają, np. amerykański filozof, ekonomista i politolog Francis Fukuyama mówi, że nie ma demokracji bez podstaw wspólnotowych w postaci sąsiedztwa, rodziny itp. Amerykanin prof. Benjamin Barber na Światowym Forum Demokracji w Warszawie stwierdził, że społeczeństwo obywatelskie powinno rozwijać się w skali ponadnarodowej.

Wierzę, że wzrost gospodarczy będzie u nas postępował, a sukcesy ogólne z czasem przełożą się na pomyślność każdego z nas. Mnie martwi coś innego, poza powolnym kształtowaniem się klasy średniej. Martwi mnie wzrost przestępczości, recydywa terroryzmu, deformacje w prawodawstwie, fetyszizacja praw człowieka, tj. nadmierna tolerancja wobec przestępczości, stawianie po stronie przestępcy, nie ofiary. Przestępczość



20. rocznicy wydarzeń sierpniowych poświęcono na Wybrzeżu (i nie tylko) wiele publikacji prasowych. Z satysfakcją informujemy, iż członek kolegium redakcyjnego *Gazety AMG*, prof. Marek Latoszek, kierownik Zakładu Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej AM w Gdańsku, wypowiedział się na ten temat na łamach *Dziennika Bałtyckiego, Rejsów* (25.08.2000) i *Pomeranii* (7/8 2000 – obszernie fragmenty zamieszczamy obok).

Profesor jest autorem 130 publikacji naukowych, m.in. prac „Pomorze. Zagadnienia etniczno-regionalne”; redaktorem i współautorem monografii socjologicznej „Kaszubi” i pracy „Sierpień '80 we wspomnieniach”, która otrzymała krajową nagrodę Polskiego Towarzystwa Socjologicznego.

zorganizowana nie podlega regułom państwa kapitalistycznego, czyli regułom ryzyka. A jeśli tak jest, to źle się dzieje z kapitalizmem. System ten sam odchodzi od swoich reguł.

Zwróciłem uwagę na stwierdzenie astrofizyka prof. Romany Radkiewicz: najbardziej postępowym człowiekiem XX wieku jest papież Jan Paweł II. Powiedzenie jest celne, chodzi tu bowiem o wartości, w dobie, kiedy podkreśla się czynnik technologiczny, kiedy panuje dyktat supermarketu. Papież widzi dalej i widzi lepiej. Postrzega naszą cywilizację nie jako opartą na dzikiej konkurencji, lecz na miłości, na współpracy. Jeśli miłość jest trudna do zrealizowania, niechże więc przyswieca nam jako idea. To on daje nam nadzieję, ludzie muszą mieć nadzieję, bo inaczej stają się ubezwłasnowolnionymi śrubkami, którymi rządzą anonimowe reguły rynku, polityki, mediów, a cała wolność człowieka ogranicza się do sfery osobistej.

Dziękuję za rozmowę.

fragmenty z *Pomeranii* 2000 nr 7/8

Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej IMS
AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

MAREK LATOSZEK

ZACHOWANIA I POSTAWY WOBEĆ PRZEMIAN OCHRONY ZDROWIA

Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia
/ Marek Latoszek. – Gdańsk: Wydaw. AMG, 2000. – 128 s.

Zachowania i postawy wobec przemian ochrony zdrowia

Pierwsza w Polsce publikacja dotycząca odbioru społecznego przemian w ochronie zdrowia w okresie transformacji.

Badania oparte na opiniach zawartych w ankietach wypełnionych przez 502 osoby z różnych środowisk (różny status materialny i wykształcenie) - sfinansowane przez KBN i Urząd Marszałkowski w Gdańsku. W badaniach wystąpiła nadreprezentacja osób z wykształceniem wyższym (więcej odesłanych ankiet).

Europa zachodnia przemiany w opiece zdrowotnej rozpoczęła w latach 70. i dalsze fazy tzw. permanentnej transformacji trwają do dziś (Anglia, Niemcy).

Nowe reguły okresu transformacji w Polsce zawierają dwie normy: zakwestionowanie zasady państwa opiekuńczego oraz konieczność akceptacji wzrostu aspiracji zdrowotnych społeczeństwa.

Z badań CBOS-u z 1995 r. wynikało, że niemal 4/5 badanych odnosi się krytycznie do systemu ochrony zdrowia, a blisko połowa domaga się zasadniczych zmian. Obecne badania wykazały, że nastąpiło rozstanie z mitem egalitarności usług medycznych-główną zasadą socjalizmu.

Okazało się, że tolerancja wobec takich placówek jak przychodnie rejonowe, pogotowie, szpital jest znaczna mimo różnych braków w realizowanych przez nie zadań (większość ocen dobra i dostateczna).

Zapytano respondentów, co sądzą o dyskusjach w mediach o różnych projektach organizacji ochrony zdrowia. Większość (62%) nie interesowała się dyskusją oraz projektami ubezpieczeniowymi.

Samocena stanu zdrowia gdańszczan w aspekcie psychologicznym i biologicznym

Polecamy Czytelnikom

wzrasta wyraźnie w zależności od wykształcenia. Pozytywna ocena stanu zdrowia występowała najczęściej u osób o przeciętnym statusie materialnym.

W porównaniu z populacją ogólnokrajową stan zdrowia populacji gdańskiej w samocie przedstawia się korzystniej.

Większość spośród ankietowanych wyraziła zgodę na ponoszenie opłat za leki. Sprzeciw budzi ciągle wzrost kosztów leków oraz propozycje ulg. Do grupy zasługującej na niższych w opłatach za leki uznano pracowników ochrony zdrowia ze względu na niskie zarobki.

Gotowość do udziału w kosztach leczenia ujawnia niezbyt wysokie aspiracje zdrowotne w zakresie warunków leczenia. Czekanie na operację jest wciąż uważane za „rzecz normalną”, a spartańskie warunki w szpitalach akceptowane.

Zapytano o opinie na temat wprowadzania różnego rodzaju towarzystw ubezpieczeniowych na wzór krajów Europy zachodniej.

Okazało się, że 45% respondentów akceptuje częściowo bądź całkowicie powstanie takich towarzystw. Pozostali bądź nie akceptują, bądź nie mają poglądu. Oznacza to, że rola agencji ubezpieczeniowych dla wielu osób jest niejasna.

Uwzględnienie zjawiska, że reforma ochrony zdrowia w krajach zachodnich jest permanentna należy założyć, że podobnie i w Polsce nie jest to akt jednorazowy i będzie podlegać dalszym zmianom. Nacisk na zwiększanie kosztów ponoszonych przez użytkowników usług medycznych będzie narastał, a z drugiej strony powstanie sprzeciw wywołany przez niedostatek materialny biedniejszych grup społeczeństwa oraz pozostałości roszczeniowe pozostałych.

Publikację wzbogaca wiele tabel ilustrujących ten pionierski w opracowaniu temat.

opracowała dr Emilia Mierzejewska

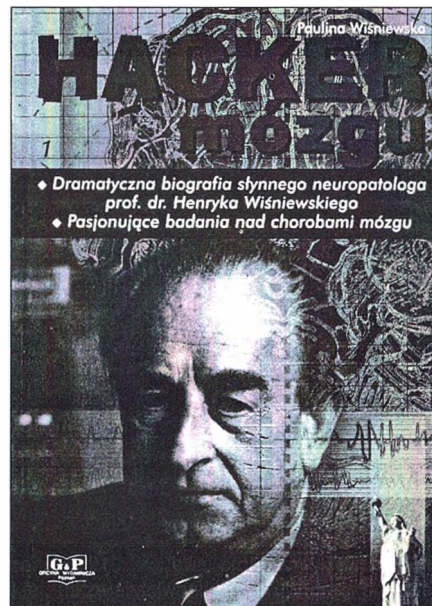
Hacker mózgu

Książka „Hacker mózgu”, wydana przez poznańską Oficynę Wydawniczą G&P, poświęcona jest wybitnemu absolwentowi i doktorowi *honoris causa* naszej Uczelni, profesorowi Henrykowi Wiśniewskiemu. Autorka, Paulina Wiśniewska, przedstawia fakty z zaiste filmowego życiorysu bohatera, Jego barwne wspomnienia oraz głębokie i oryginalne przemyślenia.

Książka zainteresuje z pewnością liczne grono uczniów, współpracowników i innych osób z naszej *Alma Mater* korzystających z gościnności Profesora w Institute for Basic Research in Developmental Disabilities i w pięknej posiadłości na Staten Island. Chciałbym jednak gorąco polecić tę naprawdę ciekawą opowieść szerszemu gronu czytelników z AMG, i nie tylko. Po pierwsze, ze względu na liczne odniesienia do naszej Uczelni i osób z nią związanych. Po drugie, i najważniejsze, ze względu na walory czytelnicze 150-stronicowego opracowania (plus 49 barwnych fotografii).

Książka jest skonstruowana w sposób zapewniający nie męczącą lekturę i stałe podtrzymywanie ciekawości czytelnika. Zwłaszcza czytelnika pochodzącego ze środowiska akademickiego.

Problematyka badawcza Profesora przedstawiona jest w sposób fascynujący i zrozumiały nawet dla laika. Przygody i doświadczenia życiowe opowiedziane są szczerze i naturalnie. Są one liczne i niezwykle, ale przekonująco realne. Przemyślenia Profesora, dotyczące podstawowych problemów egzystencjalnych są niezwykle wnikliwe i skłaniają do głębokiej refleksji, a równocześnie pociągają oryginalnością i klarownością. Ciekawe są opinie o profesorze Wiśniewskim osób bezpośrednio z Nim kontaktujących się. Wcale nie są to opinie ociekające lukrem, ale jednoznacznie uznające siłę osobowości i realności osiągnięć Uczzonego.



Hacker mózgu / Paulina Wiśniewska. – Poznań: Oficyna Wydawn. G&P, 2000. – 150 s.

Profesor Henryk Wiśniewski należy do nielicznego, niestety, grona Polaków, którzy wybili się w skali amerykańskiej, a więc światowej. Możliwe to było dzięki wybitnym zdolnościom, potężnej odporności na wyjątkową stresorodność środowiska, w którym przyszło Mu działać i niezwyklej pracowitości. Sukces życiowy kosztował jednak wiele trudnych przeżyć i wyrzeczeń. Wszystko to szczerze i przekonująco przedstawiła Paulina Wiśniewska (prywatnie bratanica Profesora) w oparciu o rozmowy i materiały przygotowywane przez bohatera książki niemal do śmierci w 1999 r.

Po lekturze książki „Hacker mózgu” ci czytelnicy, którzy stawiali osobiście przed trudną alternatywą „zostać czy wracać” jeszcze raz z pewnością rozważać będą słuszność podjętej ostatecznie decyzji. I w dalszym ciągu nie będą wiedzieć, czy wybrali najlepsze rozwiązanie.

prof. Roman Kaliszan



W słynnej piwniczce w domu na Staten Island w sierpniu 1991 r. Po lewej prof. Henryk Wiśniewski naprzeciwko żony, prof. dr med. Krystyny Wiśniewskiej, także absolwentki AMG. W głębi od lewej Roma, synowa Profesorostwa Wiśniewskich, absolwentka gdańskiej farmacji, prof. Roman Kaliszan i mgr farm. Teresa Frąckowiak z Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki

NAJLEPSZA PIEŁĘGNIARKA ROKU 2000

W dniu 12 czerwca 2000 roku odbyło się uroczyste zakończenie II edycji konkursu o tytuł „Najlepszej Pielęgniarki Roku 2000” Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 AM w Gdańsku. Pomysłodawcą konkursu jest dyrektor ds. leczenia dr Piotr Świca. Stronę organizacyjną przedsięwzięcia realizował Zespół ds. Jakości Usług Pielęgniarskich.

Konkurs przebiegał dwuetapowo. Etap I trwał od 1 września 1999 roku do 30 kwietnia br. i polegał na anonimowym wyborze najlepszej pielęgniarki przez pacjentów, w jednostkach „łóżkowych” szpitala, natomiast w pozostałych komórkach organizacyjnych szpitala zatrudniających pielęgniarki, wyboru dokonano na podstawie „Arkusza oceny”. Do II etapu zakwalifikowały się 79 pielęgniarki. W dniu 6 czerwca 2000 roku odbył się II etap konkursu, będący testem wiedzy zawodowej; zawierał 50 pytań zamkniętych w 3 wersjach.

W wyniku postępowania konkursowego wyłoniono 10 laureatów:

- I Andżelina Dubiela-Dąbrowska – Kl. Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii
- II Joanna Kamińska – I Kl. Chorób Serca
- II Małgorzata Darwina – I Kl. Chorób Wewnętrznych i Ostrej Zatrucia
- III Bożenna Świderek – Kl. Chirurgii Urazowej



- III Anna Stankiewicz – Kl. Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii
- IV Anna Wonaszek – Kl. Chirurgii Klatki Piersiowej
- IV Piotr Holajn – Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- V Agnieszka Janecka – Kl. Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- VI Wioletta Jurkiewicz – Kl. Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii
- VI Alicja Jeżewska – Kl. Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii.

W uroczystości poza laureatami uczestniczyli: zastępca dyrektora ds. leczenia, kierownicy, pielęgniarki przełożone i oddziałowe jednostek, z których wywodzą się laureaci oraz członkinie Zespołu ds. Jakości Usług Pielęgniarskich.

Pierwsze miejsca zostały uhonorowane nagrodami pieniężnymi, ufundowanymi

przez dyrektora ds. leczenia, w wysokości: I miejsce – 3.000 zł, dwa II miejsca po 1.500 zł każde. Nagrody rzeczowe dla pielęgniarek, które zajęły miejsca od IV do X sponsorowały firmy: HIGIENA, BECTON DICKINSON, BRAUN, MEDILAB. Wszystkie laureatki otrzymały pamiątkowe dyplomy.

Tegorocznym laureatkom składamy serdeczne gratulacje, wszystkim zaś pielęgniarkom zatrudnionym w SPSK nr 1 AM w Gdańsku życzymy sukcesów w dalszej rywalizacji.

Tradycyjnie jesienią tego roku planowana jest III edycja konkursu.

mgr Beata Kentzer
przewodnicząca

Zespołu ds. Jakości Usług Pielęgniarskich
przy SPSK nr 1 AM w Gdańsku



Pokonkursowe refleksje laureatki

Sam fakt, iż zostałam wybrana przez pacjentki oddziału „D” Kliniki Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, był dla mnie wyróżnieniem. Zostałam wyróżniona moja praca przy chorym człowieku. Pierwszy etap konkursu miałam za sobą, a test wiedzy zawodowej przyniósł olbrzymi sukces. Zostałam „Najlepszą Pielęgniarką roku 2000”. Gratulacje koleżanek, wywiad dla TVG, kwiaty, uroczystość zakończenia konkursu, no i oczywiście nagroda. Jak ją wykorzystam – niech pozostanie tajemnicą. Atmosfera była bardzo miła. Laureaci konkursu, dyrekcja Szpitala, kierownicy Klinik, pielęgniarki przełożone i oddziałowe, zaproszeni goście, przedstawiciele firm medycznych – wszystko to uświetniło zakończenie konkursu.

Konkurs taki jak ten sprawia, że pielęgniarki czują się docenione przez pacjentów, na rzecz których wykonują swą pracę, a jednocześnie mogą zweryfikować posiadaną wiedzę zawodową. Zdaję sobie sprawę z tego, jak wielką odpowiedzialność nakłada na mnie tytuł „Najlepszej Pielęgniarki Roku”. Mam nadzieję, że koleżanki także będą dążyć do tego, by zostać „najlepszymi”, co przyczyni się do podniesienia rangi naszego pięknego zawodu oraz podniesienia poziomu opieki pielęgniarskiej w naszym Szpitalu.

Andżelina Dubiela-Dąbrowska
SPSK nr 1 AM w Gdańsku