



GAZETA
GDAŃSK

AMG

ISSN 1506-9745

Rok 10 nr 4 (112)

Kwiecień 2000

Cena 3 zł

ZOSTAŃ ŻAKIEM



Akademia Medyczna w Gdańsku kolejny już raz wzięła udział w cyklicznej imprezie, wpisanej w kalendarz wydarzeń środowiska akademickiego „Zostań Żakiem”.

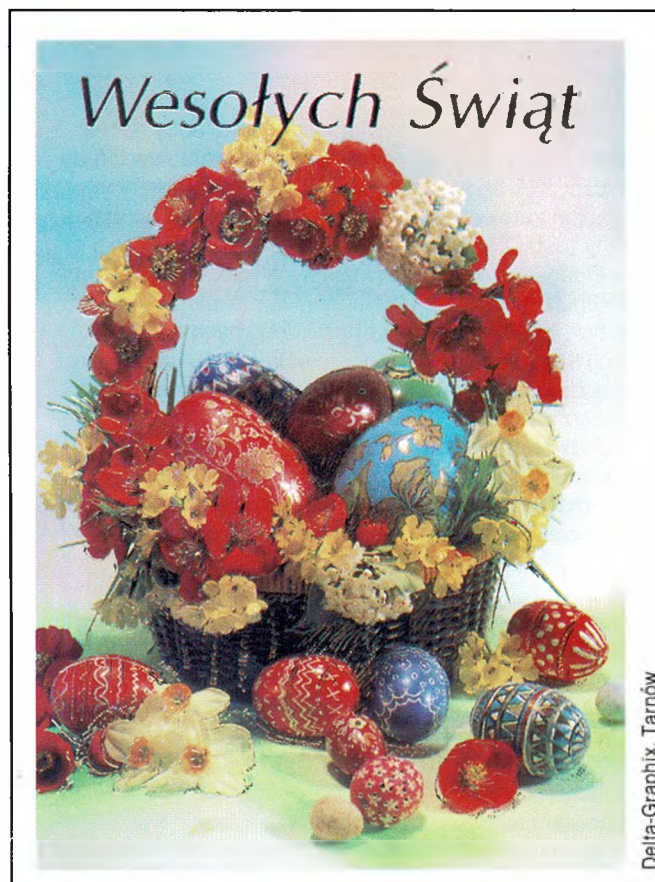
W dniach 20–22.03.2000 r. przedstawialiśmy swoją ofertę edukacyjną.

fot.
Dariusz Omernik

Młodzież miała możliwość uzyskania szczegółowych informacji o warunkach

rekrutacji i programach studiów na rok akademicki 2000/2001. Informacji udzielali nauczyciele akademicki Wydziału Lekarskiego, Wydziału Farmaceutycznego oraz studenci. W tym samym czasie członkowie Uczelnianego Samorządu zorganizowali „Drzwi otwarte Uczelni”, które cieszyły się bardzo dużym zainteresowaniem przyszłych studentów. Sądząc po ilości wydanych druków, stoisko nasze odwiedziło około dwóch tysięcy osób. Targom towarzyszyły spotkania kulturalno-rozrywkowe związane z 30-leciem istnienia Uniwersytetu Gdańskiego, głównego organizatora imprezy.

mgr Anna Natęcz
kierownik Działu Dydaktyki i Spraw
Studenckich



Delta-Graphix, Tarnów



Z ŻYCIA UCZELNI

NOWE FORMY WSPÓŁPRACY MIĘDZY UCZELNIĄ A SZPITALAMI KLINICZNYMI

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) o zakładach opieki zdrowotnej nałożyła obowiązek zawarcia pomiędzy uczelniami medycznymi a szpitalami klinicznymi umowy cywilnoprawnej o udostępnienie szpitala klinicznego na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W przygotowanie umów zaangażowany został liczny zespół, zarówno w Akademii Medycznej w Gdańsku, jak i w Samodzielnych Publicznych Szpitalach Klinicznych nr 1, 2 i 3. Negocjowanie, niekiedy bardzo „twarde”, treści umów, jak i poszczególnych załączników do nich trwało przeszło rok. Ostateczna treść umowy wraz z załącznikami została uzgodniona w końcu lutego br. Wydawać by się mogło, że to bardzo długo, lecz musimy pamiętać, że strony umowy znalazły się w nowej dla siebie sytuacji, reforma systemu ochrony zdrowia postawiła uczelnie medyczne i szpitale kliniczne w całkowicie odmiennej od dotychczasowej relacji (długi okres i doświadczenie tych negocjacji każe postawić pytanie czy właściwe). Konieczne było wypracowanie takich zapisów umowy, które satysfakcjonowałyby obie strony. Wysiłek zespołu przygotowującego umowy został ukoronowany 21 marca br., kiedy to rektor AMG prof. Wiesław Makarewicz i dyrektorzy SPSK nr 2 – mgr inż. Barbara Nikowska i SPSK nr 3 – dr Bogdan Kokot uroczyście podpisali umowy. Niestety, pomimo gotowości Uczelni, nie doszło do podpisania umowy z SPSK nr 1. Dyrektor tego Szpitala, lek. med. Marek Wyszczelski, oświadczył bowiem rektorowi, że Szpital przedstawi nowe, dodatkowe elementy kosztów, których do tej pory nie zgłaszał, a ich przygotowanie wymaga dalszego czasu. Rektor oczekuje ostatecznych propozycji do dnia 28 marca br.

prorektor ds. klinicznych
dr hab. Stanisław Mazurkiewicz, prof. nzw.



Od prawej: dyrektor SPSK nr 2 mgr inż. Barbara Nikowska, dyrektor administracyjny AMG dr Sławomir Bautembach, rektor prof. Wiesław Makarewicz (fot. Dariusz Omernik)



Od prawej: gł. księgowy SPSK nr 3 Andrzej Botkowski, dyrektor SPSK nr 3 dr med. Bogdan Kokot, dyrektor administracyjny AMG dr S. Bautembach, rektor prof. W. Makarewicz, gł. specjalista ds. klinicznych mgr Zofia Ogrodnik (fot. Dariusz Omernik)



MISTRZOSTWA POLSKI AKADEMII MEDYCZNYCH W PŁYWANIU

Klub Uczelniany AZS AMG wraz z członkami sekcji pływackiej zaprasza na XX Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych w Pływaniu organizowane w Gdańsku w dniach 14 i 15 kwietnia 2000 r. na pływalni AOS Politechniki Gdańskiej w Gdańsku-Wrzeszczu, al. Zwycięstwa 12:

14 kwietnia godz. 16.00

15 kwietnia godz. 10.00

Organizatorem Mistrzostw jest Akademia Medyczna w Gdańsku oraz Zarząd Główny AZS.

Z SENATU

27 marca br. odbyło się szóste w bieżącym roku akademickim posiedzenie Senatu; obradom przewodniczył rektor, prof. Wiesław Makarewicz.

Na wstępie obrad Senat pozytywnie zaopiniował wnioski:

- o utworzenie w SPSK nr 2 Samodzielnej Pracowni Radiologii Instytutu Radiologii;
- o powołanie dr. hab. Piotra Lassa na kierownika Zakładu Medycyny Nuklearnej Instytutu Radiologii;
- w sprawie mianowania dr. hab. Józefa Zienkiewicza na stanowisko profesora nadzwyczajnego AMG;
- o powołanie Samodzielnej Pracowni Farmacji Społecznej na Wydziale Farmaceutycznym AMG.

Senat negatywnie zaopiniował następujące wnioski:

- w sprawie wystąpienia Kliniki Gastroenterologii z Instytutu Chorób Wewnętrznych i przekształcenia jej w Katedrę i Klinikę;
- o przedłużenie zatrudnienia dr. hab. Wiesławy Stożkowskiej na stanowisku profesora nadzwyczajnego AMG;
- o nagrodę ministra zdrowia dla dr. hab. n. med. Józefa Zienkiewicza. Senat skierował ponownie wniosek do Uczelnianej Komisji Nagród celem jego rozpatrzenia jako kandydatury do nagrody rektora.

Następnie Senat:

- zapoznał się z projektem Regulaminu Uczelnianej Komisji Nagród na rok 2000. Jako nowy element regulaminu został wprowadzony system kwestionariuszy, wzorowany na kwestionariuszach KBN-u, oraz zasada poufności: nazwiska recenzentów będą znane tylko przewodniczącemu i wiceprzewodniczącemu komisji. Projekt Regulaminu zawiera również nowe kryteria zgłaszania wniosków o nagrodę ministra i nagrodę rektora.

– poparł wnioski o nagrodę indywidualną ministra zdrowia za osiągnięcia naukowe dla:

1. prof. Piotra Szefera z Katedry i Zakładu Chemii Analitycznej
2. prof. Bogdana Wyrzykowskiego z Katedry i Kliniki Nadciśnienia Tętniczego
3. dr. hab. n. med. Andrzeja Składanowskiego z Katedry i Zakładu Biochemii

– poparł wnioski o przyznanie nagród zespołowych ministra zdrowia za osiągnięcia naukowe dla zespołów:

1. prof. Roman Kaliszan, dr. hab. farm. Antoni Nasal, mgr Piotr Haber, mgr Michał Markuszewski
2. prof. Bolesław Rutkowski, dr. hab. med. Zbigniew Zdrojewski, dr. med. Monika Lichodziejewska-Niemierko, dr. med. Tomasz Liberek, dr. med. Alicja Dębska-Ślizień, dr. med. Marcin Renke
3. prof. Henryk Lamparczyk, dr. farm. Paweł K. Zarzycki, dr. farm. Joanna Nowakowska, mgr Aleksandra Chmielewska, mgr Maria Wierbowska

– podjął uchwałę o corocznym ogłaszaniu konkursów na nieobsadzone stanowiska kierownicze, jeżeli w danej jednostce nie ma samodzielnego pracownika naukowego lub perspektywa uzyskania habilitacji przekraczała 1 rok

– ratyfikował umowy o współpracy międzynarodowej:

- a) krajów nadbałtyckich podpisanej w Turku dnia 28.02.2000 r.
- b) dwustronnej umowy z uniwersyte-tem w Rouen.

W dalszej części obrad prorektor, prof. Andrzej Rynkiewicz, przedstawił propozycję podwyższenia opłat za wypisywanie przez dziekanat dyplomów.



W numerze...

Zostań Żakiem	1
Współpraca między Uczelnią a Szpitalami Klinicznymi	2
Mistrzostwa Polski Akademii Medycznych w Pływaniu	2
Z Senatu	3
AMG na medal(u)	4
Stowarzyszenie Absolwentów AMG	5
Warsztaty dydaktyczne „Od nauczania do uczenia się”	5
Prof. M. Grzybiak w Radzie Głównej Szkolnictwa Wyższego	5
Studium Medycyny Molekularnej	5
Działalność naukowa jednostek AMG w 1999 r.	6
Z ukosa	14
Kadry AMG i SPSK nr 1	15
Przedstawiciele studentów	15
Konferencje' 2000	16
Ortotanazja i dystanazja	18
O nowych metodach leczenia protetycznego	19
Pamięci Doc. Tadeusza S. Dyka	20
Towarzystwa	22
Przeczytane	23
Lekarski <i>pitaval</i>	24
Co w prasie piszczy	25
Polecamy czytelnikom	28
Kanada sokiem klonowym pachnąca ..	29
Spacerkiem po aptekach japońskich ..	30
Farmaceuci w rejsie dookoła świata ...	32
Otrzęsiny	32

GAZETA AMG

Redaguje zespół:

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

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

W dniu 12 marca 2000 roku zmarł

doc. dr med. Tadeusz DYK

docent w III Klinice Chorób Wewnętrznych AMG, zasłużony, długoletni nauczyciel akademicki Akademii Medycznej w Gdańsku w latach 1945–1968, który swoją wszechstronną wiedzę medyczną i humanistyczną nieustraszenie przekazywał wielu pokoleniom lekarzy.

Z SENATU

Senat podjął w tej sprawie następującą uchwałę:

Uchwała nr 2/2000 w sprawie zmiany opłat za wypisywanie dyplomów

W związku z nowym sposobem opodatkowania umów o dzieło ustala się od dnia 01.04.2000 r. następujące opłaty za wypisywanie dyplomów:

- Doktora i doktora habilitowanego – 18 zł.
- Lekarza i farmaceuty – 12 zł.

Opłaty za wypisywanie dyplomów wnoszą doktoranci i absolwenci.

Następnie, na wniosek rektora, Senat przyjął uchwałę w sprawie zmiany nazwy Oddziału Pielęgniarskiego na „Oddział Pielęgniarstwa”:

Uchwała nr 3/2000 w sprawie zmiany nazwy Oddziału Pielęgniarskiego na Wydziale Lekarskim

W związku z funkcjonowaniem w Akademii Medycznej w Gdańsku dwóch nazw dla nowo powstałego kierunku:

„Oddział Pielęgniarski” – Uchwała Senatu z dnia 29.06.1998 r.

i „Oddział Pielęgniarstwa” – Regulamin Studiów Uchwała Senatu z dnia 31.05.1999 r.

(we wszystkich dokumentach i nazwach Oddziału obecnie stosuje się nazwę „Oddział Pielęgniarstwa”), w celu ujednolicenia nazewnictwa wprowadza się, jako obowiązującą, nazwę dla tego kierunku „Oddział Pielęgniarstwa”.

Następnie Senat zapoznał się z informacjami:

- o aktualnej sytuacji w szpitalach klinicznych. Proroktor, prof. Stanisław Mazurkiewicz zaapelował o podjęcie szybkiej decyzji odnośnie lokalizacji Oddziału Medycyny Ratunkowej;
- o umowach ze szpitalami klinicznymi (z SPSK nr 2 i z SPSK nr 3), które zostały podpisane 21 marca br.;
- o kosztach dydaktyki za rok 1999, które należy uwzględnić w projekcie budżetu na rok 2000, o przyznaniu i wielkości budżetu dla AMG na rok 2000. Dyrektor administracyjny, dr Sławomir Bautembach poinformował zebranych, że przyznany budżet jest niepełny, ponieważ nie zostały w nim uwzględnione środki inwestycyjne i

środki na kliniczną działalność dydaktyczną (stomatologia, umowy ze szpitalami klinicznymi). Przyznana Uczelni dotacja na tzw. działalność bieżącą jest wyższa o 3,55% w porównaniu z rokiem ubiegłym. Z kolei fundusz pomocy materialnej dla studentów jest wyższy o 3,59% w odniesieniu do kwoty ubiegłorocznej;

- o prezentacji naszej Uczelni na targach edukacyjnych Akademia 2000. Przedstawiciel Samorządu Studentów Łukasz Balwicki przekazał krytyczne uwagi dotyczące prezentacji naszej Uczelni i zadeklarował udział Samorządu Studentów w organizacji ekspozycji w latach następnych;
- o wyniku oceny działalności naukowej jednostek w roku 1999 i przygotowywanym rankingu ich działalności (patrz artykuł str. 6). Ranking zostanie przedstawiony w następnym wydaniu *Gazety AMG*. W rankingu nie zostanie uwzględniony podział na jednostki kliniczne, niekliniczne i farmaceutyczne.

Następnie rektor, prof. W. Makarewicz przekazał informację o wplynięciu wniosku o nadanie godności doktora *honoris causa* naszej Uczelni profesorowi Stefanowi Raszei, wybitnemu specjalście w dziedzinie medycyny sądowej. Dorobek naukowy prof. S. Raszei obejmuje ponad 220 publikacji, w tym ponad 70 ogłoszonych w renomowanych czasopiśmie zagranicznych. Przez 30 lat był redaktorem naczelnym roczników *Annales Academiae Medicae Gedanensis* – wydawnictwa na bardzo wysokim poziomie, które z powodzeniem może konkurować z innymi wydawnictwami medycznymi. Jest autorem 2 podręczników z medycyny sądowej dla studentów. Będąc już na

emeryturze prowadzi wykłady z zakresu etyki lekarskiej, zarówno w Uczelni, jak i poza nią.

Na zakończenie obrad Senat zapoznał się z informacjami:

- o wyroku NSA w sprawie uchylenia przez ministra edukacji narodowej zarządzenia rektora Uniwersytetu Warszawskiego w sprawie trybu postępowania w przypadku stwierdzenia uzyskania tytułu zawodowego magistra w wyniku przedstawienia pracy magisterskiej stanowiącej plagiat. Informację przekazał rektor, prof. Wiesław Makarewicz na wniosek ministra edukacji narodowej prof. Mirosława Handke. Rozstrzygnięcie stwierdzające złożenie egzaminu magisterskiego i postanawiające o nadaniu tytułu magistra jest decyzją administracyjną, tak więc postępowanie regulujące wydawanie tych decyzji, jak i tryb ich weryfikacji w drodze nadzoru, jest regulowany przepisami kodeksu administracyjnego;
- o nowych zasadach naliczania należności dla ZUS przy zawieraniu umowy-zlecenia i umowy o dzieło. 14 stycznia br. weszły w życie nowe zasady naliczania składek na ubezpieczenie zdrowotne i ZUS. Składkami ZUS zostały objęte wszystkie umowy, w tym również umowy-zlecenia i umowy o dzieło. Nowe regulacje zawarte zostały w piśmie wewnętrznym nr 1/2000 dyrektora administracyjnego w sprawie zasad dotyczących zawierania umów zlecenia i umów o dzieło oraz zawieranych poza stosunkiem pracy umów o przeniesienie autorskich praw majątkowych w Akademii Medycznej w Gdańsku. Pismo to zostanie przekazane w najbliższym czasie do wszystkich kierowników jednostek AMG.

Na podstawie protokołu opracowała
mgr Grażyna Sadowska

AMG NA MEDAL(U)

4 kwietnia 2000 r. o godz. 17.00 w Muzeum Archeologicznym w Gdańsku (ul. Mariacka 25/26) otwarto wystawę medycznych medali okolicznościowych, pochodzących z bogatego zbioru dr. Bogumiła Filipka, absolwenta naszej Uczelni, który w tym samym dniu o godz. 17.00 wygłosił odczyt pt.: „Akademia Medyczna w Gdańsku w medalierstwie”.

Odczyt i towarzysząca wystawa jest ukłonem Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Numizmatycznego wobec Akademii Medycznej w Gdańsku w 55 rocznicę jej powstania.



Stowarzyszenie Absolwentów AMG

informuje, że uzyskało siedzibę sekretariatu w pawilonie nr 1 przy ul. Curie-Skłodowskiej (dawne Studium Wojskowe).

W pokoju nr 18 sprawy Stowarzyszenia prowadzi pani Grażyna Zedler (tel. 12-12). Prezes Stowarzyszenia jest osiągalny pod nr. 23-29.

Członkowie Zarządu pełnią dyżury w pawilonie nr 4, w siedzibie Klubu Seniora, w poniedziałki od godz. 12.30 do 13.30.

Prof. Marek Grzybiak w Radzie Głównej Szkolnictwa Wyższego

Prof. M. Grzybiak, kierownik Zakładu Anatomii Klinicznej Akademii Medycznej w Gdańsku został wybrany na członka Sekcji Uczelni Medycznych Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego.

Studium Medycyny Molekularnej

Studium Medycyny Molekularnej ogłasza nabór słuchaczy na III czteroletni kurs doktorski. Termin składania dokumentów upływa 15 maja 2000 r. Szczegóły rekrutacji, w tym regulamin rekrutacji, regulamin kursów doktorskich, regulamin przyznawania stypendiów naukowych oraz inne informacje o SMM można znaleźć na stronach internetowych <http://www.smm.edu.pl>.

dr hab. Jacek Malejczyk
dyrektor SMM

WARSZTATY DYDAKTYCZNE „OD NAUCZANIA DO UCZENIA SIĘ”

Zgodnie ze wstępną zapowiedzią, opublikowaną w marcowym wydaniu *Gazety AMG*, przedstawiam aktualny program warsztatów dydaktycznych pt. „Od nauczania do uczenia się”, poświęconych metodom i programom nauczania medycyny.

Warsztaty odbędą się w dniach 14 i 15 kwietnia 2000 r. Sesje będą odbywać się w sali wykładowej im. Prof. Bincera w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Zakaźnych przy ul. Smoluchowskiego 18 w Gdańsku.

Swoimi doświadczeniami w modernizacji sposobu i programu kształcenia przeddyplomowego podzielę się z nami goście z zagranicy:

- **Prof. Leo Bossaert** – University of Antwerp, Belgia
- **Prof. Marek Dominiczak** – University of Glasgow, Szkocja
- **Dr Kaija Hartiala** – University of Turku, Finlandia
- **Prof. Iain W. Percy-Robb** – University of Glasgow, Szkocja

Aspekty metodyczno-psychologiczne nauczania i uczenia się przedstawi **mgr Hanna Kryszewska** z British Council Studium Uniwersytetu Gdańskiego.

Językiem roboczym podczas sesji będzie język angielski.

W imieniu JM Rektora AMG i swoim własnym serdecznie zapraszam nauczycieli akademickich naszej Uczelni do wzięcia udziału w warsztatach i dyskusji na temat edukacji medycznej.

dr Jacek Kaczmarek
Koordynator Uczelniany
Programu SOCRATES/ERASMUS
i Współpracy Zagranicznej AMG

Program warsztatów:

Piątek, 14 kwietnia 2000 – sesja A

09:00 – 09:15 Introduction – Rector Medical University of Gdańsk, Prof. Wiesław MAKAREWICZ

09:15 – 10:15 „*Concept, process and pitfalls in implementing a new medical curriculum*” – Prof. Leo BOSSAERT, University of Antwerp

10:15 – 10:45 Coffee break

10:45 – 11:50 „*Curricular Development, Problem-Based or Integrated Learning and Organisational Aspects of Curricular Transition*” – Prof. Iain W. PERCY-ROBB, University of Glasgow

12:00 – 12:30 „*The partner's view – Student voice on medical education*” – delegation of students, Medical University of Gdańsk

Piątek, 14 kwietnia 2000 – sesja B

13:30 – 14:30 „*Transition between departmental Teaching and Integrated Learning – inserting and integrating the content from different specialist disciplines into the new PBL curriculum*” – Dr Marek H. DOMINICZAK, University of Glasgow

14:30 – 15:15 „*The process of learning – psychological and methodological approach*” – Ms. Hanna KRYSZEWSKA, M.A.

15:15 – 15:45 Coffee break

15:45 – 16:45 „*Planning and execution of the Special Study Module within the new Glasgow curriculum. Logistics of organisation of the SSM on „Introduction to Clinical Laboratories*” – Dr Marek H. DOMINICZAK, University of Glasgow

16:45 – 17:30 „*Arterial Hypertension – project of a Special Study Module from Medical University of Gdańsk*” – Dr Krzysztof NARKIEWICZ, MUG

Sobota, 15 kwietnia 2000 – sesja C

9:00 – 10:15 „*PBL at work – experience from the University of Turku*” – Dr Kaija HARTIALA, University of Turku

10:15 – 10:45 Coffee break

10:45 – 12:00 „*International perspective of curricular changes in particular universities. Example of changes in teaching laboratory medicine*” – Dr Marek H. DOMINICZAK, University of Glasgow

12:00 – 13:00 Closing discussion and conclusions

WYNIKI WSTĘPNEJ ANALIZY SPRAWOZDAŃ JEDNOSTEK AMG Z DZIAŁALNOŚCI NAUKOWEJ W 1999 R.

Dzięki olbrzymiemu nakładowi pracy zespołu Działu Nauki pod kierunkiem mgr Beaty Pazio, szczególnie wydatnie wspomaganego przez prof. Janusza Morysia, dysponujemy wstępnymi wynikami analizy osiągnięć naukowych jednostek Uczelni w 1999 r.

Ocena została wykonana w kategoriach parametrycznych, wymaganych

przez Komitet Badań Naukowych (KBN).

Przypominam uprzejmie, że nasze ministerstwo nauki ocenia, finansuje i rozlicza jedynie ściśle przez KBN zdefiniowane naukowe aspekty działalności szkół wyższych oraz innych instytucji prowadzących badania naukowe. Dlatego niniejsza ocena nie może

uwzględniać choćby najcenniejszych elementów działalności dydaktycznej, określającej oblicze szkoły wyższej, ani działalności kliniczno-leczniczej, stanowiącej o istocie uczelni medycznej.

Parametryzacja została przeprowadzona według wytycznych KBN (Tabela 1). W wyniku starannych obliczeń uzyskano liczbę punktów za poszczególne kategorie osiągnięć naukowych (R), liczbę przeliczeniową osób zatrudnionych z zadaniem prowadzenia badań naukowych (N) oraz współczynnik efektywności naukowej ($E = R/N$).

Odpowiednie dane dla poszczególnych rodzajów jednostek AMG przedstawione są w Tabelach 2-5.

Tabela 1. Parametryzacja wg KBN osiągnięć jednostek w 1999 roku

Punktacja (liczba R) czasopism z listy filadelfijskiej	
IF	Punkty KBN
0,000 – 0,500	8
0,501 – 1,000	16
1,001 – 2,000	24
2,001 – 5,000	32
powyżej 5,000	40

czasopisma polskie – zgodnie z listą KBN	(0,5 – 7)
czasopisma zagraniczne nie posiadające IF ale umieszczone w <i>Current Contents</i>	7
czasopisma zagraniczne – pozostałe	4
czasopisma polskie poza listą KBN	0,5

monografie, podręczniki – zasięg międzynarodowy:

• autorstwo	24
• redakcja naczelną opracowania	10
• autorstwo rozdziału: do 10 stron	5
powyżej 10 stron	10

monografie, podręczniki – zasięg krajowy:

autorstwo	16
• redakcja naczelną opracowania	5
• autorstwo rozdziału: do 10 stron	2
11 – 20 stron	4
powyżej 20 stron	6

kongresy i zjazdy międzynarodowe:

• pełna praca (referat) – w czasopiśmie punktowanym – punkty tak, jak za czasopismo	
• pełna praca (referat) – w wydawnictwie zjazdowym	5
• streszczenia zjazdowe (w czasopiśmie-suplemencie i w materiałach zjazdowych)	0,25

kongresy i zjazdy krajowe:

• pełna praca (referat) – w czasopiśmie punktowanym – punkty tak jak za czasopismo	
--	--

- pełna praca (referat) – w wydawnictwie zjazdowym 0,5
- streszczenia zjazdowe (w czasopiśmie-suplemencie i w materiałach zjazdowych) 0,1

wydawnictwa lokalne – redakcja, autorstwo podręcznika lub rozdziału 0,5

skrypty bez punktów

Publikacje poglądowe, popularno-naukowe itp.: 0,1 – 0,5

Uzyskane stopnie i tytuły naukowe:

Doktorat: osoba pracująca w AMG	8
osoba spoza AMG	4
Habilitacja: osoba pracująca w AMG	12
osoba spoza AMG	6
Tytuł profesorski	20

Granty:

• autorski	24
• promotorski	14
• młodego badacza i zamawiany	10
• inwestycyjny (aparatura, inwest. bud.) (także granty z innych źródeł)	24

Uwaga: Brano pod uwagę jedynie publikacje, które są datowane na rok 1999.

Publikacje w druku – punkty zaliczano jedynie wtedy, gdy było pisemne zapewnienie wydawcy, że praca ukaze się z datą 1999.

Współczynnik kadrowo-osobowy (liczba N)

$N = 1 \times (\text{liczba prof. i dr. hab.}) + 0,7 \times (\text{liczba dr.}) + 0,4 \times (\text{liczba pozostałych pracowników naukowo-dydaktycznych})$

Parametr efektywności naukowej (liczba E)

$E = R/N$

Tabela 2. Punkty KBN – 1999. Jednostki podstawowe

	1	2	3	4	5	6	R	Prac. nauk.-dydakt.			N	E
Jednostka	Czasopisma - Lista Filadelfijska	Czasopisma - poza Listą Filadelfijską	Monografie	Pozostałe publikacje	Stopnie, tytuły naukowe	Granty	Suma punktów R (poz. 1 - 6)	Prof., dr hab. (N1)	Dr (N2)	Pozostali prac. nauk.-dydakt. (N3)	$N = N1 + 0,7 \times N2 + 0,4 \times N3$	Efektywność $E=R/N$
1 Zakład Anatomii i Neurobiologii	143	41,0		6,45	20	48	258,45	1	7	6	8,3	31,10
2 Zakład Anatomii Klinicznej		8,0		9,15	28		45,15	1	2	2	3,2	14,10
3 Katedra i Zakład Biochemii	352	24,0		18,30		48	442,30	5,5	3	11	12	36,90
4 Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	144	22,0		10,25		116	292,25	1	3	3	4,3	68,00
5 Zakład Medycyny Laboratoryjnej	48	24,0		4,80	12	92	180,80	3	3	2	5,9	30,60
6 Zakład Medycyny Molekularnej	48	5,0		0,90	8	38	99,90	1			1	99,90
7 Katedra i Zakład Chemii Ogólnej	39	5,0		2,30			46,30	1,5	2		2,9	16,00
8 Katedra i Zakład Farmakologii	112	10,0		3,25	8		133,25	1	3	2	3,9	34,20
9 Katedra i Zakład Fizjologii		6,0		1,65		24	31,65	1	5	4	6,1	5,20
10 Katedra i Zakład Fizjopatologii	32	14,5		3,75		14	64,25	2		3	3,2	20,10
11 Katedra i Zakład Fizyki i Biofizyki	7	6,0	32	28,00			73,00	1	5	2	5,3	13,80
12 Zakład Histologii	112	18,0	24	7,80		114	275,80	4	1	3	5,9	46,70
13 Zakład Immunologii	40	5,0		6,30		24	75,30	1	1	1	2,1	35,90
14 Katedra i Zakład Mikrobiologii Lekarskiej	8	10,0					18,00	1	3	3	4,3	4,20
15 Katedra i Zakład Medycyny Sądowej	155	20,5		4,40			179,90	3	3	2	5,9	30,50
16 Zakład Medycyny Ratunkowej i Katastrof		4,0	6		8		18,00	1	1	2	2,5	7,20
17 Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej		8,5	17	0,85	20		46,35	1	2		2,4	19,30
18 Zakład Historii i Filozofii Nauk Medycznych			6	7,00			13,00	1	1		1,7	7,60
19 Zakład Higieny i Epidemiologii		9,0		0,50			9,50	1	2	2	3,2	3,00
20 Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej		8,0		2,10			10,10	1	2	3	3,6	2,80
21 Katedra i Zakład Patomorfologii	48	35,5		3,75	32		119,25	2	4	2	5,6	21,30
22 Zakład Immunopatologii		10,0		1,60		24	35,60	1	1		1,7	20,90
23 Zakład Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej	56	12,5		7,85			76,35	1		4	2,6	29,40
24 Samodzielna Pracownia Informatyki Medycznej		9,0					9,00		1	3	1,9	4,70
25 Samodzielna Pracownia Mikroskopii Elektronowej	16			1,50			17,50	1	1		1,7	10,30

26	Samodzielna Pracownia Patomorfologii Klinicznej					12		12,00	1	2		2,4	5,00
27	Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny		5,5		0,10			5,60		1	2	1,5	3,70
28	Samodzielna Pracownia Endokrynologii i Diagnostyki Laboratoryjnej		15,0	6	3,40		10	34,40	1	1	1	2,1	16,40
29	Samodzielna Pracownia Embriologii	24	6,0		0,35			30,35	1	1	1	2,1	14,50

Tabela 3. Punkty KBN – 1999. Jednostki kliniczne niezabiegowe

		1	2	3	4	5	6	R	Prac. nauk.-dydakt.			N	E
	Jednostka	Czasopisma - Lista Filadelfijska	Czasopisma - poza Listą Filadelfijską	Monografie	Pozostałe publikacje	Stopnie, tytuły naukowe	Granty	Suma punktów R (poz. 1 - 6)	Prof., dr hab. (N1)	Dr (N2)	Pozostali prac. nauk.-dydakt. (N3)	$N = N1 + 0,7 \times N2 + 0,4 \times N3$	Efektywność $E=R/N$
1	Klinika Chorób Nerek	368	40,0	14	14,20	32		468,20	2	8	3	8,8	53,20
2	Klinika Chorób Wewnętrznych i Ostre Zatrucia	24	15,0		1,50			40,50	1	0,5	6	3,75	10,80
3	Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Zaburzeń Hemostazy	32	32,5		4,70	8		77,20	1	6	8	8,4	9,20
4	Klinika Chorób Zakaźnych		7,0		3,80			10,80		8	9	9,2	1,20
5	Klinika Gastroenterologii		7,0		1,10			8,10	2	5	8	8,7	0,90
6	Klinika Hematologii	72	11,0	16	3,45	8		110,45	1	3	3	4,3	25,70
7	I Klinika Chorób Serca	16	59,5	24	4,40	4		107,90	1,5	1	6	4,6	23,50
8	II Klinika Chorób Serca	32	37,0	16	11,60	32	24	152,60	1,5	6	1	6,1	25,00
9	Zakład Diagnostyki Chorób Serca i Naczyń		28,0		1,10	4		33,10		2	2	2,2	15,00
10	Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii	39	39,5		5,85	36	24	144,35	1	8	7	9,4	15,40
11	Klinika Pediatrii, Hematologii, Onkologii i Endokrynologii	24	30,0		5,60	24	40	123,60	1	9	4	8,9	13,90
12	Klinika Nefrologii Dziecięcej		13,0		1,10			14,10		2	1	1,8	7,80
13	Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii	168	33,5	23	16,25		24	264,75	1	4	6	6,2	42,70
14	Zakład Medycyny Nuklearnej	32	36,5		0,10	12		80,60	1	1	1	2,1	38,40
15	Zakład Rentgenodiagnostyki	32	51,0		7,90	16		106,90	1	7	8	9,1	11,70
16	I Klinika Chorób Psychiczych		21,0	46	2,25	8		77,25	2	12	3	11,6	6,70
17	II Klinika Chorób Psychiczych		14,0	26	15,45		24	79,45	2	2	4	5	15,90
18	Zakład Psychiatrii Biologicznej		1,5	12	2,00			15,50	1	1		1,7	9,10
19	Katedra i Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii	360	23,5	16	5,55	20		425,05	3	9	1	9,7	43,80

20	Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii		59,0		10,30	8		77,30	1	7	10	9,9	7,80
21	Katedra i Klinika Chorób Płuc i Gruźlicy		54,0		5,35	20	24	103,35	2	3	2	4,9	21,10
22	Zakład Medycyny Paliatywnej		1,5		1,20		24	26,70	1		2	1,8	14,80
23	Zakład Medycyny Rodzinnej		6,5	16	1,65	8	24	56,15	2	5	4	7,1	7,90
24	Klinika Neurologii Dorosłych		10,5		2,75	12		25,25	1	5	3	5,7	4,40
25	Klinika Neurologii Rozwojowej		16,5		1,35	8	14	39,85	1	3		3,1	12,90
26	Klinika Kardiologii Dziecięcej		39,0		2,00	36	62	139,00	1	5		4,5	30,90
27	Katedra i Klinika Chorób Skórnych i Wenerycznych	24	54,0	24	19,20	20		141,20	4	7	1	9,3	15,20
28	Katedra i Zakład Rehabilitacji		4,5	16	3,00	8		31,50	1	2	2	3,2	9,80

Tabela 4. Punkty KBN – 1999. Jednostki kliniczne zabiegowe

		1	2	3	4	5	6	R	Prac. nauk.-dydakt.			N	E
	Jednostka	Czasopisma - Lista Filadelfijska	Czasopisma - poza Listą Filadelfijską	Monografie	Pozostałe publikacje	Stopnie, tytuły naukowe	Granty	Suma punktów R (poz. 1 - 6)	Prof., dr hab. (N1)	Dr (N2)	Pozostali prac. nauk.-dydakt. (N3)	$N = N1 + 0,7 \times N2 + 0,4 \times N3$	Efektowność E/R/N
1	I Katedra i Klinika Chirurgii	64	30,0		6,60		48	148,60	1	6	3	6,4	23,20
2	II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologii i Endokrynologii	56	22,0		35,60		48	161,60	2	4	8	8	20,20
3	Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej		68,0		16,30	4		88,30	1	5	3	5,7	15,50
4	I Klinika Położnictwa i Ginekologii		2,0		1,30	4	24	31,30	1	11	7	11,5	2,70
5	II Klinika Położnictwa i Ginekologii		78,0	16	3,30	20		117,30	1	9	6	9,7	12,10
6	Klinika Chirurgii Dziecięcej	8	5,0		4,85		24	41,85	1	4	3	5	8,40
7	Klinika Kardiochirurgii	16	53,0	2	3,35	8	48	130,35	1	6	3	6,4	20,40
8	Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani		25,0		14,25	8		47,25	2	6	6	8,6	5,50
9	Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej		27,0	2	5,10	12		46,10	2		6	4,4	10,50
10	Katedra i Klinika Chirurgii Onkologicznej		29,5		1,55			31,05	1	3	2	3,9	8,00
11	Katedra i Klinika Chorób Oczu		28,0		2,55			30,55	2	3	5	6,1	5,00
12	Katedra i Klinika Neurochirurgii	24	33,5		10,05	36		103,55	2	4	1	5,2	19,90
13	Katedra i Klinika Ortopedii		8,0		4,10			12,10	2	9	8	11,5	1,10
14	Katedra i Klinika Urologii	24	4,5		1,40	20		49,90	1	1	4	3,3	15,10

15	Klin. Chir. Plastycznej i Leczenia Oparzeń	9,0	4	0,85			13,85		1	2	1,5	9,20
16	Samodzielna Pracownia Diagnostyki Inwazyjnej Chorób Układu Krążenia	17,0		2,95			19,95		1	2	1,5	13,30
17	Katedra i Zakład Protetyki Stomatologicznej	11,0		4,15			15,15	2	3	11	8,5	1,80
18	Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej	28,5		1,35			29,85	1	5	11	8,9	3,40
19	Katedra i Klinika Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	16,0		0,10	12		28,10		4	15	8,8	3,20
20	Zakład Mikrobiologii Jamy Ustnej	4,0		0,55	12		16,55	1		2	1,8	9,20
21	Zakład Ortodoncji	14,0		0,50			14,50		1	4	2,3	6,30
22	Zakład Parodontologii	8,0		0,60			8,60	1		4	2,6	3,30
23	Zakład Stomatologii Dziecięcej	36,5		1,60	8		46,10	1	2	5	4,4	10,50

Tabela 5. Punkty KBN – 1999. Wydział Farmaceutyczny

		1	2	3	4	5	6	R	Prac. nauk.-dydakt.			N	E
	Jednostka	Czasopisma - Lista Filadelfijska	Czasopisma - poza Listą Filadelfijską	Monografie	Pozostałe publikacje	Stopnie, tytuły naukowe	Granty	Suma punktów R (poz. 1 - 6)	Prof., dr hab. (N1)	Dr (N2)	Pozostali prac. nauk.-dydakt. (N3)	$N = N1 + 0,7 \times N2 + 0,4 \times N3$	Efektywność $E=R/N$
1	Katedra i Zakł. Biologii i Botaniki Farmaceutycznej	16	18,0		9,20			43,20	1	2	3	3,6	12,00
2	Katedra i Zakład Biochemii Farmaceutycznej	24			11,50			35,50	3		1	3,4	10,40
3	Katedra i Zakład Biofarmacji i Farmakodynamiki	184	10,0		17,65	12	24	247,65	2	3	2	4,9	50,50
4	Katedra i Zakład Bromatologii	48	2,0	24	2,60			76,60	1	1	2	2,5	30,60
5	Katedra i Zakład Chemii Analitycznej	112	8,0		8,75	24		152,75	2	2	4	5	30,60
6	Katedra i Zakład Chemii Farmaceutycznej	88	1,0		3,60			92,60	1	3	4	4,7	19,70
7	Katedra i Zakład Chemii Fizycznej	96	14,0	16	3,55	16		145,55	2	6		6,2	23,50
8	Katedra i Zakład Chemii Nieorganicznej	8			1,90			9,90	1	1		1,7	5,80
9	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	40	15,5	16	0,80	16	24	112,30	3	4	4	7,4	15,20
10	Katedra i Zakład Farmakognozji	48	12,0		1,80	24	14	99,80	1	2	2	3,2	31,20
11	Katedra i Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej		5,0		0,30			5,30	1		3	2,2	2,40
12	Katedra i Zakład Toksykologii	32	3,0	16	1,35			52,35	2	1	3	3,9	13,40
13	Katedra i Zakład Technologii Chem. Środków Leczniczych		13,0		0,75			13,75	3	1	1	4,1	3,40
14	Katedra i Zakład Chemii Organicznej	44	15,0		0,85	20		79,85	3	3	2	5,9	13,50
15	Zakład Analityki Klinicznej	24	22,0	20	1,80		24	91,80	3	1		3,7	24,80

Tabela 6. Publikacje w 1999 r. o IMPACT FACTOR większym od 3

Lp.	Czasopismo	Autorzy	Tytuł artykułu, rok, tom, strony od - do	Impact Factor
1	Lancet	Jorres A., Gahl G. M., Dobis C., Polenakovic M. H., Cakalarowski K., Rutkowski B., Kisielnicka E., Krieter D. H., Rumpf K. W., Günther C., Gaus W., Hoegel J.	Haemodialysis – membrane biocompatibility and mortality of patients with dialysis – dependent acute renal failure: a prospective randomised multicentre trial. 1999, 354, 1337	11,793
2	Annals of Internal Medicine	Pesek C. A., Cooley R., Narkiewicz K., Dyken M., Weintraub N. L., Somers V. K.	Theophylline therapy for near-fatal Cheyne-Stokes respiration. A case report. 1999, 130, 427-430	10,900
3-6	Circulation	Narkiewicz K., van de Borne P. J., Pesek C. A., Dyken M. E., Montano N., Somers V. K.	Selective potentiation of peripheral chemoreflex sensitivity in obstructive sleep apnea. 1999, 99, 1183-1189	9,173
3-6	Circulation	Narkiewicz K., Kato M., Phillips B. G., Pesek C. A., Davison D. E., Somers V. K.	Nocturnal continuous positive airway pressure decreases daytime sympathetic traffic in obstructive sleep apnea. 1999, 100, 2332-2335	9,173
3-6	Circulation	Narkiewicz K., Pesek C. A., van de Borne P. J., Kato M., Somers V. K.	Enhanced sympathetic and ventilatory responses to central chemoreflex activation in heart failure. 1999, 100, 262-267	9,173
3-6	Circulation	Narkiewicz K., Somers V. K.	Interactive effect of heart rate and muscle sympathetic nerve activity on blood pressure. 1999, 100, 2514-2518	9,173
7	The Journal of Biological Chemistry	Sala-Newby G. B., Składanowski A. C., Newby A. C.	The mechanism of adenosine formation in cells. Cloning of cytosolic 5'-nucleotidase. 1999, 274, 17789-17793	7,199
8	Journal of the American Society of Nephrology	Zychma M., Gumprecht J., Żukowska-Szczechowska E., Grzeszczak W. and end-stage renal disease study group (w tym Rutkowski B., Rutkowski P.)	Polymorphisms in the genes encoding for human kinin receptors and the risk of end-stage renal failure: results of transmission/disequilibrium test. 1999, 10, 2120-2124.	6,361
9	Analytical Chemistry	Al.-Haj M. A., Kaliszan R., Nasal A.	Test analytes for studies of the molecular Mechanism of chromatographic separations By quantitative, structure-retention Relationships. 1999, 71, 2976-2985	4,580
10	Free Radical Biology and Medicine	Karbowski M., Kurono Ch., Woźniak M., Ostrowski M., Teranishi M., Nishizawa Y, Usukura J., Soji T., Wakabayashi T.	Free Radical-induced megamitochondria formation and apoptosis. 1999, 26, 396-409	4,348
11	Hypertension	Narkiewicz K., Kato M., Pesek C. A., Somers V. K.	Human obesity is characterized by a selective potentiation of central chemoreflex sensitivity. 1999, 33, 1153-1158	4,253
12	Biochemical Journal	Faibranks L. D., Ruckemann K., Qiu Y., Hawryłowicz C. M., Richards D. F., Swaminathan R., Kirschbaums B., Simmonds H. A.	Methotrexate inhibits the first committed step of purine biosynthesis in mitogen-stimulated human T-lymphocytes: a metabolic basis for efficacy in rheumatoid arthritis. 1999, 342, 143-152	3,855

Tabela 6. Publikacje w 1999 r. o IMPACT FACTOR większym od 3. (cd.)

Lp.	Czasopismo	Autorzy	Tytuł artykułu, rok, tom, strony od - do	Impact Factor
13	Genes, Chromosomes and Cancer	Broberg K., Höglund M., Limon J., Lindstrand A., Toksvig-Larsen S., Mandahl N., Mertens F.	Rearrangement of the neoplasia-associated gene HMGIC in synovia from patients with osteoarthritis. 1999, 24, 278-282	3,804
14	Genes, Chromosomes and Cancer	Gorunova L., Parada L. A., Limon J., Jin Y., Hallén M., Hägerstrand I., Iliszko M., Wajda Z., Johansson B.	Nonrandom chromosomal aberrations and cytogenetic heterogeneity in gallbladder carcinomas. 1999, 26, 312-321	3,804
15	Thrombosis Haemostasis	Łopaciuk S., Bielska-Falda H., Noszczyk W., Bielawiec M., Witkiewicz W., Filipecki S., Michalak J., Ciesielski L., Mackiewicz Z., Częstochowska E., Zawilska K., Cencora A.,	Low Molecular Weight Heparin versus Acenocumarol in the Secondary Prophylaxis of Deep Vein Thrombosis. 1999, 81, 26-31	3,726
16	Neurobiology of Aging	Węgiel J., Wiśniewski H. M., Morys J., Tarnawski M., Kuchna I., Dziewiątkowski J., Pirttilä T., Krivimäki T., Lehtimäki T., Lach B.	Neuronal loss and beta-amyloid removal in the amygdala of people with Down syndrome. 1999, 20, 259-269	3,517
17	European Journal of Biochemistry	Pawelczyk T., Matecki A.	Phospholipase C delta 3 binds with high specificity to phosphatidylinositol 4,5-bisphosphate and phosphatidic acid in bilayer membranes. 1999, 262, 291-298	3,249
18-19	Journal of Hypertension	Rossi G. P., Narkiewicz K., Cesari M., Winnicki M., Bigda J., Chrostowska M., Szczech R., Pawłowski R., Pessina A. C.	Genetic determinants of plasma ACE and renin activity in young normotensive twins. 1999, 17, 647-655	3,066
18-19	Journal of Hypertension	Narkiewicz K., Szczech R., Winnicki M., Chrostowska M., Pawłowski R., Łysiak-Szydłowska W., Choe I., Kato M., Sivitz W. I., Krupa-Wojciechowska B., Somers V. K.	Heritability of plasma leptin levels: a twin study. 1999, 17, 27-31	3,066
20	Electrophoresis	Pawłowski R., Branicki W., Kupiec T.	Y-Chromosomal polymorphic loci DYS19, DYS390, DYS393 in a population sample from northern Poland. 1999, 20, 1702-1706	3,054

Komisja Nauki, obradująca w dniu 07.03.2000 r. pod przewodnictwem prof. Jacka Jassemę, zdecydowaną większością głosów opowiedziała się za przyjęciem kryteriów KBN jako determinujących kategoryzację jednostek w roku 2000. Komisja proponuje podział na cztery kategorie (A, B, C i D) w zależności od odpowiednich progów punktowych.

Komisja Nauki podała swoją propozycję wielkości progowych. Analiza symulacyjna wykazała spore różnice między proponowaną klasyfikacją i klasyfikacjami uzyskanymi przez niektóre jednostki w ostatnich dwóch latach. Po

przedyskutowaniu z rektorem propozycji Komisji Nauki oraz wyników ubiegłorocznej klasyfikacji uznaliśmy, że można rozważyć przyjęcie w tym roku następujących progów punktowych współczynnika efektywności E według KBN:

- od 25 punktów wzwyż: kategoria A
- 13-25 punktów: kategoria B
- 5-13 punktów: kategoria C
- poniżej 5 punktów: kategoria D.

Powyższa propozycja nie spowodowałaby drastycznych zmian dotychczasowych kategorii jednostek. To znaczy, że przesunięcia niektórych jednostek nie byłyby generalnie większe od jednej

kategorii. Większość jednostek zachowałaby kategorie z 1999 r., a niektóre by awansowały. Stosunkowo duża rozpiętość punktowa wystąpiłaby wśród jednostek kategorii A. Jednakże, zgodnie z sugestiami KBN, z kategorii tej planujemy w przyszłości wyodrębnić kategorię EXC (spełniającą międzynarodowe *criteria of excellence*). Kategoria EXC przyznawana byłaby od przyszłego roku. Proponujemy przyznawać ją jednostkom, które w 1998 r. miały kategorię A i w kolejnych latach uzyskują dwuletnią średnią efektywności E powyżej 40 punktów.

Tabela 7. Prace naukowo-badawcze (granty) przyznane w roku 1999

Lp.	Numer grantu	Kierownik projektu	Jednostka organizacyjna	Przyznana kwota
1.	G-11	prof. Janusz Limon	Katedra i Zakład Biologii i Genetyki	350 000,00 zł
2.	G-72	dr Lech Anisimowicz	Klinika Kardiologii	315 000,00 zł
3.	G-70	prof. Maria Korzon	Klinika Pediatrii, Gastroenterologii i Onkologii	286 000,00 zł
4.	G-36	dr Andrzej Łachiński	II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej	270 000,00 zł
5.	G-74	prof. Andrzej Szutowicz	Zakład Medycyny Laboratoryjnej	250 000,00 zł
6.	G-31	prof. Stefan Angielski	Katedra Biochemii Klinicznej	196 000,00 zł
7.	G-66	prof. Adam Bilikiewicz	II Klinika Chorób Psychicznych	180 000,00 zł
8.	G-65	prof. Jan Stepiński	Zakład Immunopatologii	165 000,00 zł
9.	G-68	prof. Marek Hebanowski	Zakład Medycyny Rodzinnej	160 000,00 zł
10.	G-37	dr Mirosława Szczepańska-Konkel	Zakład Analityki Klinicznej	152 000,00 zł
11.	G-71	prof. Zbigniew Gruca	II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej	150 000,00 zł
12.	G-73	dr Małgorzata Sznitowska	Katedra i Zakład Farmacji Stosowanej	111 600,00 zł
13.	G-12	dr Stanisław Żołnierowicz	Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii	50 000,00 zł
14.	G-13	dr Stanisław Żołnierowicz	Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii	50 000,00 zł
15.	G-16	doc. Jacek Bigda	Zakład Histologii	50 000,00 zł
16.	G-17	doc. Jacek Bigda	Zakład Histologii	50 000,00 zł
17.	G-67	prof. Jacek Witkowski	Katedra i Zakład Fizjopatologii	50 000,00 zł
18.	G-69	prof. Wojciech Cisowski	Katedra i Zakład Farmakognozji	50 000,00 zł
19.	G-32	prof. Tadeusz Pawełczyk	Zakład Medycyny Molekularnej	49 800,00 zł
20.	G-35	lek. Ludmiła Martyniec	Katedra Biochemii Klinicznej	9 960,00 zł

Tabela 8. Lista osób, które uzyskały w 1998 r., jako pierwszy autor, co najmniej 10 cytowań wg *Science Citation Index*

Lp.	Autor z AMG	Liczba cytowań
1.	R. Kaliszan	101
2.	J. Limon	44
3.	K. Jaśkiewicz	23
4.	J. Bigda	21
5-6.	T. Liberek	19
	P. Szefer	19
7-8.	A. Nasal	14
	B. Żołnierowicz	14
9-10.	M. Turowski	13
	J. Świerczyński	13
11.	A. Radecki	12
12-13.	H. Lamparczyk	11
	T. Pawełczyk	11
14.	P. Zarzycki	10

Dane parametryczne przedstawione w Tabelach 2-5, choć przygotowane z najwyższą starannością przez Dział Nauki, mają charakter wstępny. Opublikowanie ich w *Gazecie AMG* umożliwi weryfikację i ewentualne korekty. Nie należy jednak oczekiwać większych modyfikacji, gdyż przestrzegane kryteria są dosyć ostre, a pojedyncze zmiany nie wpłyną istotnie na liczbę E. Pewien wpływ na ostateczną wartość liczby E mogłyby mieć ewentualne korekty liczby N (Uwaga: liczba N nie jest prostą sumą zatrudnionych osób!). Sporadycznie mogły się zdarzyć przeszacowania liczby N. Na przykład, z powodu urlopu wychowawczego pracownika naukowo-dydaktycznego. Uzasadnione zmniejszenie liczby N może poprawić liczbę E, ale równocześnie może spowodować zmniejszenie finansowania. Podstawowe finansowanie badań statutowych jednostki danej kategorii według reguł KBN jest bowiem proporcjonalne do liczby przeliczeniowej badaczy, N. Zatem zwiększenie liczby E poprzez zmniejszenie liczby N jest korzystne tylko wtedy, gdy gwarantuje przejście do wyższej kategorii.

Komisja Nauki optuje za rezygnacją z dotychczasowej praktyki rozdzielania przy ocenie dyscyplin klinicznych, nieklinicznych i farmaceutycznych. Wstępne wyniki parametryzacji podają jednakże oddzielnie dla czterech rodzajów jednostek (Tabele 2-5) w celu ułatwienia analizy porównawczej. W następnym numerze *Gazety AMG* będzie ogłoszony ostateczny podział na kategorie A, B, C, i D wszystkich jednostek AMG. Oficjalna kategoryzacja będzie uwzględniać wyżej przedstawione wyniki oceny parametrycznej za rok 1999 oraz kategorie uzyskane przez poszczególne jednostki za lata 1998 i 1997. Określenie finansowania działalności statutowej jednostek w roku 2000 będzie możliwe po otrzymaniu dotacji KBN. Do tego czasu Uczelnia kredytuje w niezbędnym zakresie aktualnie prowadzone prace statutowe.

Dane parametryzacji podane w Tabelach 2-5 traktujemy w tym roku eksperymentalnie i nie przewidujemy mechanicznej kategoryzacji wyłącznie według liczby E. Dane te przydatne będą dla zorientowania się odnośnie względnej pozycji jednostki. Pomogą z pewnością przemyśleć strategię działań mających na celu podwyższenie tej pozycji. Najlepszym sposobem jest niewątpliwie publikowanie prac naukowych w czołowych czasopismach międzynarodowych. Dla ilustracji, w Tabeli 6 wymienione są najwyżej punktowane

Tabela 9. Prace badawczo-usługowe wykonane w 1999 r. o wartości sumarycznej narzutów i zysku powyżej 10 000 zł

Lp.	Kierownik pracy	Narzut + zysk
1.	prof. Stanisław Janicki	55 120,70 zł
2.	prof. Adam Bilikiewicz	30 325,65 zł
3.	prof. Jerzy Landowski	30 242,19 zł
4.	prof. Andrzej Kryszewski	28 649,00 zł
5.	prof. Janina Suchorzewska	24 173,95 zł
6.	prof. Stefan Angielski	23 828,00 zł
7.	prof. Roman Kaliszan	17 454,70 zł
8.	prof. Barbara Krupa-Wojciechowska	16 819,50 zł
9.	prof. Jerzy Mielnik	16 329,51 zł
10.	prof. Henryk Lamparczyk	13 800,00 zł
11.	prof. Zygmunt Chodorowski	11 555,00 zł
12.	prof. Jacek Jassem	11 176,23 zł
13.	prof. Janusz Galiński	10 448,49 zł

publikacje z afiliacją AMG wydrukowane w roku 1999.

Dobre publikowanie i wysoka parametryzacja KBN idą generalnie w parze ze skutecznością starań o granty naukowe. W Tabeli 7 przedstawione są pozyskane w 1999 r. przez kierowników prac z AMG granty badawcze.

Tabela 8 zawiera wyniki dorocznie przeprowadzanej analizy cytowań pracowników Uczelni ze stopniem naukowym doktora i wyższym w roku 1998

według *Science Citation Index* (sprawdzenia i zestawienia danych dokonał dr hab. Antoni Nasal). Ze względów technicznych realne jest jedynie zestawienie cytowań prac, w których nasz pracownik występuje jako pierwszy autor. Wyłączone są autocytowania, tzn. cytowania zamieszczone w tych pracach, w których rozważana osoba jest jednym ze współautorów.

W zestawieniach SCI znajduje się 103 pracowników AMG (w 1997 r. było

ich 97). Osoby te były cytowane łącznie 550 razy (w 1997 r. – 510 razy). Wśród 103 cytowanych pierwszych autorów z AMG było 72 pracowników Wydziału Lekarskiego z łączną liczbą 302 cytowań (w 1997 r. było 66 osób z łącznie 285 cytowaniami); 30 pracowników Wydziału Farmaceutycznego z łączną liczbą 234 cytowań (w 1997 r. było 30 osób ze 196 cytowaniami) oraz 1 osoba zatrudniona na Międzyuczelnianym Wydziale Biotechnologii na etacie AMG z 14 cytowaniami (w 1997 r. była 1 osoba z 29 cytowaniami).

W gestii prorektora ds. nauki znajdują się także prace badawczo-usługowe. Prace te nie wpływają bezpośrednio na parametryzację KBN ale mają kapitalne znaczenie dla kondycji finansowej AMG. Tabela 9 prezentuje korzyści przysporzone Uczelni przez najbardziej efektywne zespoły. Działania tego rodzaju przekładają się pośrednio na aktywność naukową i zasługują na szczególne wyróżnienie.

prof. Roman Kaliszan
prorektor ds. nauki AMG

Zukosa

Medice, cura te ipsum...

Lekarzu, lecz się sam... Oczywiście, nie chodzi dosłownie o leczenie. Najczęściej lekarz w chorobie staje się zwykłym (może bardziej podejrzliwym) pacjentem. Znaczenie tej maksymy jest bardziej uniwersalne. Można to przełożyć na apel: krytykując innych – przyjrzyj się sobie...

Niemniej, warto przymierzyć tę maksymę do obecnej sytuacji w placówkach rodzimej ochrony zdrowia. Narzekamy na błędy podjętej reformy, na nonsensy w funkcjonowaniu kas chorych i pewnie słusznie. Ale opinię publiczną bulwersują nagłaśniane przez media dramaty ludzkie: tu chory umiera bez pomocy u progu szpitala, tam pogotowie robi z chorego pijaka i kiedy wreszcie przyjeżdża, jest za późno. Nie jest to tylko nasz problem.

Błędy lekarskie zdarzają się tak długo, jak długo istnieje medycyna. Kodeks Hammurabiego karał lekarza śmiercią za „uśmiercenie” pacjenta. Także prasa zachodnio-europejska przynosi wstrząsające opisy zaniedbań organizacyjnych i leczniczych i „krociowych” odszkodowań (o tym w innym miejscu). Chodzi o spojrzenie z punktu widzenia prawnego.

Pielęgniarki w Olsztynie tłumaczyły się, że nie mogą opuścić stanowiska w szpitalnej izbie przyjęć i z podobnej zapewne motywacji nie zawiadomiły w ogóle lekarza.

W ubiegłym tygodniu w posiedzeniu „Klubu Chirurgii XXI wieku” w Warszawie wziął udział mecenas Edward Wende,

b. senator, obecny poseł, wcześniej obrońca w procesach politycznych. Jego zdaniem lekarz nie może odmówić pomocy na zewnątrz szpitala i ma obowiązek opuścić czasowo swój „posterunek”. Dyskutowano przypadek, kiedy lekarz izby przyjąć jednego z warszawskich szpitali udzielił pomocy rannemu w wypadku ulicznym, a w tym czasie przywieziono do szpitala chorego z zawałem. Mecenas zapewnił, że podjąłby się obrony tego lekarza, nawet gdyby zawał doprowadził do zgonu...

Lekarz w szpitalu nigdy bowiem nie jest jedynym dyżurnym. Ciekawy pogląd przedstawił też mecenas na zjawisko określane mianem korupcji lekarzy. Nawiązał do przypadku dr. Dwornika, który za przyznanie, że przyjmuje wyraz wdzięczności w gotówce po zakończeniu leczenia poniósł konsekwencje dyscyplinarne. Otóż jego zdaniem przyjęcie tzw. korzyści materialnej w takich okolicznościach, bez umeświelenia od niej usługi leczniczej (może to być nawet np. przesunięcie kolejki w oczekiwaniu na operację) nie spełnia kryterium łapówki. Dodał, że chętnie podjąłby się obrony w takiej sprawie.

No cóż, pogląd niekonwencjonalny w ustach wybitnego prawnika... Jednak problem rozwiąże się chyba sam po przeprowadzeniu reformy i usprawnieniu działania kas chorych. W Europie Zachodniej nie istnieje od dawna – po prostu opłaca się droższe ubezpieczenie, albo prywatne leczenie bezpośrednio w kasie szpitala. Lekarz otrzymuje tylko swoją część...

B.I.L.

KADRY AMG i SPSK NR 1 – STYCZEŃ 2000

SPSK NR 1

Jubileusz długoletniej pracy w SPSK nr 1 obchodzą:

40 lat

Szczęsna Bellwon
Teresa Jelińska
mgr Leonita Krygier

35 lat

Maria Olesińska
mgr Janina Szyńska

30 lat

Teresa Miądowicz
mgr Teresa Zabłocka
dr med. Bożena Zachwatowicz-Wasiniewska
Stanisława Zakrzewska
Urszula Zochowska

25 lat

Halina Beldziuk
Zofia Borowicz
Ryszard Cieślak
Bożena Karnas
Aleksandra Leżohubka
Bożena Maciąg
Grażyna Merchel
Bożena Pawełczyk
Elżbieta Życzkowska

20 lat

Anna Dąbrowska
Mariola Gromadzka
Teresa Kostrzewa
Jadwiga Turzyńska

Na emeryturę przeszły

Alicja Bluma

AMG

Funkcje kierownicze powierzono:

- **dr. hab. med. Anzelmowi Hoppe**, prof. nzw. – kierownik Katedry i Zakładu Fizjopatologii na okres 1.02.2000 r. – 31.01.2003 r.
- **prof. dr. hab. n. med. Januszowi Emerichowi** – p.o. dyrektora Instytutu Potożnictwa i Chorób Kobiety na okres 1.03.2000 r. – 31.05.2000 r.
- **dr med. Marzenie Zarzecznej-Baran** – p.o. kierownika Zakładu Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej Instytutu Medycyny Społecznej – od 14.02.2000 r. do odwołania.

Z dniem 1.02.2000 r. powierzono:

- **mgr inż. Beacie Pazio** stanowisko kierownika Działu Nauki
- **Grażynie Zedler** stanowisko zastępcy kierownika Działu Organizacji i Zarządzania.

Jubileusz długoletniej pracy w AMG obchodzą:

25 lat

Jerzy Borowski
Teresa Moruś
Halina Szechniuk

Z Uczelni odeszła

dr med. Anna Paprocka-Lipińska

Anna Brzozowska
dr med. Jadwiga Filipiuk
Jadwiga Klimek
Halina Michalczuk
Władysława Nowicka
Maria Siwek
Jadwiga Tafiłowska

PRZEDSTAWICIELE STUDENTÓW

wybrani do Komisji Senackich i Uczelnianych

Komisja Dyscyplinarna dla Studentów:

1. Tomasz Starczewski
2. Krzysztof Drozd
3. Szymon Budrejko

Odwoławcza Komisja Dyscyplinarna dla Studentów:

1. Lidia Grabowska
2. Rafał Grzybowski
3. Piotr Stępniewski

Uczelniana Komisja ds. Regulaminu Studiów:

1. Ewa Sikora
2. Marcin Skrabalak

Uczelniana Komisja Wyborcza:

1. Barbara Piotrowska
2. Stawa Wieczorek
3. Paweł Śmigowski

Rada Biblioteczna:

1. Anna Królak

Senacka Komisja Budżetu i Finansów:

1. Agnieszka Olszewska

Senacka Komisja Spraw Studenckich:

1. Łukasz Balwicki
2. Anna Królak

3. Grzegorz Łaskawski
4. Agnieszka Olszewska

Senacka Komisja Rozwoju Uczelni:

1. Łukasz Balwicki

Senacka Komisja Statutowa:

1. Ewa Sikora
2. Marcin Skrabalak

Senacka Komisja Wydawnictw:

1. Radosław Iwaszko
2. Rafał Szembowski

KONFERENCJE' 2000

Czas	Nazwa	Miejsce	Osoba udzielająca szczegółowych informacji
13-16 kwietnia	Międzynarodowe Warsztaty Dydaktyczne <i>Od nauczania do uczenia się – modernizacja systemu kształcenia przeddyplomowego na Wydziale Lekarskim</i>	Wojewódzki Szpital Chorób Zakaźnych, sala im. Bincera; ul. Smoluchowskiego 18, Gdańsk	Dr med. Jacek Kaczmarek Tel. (+ 48 58) 349 12 00 E-mail: intrel@amg.gda.pl jkace@amg.gda.pl
15 kwietnia	<i>Problemy pacjenta w wieku podeszłym – wymiar społeczny.</i> Organizatorzy: Lions Club Gdańsk Neptun, AMG, Firma PFIZER	Zakłady Teoretyczne AMG, sala im. Mozołowskiego; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Prof. Wiesław Makarewicz AMG, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk Tel. (058) 349 10 00 Fax (058) 302 49 92
4-6 maja	8th International Scientific Conference for Students and Young Doctors	Zakłady Teoretyczne AMG; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Studenci: Jacek Krajewski, Grzegorz Łaskawski E-mail: gregor@amg.gda.pl Tel. (+ 48 58) 349 12 00 Medical University of Gdańsk, M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80-210 Gdańsk, Poland
5-6 maja	II Kliniczny Kurs Chirurgii Podstawy Czaszki	Zakłady Teoretyczne AMG, sala im. Mozołowskiego, sala im. Reichera; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Alina Nowowiejska Katedra i Klinika Neurochirurgii AMG, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk Tel. (058) 349 23 30 Fax (058) 345 58 88 E-mail: nchir@amg.gda.pl
5-7 maja	IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego	Wojskowy Zespół Wypoczynkowy „Jantar”; Jurata	Klinika Chorób Nerek AMG ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk Tel. (058) 349 25 60 Tel./fax (058) 346 11 86 E-mail: nerka@amg.gda.pl
17 maja	III Kolokwium z Molekularnej Analizy Klinicznej <i>Zmiany genetyczne w rozrostowych chorobach układu krwiotwórczego</i>	Katedra Biochemii Klinicznej; SPSK 1, pawilon 28, Gdańsk	Dr n. med. Paweł Chrzan Zakład Medycyny Molekularnej Katedry Biochemii Klinicznej AMG, ul. Dębinki 7, pawilon 29, 80-211 Gdańsk Tel. (058) 349 27 59 Fax (058) 344 96 53 E-mail: medmol@amg.gda.pl chrzan@amg.gda.pl
18-21 maja	Meeting of the Working Group on Epidemiology and Prevention of the European Society of Cardiology	Hotel Posejdon, ul. Kapliczna 30, 80-341 Gdańsk	Prof. Andrzej Rynkiewicz 1st Department of Cardiology Medical University of Gdańsk, Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, Poland Tel. (+ 48 58) 346 12 01 Fax (+ 48 58) 346 12 01 E-mail: pdrewla@amg.gda.pl (person responsible: dr Piotr Drewla)

KONFERENCJE' 2000

Czas	Nazwa	Miejsce	Osoba udzielająca szczegółowych informacji
2-3 czerwca	Wybrane zaburzenia endokrynologiczne i hematologiczne u kobiet w wieku rozrodczym	Zakłady Teoretyczne AMG, sala im. Hillera i hol; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Prof. Eugenia Częstochowska Klinika Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Zaburzeń Hemostazy AMG, ul. Kieturakisa 1, 80-742 Gdańsk Tel. (058) 349 39 02 Tel./fax (058) 301 14 22 E-mail: abt@amg.gda.pl kblaut@amg.gda.pl
9-22 lipca	Szkoła Letnia Biotechnologii	Twardy Dół (Okolice Zblewa, ok. 70 km od Gdańska)	Dr Jacek Bigda Międzyuczelniany Wydział Biotechnologii UG i AMG, ul. Kładki 24, Gdańsk Tel. (058) 301 04 10 Tel./fax (058) 301 03 81 E-mail: jjbigd@amg.gda.pl
15-16 września	VI Spotkanie Sekcji Młodych Immunologów Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej <i>Cytometria przepływowa w immunologii</i>	Zakłady Teoretyczne AMG; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Lek. Piotr Trzonkowski Katedra Histologii i Immunologii AMG, ul. Dębinki 1, Gdańsk Tel. (058) 349 14 30 Fax (058) 349 14 36 E-mail: ptrzon@amg.gda.pl
20-23 września	X Jubileuszowy Zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych	Zakłady Teoretyczne AMG, sala im. Hillera, sala im. Reichera; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Komitet Organizacyjny X Zjazdu Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych ul. Nowe Ogrody 1-6, 80-803 Gdańsk Tel./fax (058) 302 64 27 E-mail: pedsurg@amg.gda.pl
21-23 września	European Federation of Immunological Societies' 2000 Satellite Symposium <i>Heat shock proteins: immune, stress response and apoptosis</i>	Zakłady Teoretyczne AMG; ul. Dębinki 1, Gdańsk	Dr Jacek Bigda Dept. of Histology & Immunology Medical University of Gdańsk Dębinki 1, 80-211 Gdańsk, Poland Tel. (+ 48 58) 349 14 34 Fax (+ 48 58) 349 12 00 E-mail: jjbigd@amg.gda.pl Web: www.efis2000.pl
29-30 września	Rehabilitacja w zaburzeniach metabolicznych (cukrzyca, otyłość, osteoporoza)	Gdańskie Zakłady Ortopedyczne, ul. Angielska Grobla 24, 80-756 Gdańsk	Dr Bogumił Przeździak Gdańskie Zakłady Ortopedyczne ul. Angielska Grobla 24, 80-756 Gdańsk Tel. (058) 302 09 31 Tel./fax (058) 302 16 22 Dr Wiesława Nyka Zakład Rehabilitacji AMG, ul. Dębinki 1

prof. Stefan Raszeja

ORTOTANAZJA I DYSTANAZJA jako problem prawny, medyczny i moralny

Wydawałoby się, że „Ustawa o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów” z 1995 r. obejmująca całość kształt zagadnień związanych z transplantologią i w sposób ostateczny regulująca wszystkie sporne problemy prawne, usunęła jednocześnie wszelkie zastrzeżenia natury medycznej i etycznej. Że tak nie jest, dowiadujemy się m.in. z prasy, w której pojawiają się głosy, prezentujące domniemanie, jakoby lekarze poszukujący dawców dopuszczali się ortotanazji nazywanej przez nich eutanazją bierną. Jest to oskarżenie poważne. Wiadomo bowiem, jaką niestawą cieszy się pojęcie eutanazji. Pojęcia i słowa rządzą się często własnymi regułami, co powoduje, że następuje zmiana ich pierwotnego sensu. Taka metamorfoza dotyczyła właśnie **pojęcia eutanazji**. Pierwotnie słowo to pochodzące z języka greckiego (*eu* = dobra, łagodna, bezbolesna; *tanatos* – śmierć) według W. Kopalińskiego (*Słownik wyrazów obcych*) oznaczało po prostu „skrócenie męki” pacjenta znajdującego się w przedłużającej się agonii lub nieuleczalnie chorego i to z reguły przy pomocy śmiertelnej dawki środka uśmierzającego ból. Termin ten był nadużywany przez hitlerowców, przez odnoszenie go do zabójstw popełnionych przez nich na ludziach chorych umysłowo, niedorozwiniętych dzieciach, kalekach i więźniach obozów koncentracyjnych niezdolnych do pracy. Polskie prawo karne nie dopuszcza żadnej formy pozbawienia życia człowieka, również nieuleczalnie chorego, cierpiącego i domagającego się tego. Kodeks karny (art. 150) za zabójstwo człowieka dokonane na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego przewiduje jedynie niższy wymiar kary, a w wyjątkowych wypadkach nadzwyczajne złagodzenie kary (przestępstwo uprzywilejowane). Z kolei w zakresie odpowiedzialności zawodowej kodeks etyki lekarskiej (art. 31) zabrania lekarzom eutanazji uznając ją za czyn moralnie naganny, chociażby był motywowany z pobudek szlachetnych. Samo pojęcie eutanazji nie powinno być mieć żadnego związku z transplantacją, a zwłaszcza z procesem orzekania o śmierci potencjalnego dawcy. Niestety w międzyczasie powstały liczne pochodne tego wyrażenia, jak ortotanazja i dystanazja. Te właśnie pojęcia funkcjonują dość powszechnie, a nieprecyzyjne posługiwanie się nimi wprowadza chaos do rozumienia procesu umierania.

Ortotanazja oznacza – zgodnie ze słownikiem W. Kopalińskiego – „zaniechanie dalszego sztucznie podtrzymywania życia” (z greckiego: *orthos* = prosty, prawdziwy), a **dystanazja** jest odwrotnością ortotanazji i według ww. autora oznacza „sztuczne utrzymywanie czynności serca i płuc pacjenta z nieodwracalnymi zmianami albo ciężkimi uszkodzeniami mózgu” (z greckiego: *dys* – wyłączenie, nieobecność). Dystanazję Francuzi nazywają: *mort en survie* „artificielle”, co oznacza „śmierć ze sztucznym przeżyciem”.

Każde z tych dwóch pojęć jest nieodłącznie związane z procesem postępowania lekarskiego w okresie umierania człowieka. Dystanazja jest następstwem postępu intensywnej terapii, a stosowanie dystanazji jest chlebem powsze-

dnim lekarzy – specjalistów z zakresu reanimacji i resuscytacji. Nauka i praktyka w tym zakresie pozwala aktualnie przesunąć granice śmierci. Czy jednak z punktu widzenia moralnego słusznym jest takie przedłużanie życia narządowego lub tkankowego *ad infinitum*, kończącego się fantomizacją, czyli podtrzymywaniem życia „preparatów” a nie ludzi. Zanim odpowiem na to pytanie, zwrócę uwagę na fakt, że względy organizacyjno-ekonomiczne stanowią główne ograniczenie działań dystanazyjnych. Medycyna nowoczesna jest za droga, nawet dla społeczeństw bogatych. Koszty leczenia, w którym wdrażałoby się wszystkie osiągnięcia nauki są nieosiągalnie wysokie. Co nam z tego, że „należy nam się bezpłatne leczenie na możliwie najwyższym poziomie” (jak mówi konstytucja i karta praw pacjenta), skoro ani chory nie są w stanie tego wyegzekwować, ani społeczeństwo zapewnić jego realizacji? Kryzys ten rzutuje m.in. na praktykę dystanazyjną. Czasem wręcz okazuje się, że w związku z ograniczeniem dostępności drogiej, przedłużającej życie aparatury, lekarz musi podjąć decyzję, którego spośród kilku chorych ratować za jej pomocą. Pojawia się wówczas problem ortotanazji. Zaprzestanie przedłużania życia pacjenta, co do którego w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej istnieje niewątpliwe przekonanie o niecelowości dalszego jego utrzymywania przy pomocy środków określanych mianem nadzwyczajnych, oznacza zezwolenie na postęp procesu umierania zdążającego do nieuchronnej śmierci danego osobnika. Problem ten z punktu widzenia etycznego był wielokrotnie rozważany. Ostatecznie wszystkie autorytety moralne zgodziły się, że w stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych. Tak też formułuje to zagadnienie art. 32 kodeksu etyki lekarskiej. Jest to wyraźne przyzwolenie na ortotanazję zarówno w drodze działania (np. poprzez odłączenie pacjenta od aparatury jeżeli leczenie za jej pomocą nie przynosi pozytywnych rezultatów), jak i poprzez zaniechanie (np. nie podjęcie intensywnego leczenia i nie przyłączenie pacjenta do aparatury). Decydujące znaczenie ma fakt, czy przedłużanie życia wymaga pomocy środków nadzwyczajnych. Jeżeli więc użyte środki posiadają cechy pozwalające zaliczyć je do kategorii nadzwyczajnych, to zaprzestanie ich stosowania należy traktować jako ortotanazję i za takie postępowanie lekarz nie może odpowiadać prawnie, a moralnie jest ono uzasadnione. Decyzja o ortotanazji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych. A czym są środki nadzwyczajne jakie muszą posiadać cechy, aby mogły być czynnikiem decydującym o zastosowaniu ortotanazji? Granica między środkami zwyczajnymi a nadzwyczajnymi jest bardzo płynna i zależy od szeregu okoliczności. W naszych warunkach wyznacznikami tej granicy są: dostępność oraz powszechność stosowania tych środków, jak i związane z tym kryterium finansowe – co jest z pewnością stwierdzeniem drażliwym, lecz wynikającym z trzeźwego spojrzenia na stan polskiej służby zdrowia. Do środków nadzwyczajnych należy zatem – w zależności od konkretnej sytuacji – nie tylko wysoko specjalistyczny sprzęt medyczny, ale i drogie leki, których zastosowanie wymaga wysokich nakładów finansowych, przy czym istnieje domniemanie, że środki te w ogóle nie przyniosą pożądanego skutku w postaci poprawy stanu zdrowia pacjenta. Stosunkowo prosty jest problem ortotanazji u osób, u których stwierdzono w sposób pewny nieodwracalne ustanie czynności pnia mózgu. Wówczas bowiem mamy do czynienia z ortotanazją nie dotyczącą

O NOWYCH METODACH LECZENIA PROTETYCZNEGO

W dniu 12 lutego 2000 roku odbyło się zebranie naukowo-szkoleniowe Gdańskiego Oddziału PTS. Pracownicy naukowo-dydaktyczni Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AMG przedstawili dwa referaty.

Pierwszy referat pt. *Własna metoda leczenia obniżonej wysokości złącza bez konieczności szlifowania zębów pacjenta* wygłosiła prof. Halina Teichman.

W pierwszej części autorka omówiła etiologię, patogenezę i diagnostykę zaburzeń anatomiczno-czynnościowych narządu żucia. Podkreśliła konieczność stosowania nowoczesnych metod klinicznych, instrumentalnych oraz radiologicznych do analizy czynności uszkodzonego aparatu żucia, a także zaplanowania właściwej terapii.

Na podstawie wieloletnich obserwacji klinicznych autorka stwierdziła, że do leczenia protetycznego coraz częściej zgłaszają się pacjenci z pełnym łukiem zębowym lub z pojedynczymi brakami, u których doszło do uogólnionego starcia zębów i znacznego obniżenia wysokości złącza. Jak dotąd jedyną ostateczną metodą leczenia tych pacjentów było stosowanie uzupełnień stałych (koron, mostów). Wiązało się to zwykle z preparowaniem znacznej ilości zębów pacjenta, które najczęściej były zębami żywymi.

Biorąc pod uwagę szkodliwość szlifowania dla twardych i miękkich tkanek zęba i częste niepowodzenia w leczeniu koronami, w Katedrze Protetyki Stomatologicznej w Gdańsku od dwóch lat stosuje się nową metodę leczenia obniżonej wysokości złącza, bez konieczności szlifowania abrazyjnych zębów. Na przykładzie wybranych przypadków przed-

stawiono własną metodę odtworzenia utraconych twardych tkanek zębów bez konieczności ich szlifowania stosując jednolite i złożone nakłady zespolone oraz różnego rodzaju materiały kompozytowe. Leczenie protetyczne było oparte na indywidualnej, wyważonej i dostosowanej dla danego pacjenta koncepcji leczenia. Do analizy czynności uszkodzonego narządu żucia, a także do rekonstrukcji kompleksu powierzchni zwarciowych zastosowano artykulatory i systemy do rejestracji. W wyniku leczenia uzyskano pełną rehabilitację narządu żucia poprzez: podniesienie wysokości złącza o około 8 mm bez konieczności szlifowania 52 zębów własnych pacjentów; odtworzenie zgryzu konstrukcyjnego utraconego za pomocą zastosowanych uzupełnień stałych, które były wykonane w aspekcie profilaktyki próchnicy, chorób przyzębia oraz zaburzeń anatomiczno-czynnościowych narządu żucia. Również osiągnięto bardzo dobry efekt estetyczny.

Drugi referat pt. *Właściwe przygotowanie jamy ustnej do leczenia protetycznego warunkiem uzyskania pozytywnych wyników* wygłosiła lek. stom. Jolanta Jasiel.

Podkreśliła ważną rolę tak zwanych zabiegów „przedprotetycznych”, do których zaliczamy leczenie w zakresie stomatologii zachowawczej, periodontologii, chirurgii, ortodoncji, decydujących o pozytywnych wynikach leczenia protetycznego. Uwydatniła ważną rolę stomatologa, który często jako lekarz tzw. pierwszego kontaktu może wykryć pierwsze objawy stanu chorobowego nie tylko jamy ustnej, ale i całego organizmu.

Prezentowane referaty miały bardzo dobrą nowoczesną dokumentację komputerową przedstawioną w sposób multimedialny. O ogromnym zainteresowaniu lekarzy, którzy licznie przybyli na to spotkanie (obecnych było około 250 osób) świadczyła gorąca dyskusja trwająca prawie godzinę.

prof. Halina Teichman

ca osoby żywej, lecz życia istniejącego wyłącznie na szczeblu narządowym lub wręcz komórkowym. Do tego rodzaju działania medycznego – po stwierdzeniu śmierci mózgu – niektórzy w ogóle nie stosują określenia ortotanazji, uważając – niezupełnie słusznie – że ortotanazja dotyczy tylko wyłączenia stosowania środków nadzwyczajnych i uporczywej terapii wobec osób z zachowaną jeszcze czynnością pnia mózgu, ale bez szans na wyleczenie, u których stosowanie wymienionych środków pociąga za sobą przedłużanie umierania. Osobiście uważam, że obie sytuacje – jakkolwiek różne – są typowymi działaniami ortotanazyjnymi. O ile jednak ortotanazja po stwierdzeniu śmierci mózgu – a tak jest m.in. w transplantologii – nie budzi najmniejszych zastrzeżeń etycznych i prawnych, to w stosunku do osób, u których nie można stwierdzić ostatecznej śmierci pnia mózgu, stosowanie ortotanazji musi być bardzo ostrożne i poprzedzone dokładnym przeanalizowaniem wszystkich okoliczności stanu faktycznego przez doświadczone konsylium lekarskie.

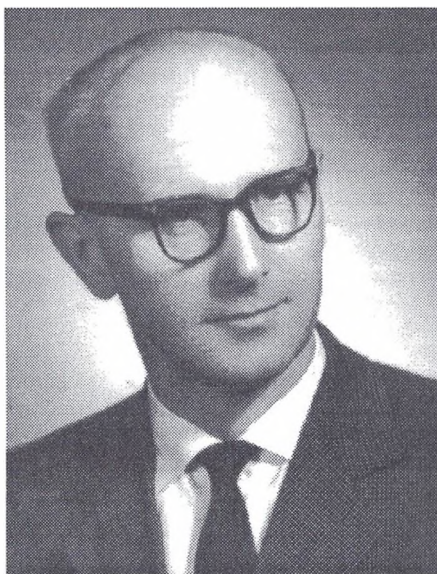
Wiem, że istnieje zrozumiata niechęć personelu medycznego do konieczności dokonywania oceny życia ludzkiego, ale aktualna sytuacja wymaga nieraz zajęcia takiego stanowiska. Wymaga tego również odpowiedzialność prawna lekarza. Z doświadczenia sądowo-lekarskiego wiem, że często sprawy przeciwko lekarzom podnoszone przez prokuratury dotyczą właśnie podtrzymywania życia i wykorzystania wszystkich szans leczniczych. Ileż to razy musiałem odpowiadać na pytanie, czy w danym przypadku słusznie nie pod-

jęto dystanazji resuscytacyjnej lub czy przedwcześnie ją przerwano. Odpowiadam z reguły, że należy ją stosować tylko wtedy, gdy ocena szans leczniczych jest pozytywna i rokuje powrót do zdrowia. Z drugiej strony jest rzeczą oczywistą, że dystanazja resuscytacyjna może być stosowana tylko do momentu pewnej i niewątpliwej śmierci mózgu. Wyjątkiem są działania dystanazyjne dla podtrzymania vitalności narządów celem ich późniejszego przeszczepienia, o czym mówi art. 34 kodeksu etyki lekarskiej. Tu znowu spotkałem się ze zdaniem niektórych autorów, że nie jest to już dystanazja w klinicznym rozumieniu, a raczej „preparatyka na zwłokach”. Osobiście uważam za słuszne uznanie za dystanazję również działania lekarskie po śmierci pnia mózgu polegające na dotlenianiu i odżywianiu narządów i tkanek, które mają być następnie wykorzystane w drodze transplantacji. Na koniec chciałbym dodać, że przesunięcie granic podtrzymywania życia dokonane przez postęp naukowy spowodowało spór medycyny nie tylko z prawem, ale także z szeregiem pojęć socjologicznych. Moje uwagi mają na celu wywołanie refleksji wymagającej zastanowienia się nad współczesnym znaczeniem takich pojęć jak ortotanazja i dystanazja, a co za tym idzie nad potrzebą postępu diagnostycznego dotyczącego oceny szans leczniczych w przypadkach, w których konieczne są rozstrzygnięcia orto- lub dystanazyjne.

DOC. DR MED. TADEUSZ STEFAN DYK (1918–2000)

Urodził się 13 lutego 1918 r. w mieście Kcynia w Bydgoskiem. Po ukończeniu 4-klasowej szkoły powszechnej w tej miejscowości, w 1928 r. wstąpił do Gimnazjum Klasycznego w Wągrowcu. W Wielkopolsce. W ówczesnym systemie była to szkoła 8-klasowa. Tak więc egzamin dojrzałości składał w roku 1936. Przykładem jego szerokich zainteresowań, o których będzie jeszcze mowa, był temat pracy maturalnej na temat porównania dziejowej roli Bismarcka dla Niemiec, Garibaldi dla Włoch i Wielopolskiego dla Polski.

Studia lekarskie rozpoczął w tym samym roku na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu. Przerwała je wojna i dyplom miał uzyskać dopiero 2 lipca 1945 r. Lata wojny spędził pracując w Szpitalu Powiatowym w Mińsku Mazowieckim zatrudniony w charakterze p.o. lekarza. Najpierw interesowała go chirurgia. Wspominał z pewną satysfakcją, że wykonał samodzielnie wiele operacji w zakresie jamy brzusznej, a nawet osteosyntezę przy użyciu gwoździ Kirschnera. Wkrótce jednak zafascynowała Go interna i pozostał jej wierny przez całe życie. Czasy wojenne nie pozwalały na pozostawanie na uboczu tego co działo się w okupowanym kraju. W szpitalu powiatowym szczególnie. Bliskość „leśnych” zmuszała do czynnego zaangażowania się, zwłaszcza kogoś, kto reprezentował najbardziej patriotyczne pokolenie, urodzone już w wolnej Pol-



sce. Przez szpital w Mińsku przewijają się ranni i chorzy partyzanci, których obecność trzeba zamaskować przed okupacyjnymi funkcjonariuszami. Nie rzadko trzeba też udać się na leża i kryjówki podziemnych formacji, aby na miejscu udzielić pomocy – nie pytając przy tym o zabarwienie polityczne. Już później, w powojennej rzeczywistości, zdarzać się miały niespodziewane „powroty do przeszłości” w postaci wdzięcznego pacjenta umocowanego w tzw. kręgach decydenckich. Ale to później. Tymczasem młody lekarz angażuje się czynnie w Armii Krajowej i pod koniec okupacji zdobywa stopień porucznika. W codziennej pracy, zwłaszcza w czasie i pod koniec wojny spotyka się z licznymi przypadkami duru brzuszego i plamistego, co stanie się później przedmiotem opracowań naukowych. Przygotowuje się też do końcowych egzaminów. Po zakończeniu okupacji niemieckiej wraca w lutym 1945 r. do Poznania aby je kolejno zda-

Szpitalu Publicznym w Inowrocławiu, jako asystent oddziału wewnętrznego i zakaźnego, skąd dojeżdża na egzaminy uzyskując 2 lipca tego roku dyplom lekarza. Od 13 grudnia 1945 r. podejmuje pracę w tworzącej się gdańskiej Akademii Lekarskiej, jako asystent, a potem starszy asystent – najpierw I Kliniki Chorób Wewnętrznych, prowadzonej przez prof. Mściwoja Semerau-Siemianowskiego, a od 1 kwietnia 1948 – II Kliniki – prof. Stanisława Wszelakiego. W dniu 5 lutego 1950 r. Rada Wydziału ALG przyznaje Mu stopień naukowy doktora medycyny po przedstawieniu rozprawy pt. „Próby leczenia ciężkich przypadków duru brzuszego za pomocą upustów krwi z następowymi przetoczeniami”. Od 1 września 1950 r. obejmuje stanowisko adiunkta w III Klinice Chorób Wewnętrznych, kierowanej przez prof. Jakuba Pensona. W tych czasach adiunkt (przeważnie jeden w klinice) był faktycznym zastępcą kierownika. Prowadził wykłady z hematologii oraz z kardiologii klinicznej wraz z elektrokardiografią. Tak więc było Mu danym pracować pod kierunkiem trzech wybitnych, nie tylko w skali Wybrzeża, ale w skali krajowej, internistów. Jeden z najwybitniejszych, prof. Stanisław Wszelaki, tak charakteryzował w roku 1950 tego młodego, bo 32-letniego lekarza: *jest pracownikiem w soko zaawansowanym w dziedzinie kardiologii i hematologii klinicznej; odznacza się wysoką dynamiką pracy, wybitnymi zdolnościami oraz bardzo znaczną pracowitością; odpowiednie przygotowanie ułatwi mu osiągnięcie wyższych szczebli w karierze naukowej, co do której ze względu na cechy charakterologiczne i dojrzały stosunek do zagadnień społeczno-lekarskich wydaje się predestynowany.* Niepospolite zdolności naukowe, dydaktyczne i organizacyjne sprawiły, że decyzją Centralnej Komisji Kwalifikacyjnej z dnia 2 października 1954 r. otrzymuje dr Dyk tytuł naukowy docenta. Były to bowiem czasy, kiedy panowało zamieszanie z tytułami naukowymi – funkcjonował np. wzorem radzieckim stopień kandydata nauk, a przewodów habilitacyjnych nie przeprowadzano. Niemniej, została Komisji przedłożona rozprawa habilitacyjna pt. „Niewydolność krążenia w ostrym, bakteryjnym zapaleniu wsierdca”. Po odejściu prof. Pensona do I Kliniki Chorób Wewnętrznych doc. Dyk pracuje nadal pod kierownictwem najpierw doc. Władysława Kiersta (lipiec 1956 – 1.10.1957), a następnie prof. Mieczysława Gamskiego (1.10.1957 – 31.03.1968). W 1964 r. odbywa dwukro-



Z żoną, dr med. Marią Dyk, (b. asystentką Kliniki ORL AMG) u Ojca Świętego

ny staż naukowy (łącznie 6-miesięczny) w Klinice Chorób Wewnętrznych, Klinice Endokrynologicznej i Klinice Reumatologicznej Karolinska Sjukhuset w Sztokholmie oraz Oddziale Kardiologicznym Kliniki Torakochirurgicznej, kierowanej przez światowej sławy prof. Craforda. W 1967 r. kolejny, dwumiesięczny staż odbył w Klinice Nefrologicznej Hôpital Necker w Paryżu (prof. J. Hamburger). Z dniem 1 kwietnia 1968 r. obejmuje ordynaturę Oddziału Wewnętrznego Szpitala im. Brudzińskiego w Gdyni. Rozwija ten oddział w pełnowartościową jednostkę kliniczną stwarzając własną szkołę. Wykształcił tam 7 specjalistów II stopnia i 20 stopnia I w zakresie chorób wewnętrznych. Tak jak w czasie własnego rozwoju naukowego i specjalistycznego, tak i teraz, a właściwie do końca swej pracy zawodowej, nie ustawał w śledzeniu piśmiennictwa. Korzystał z literatury lekarskiej francuskiej, angielskiej, niemieckiej, hiszpańskiej i włoskiej. Przedstawiał sobą niewyczerpaną skarbnicę piśmiennictwa i chętnie dzielił się tą wiedzą. W nieustannym dążeniu do samokształcenia wykazywał doskonałą organizację. Jeszcze w okresie „przedautomobilowym”, kiedy jak większość lekarzy dojeżdżał do pracy tramwajem (wtedy nr 8) dał się widzieć niezmiennie z czasopismem medycznym, lub słownikiem w ręku, nieraz przeglądając je nawet w pozycji stojącej. W ten sposób uczył się np. języka włoskiego, którym był zachwycony, a jak sam podkreślał, przy znajomości łaciny (a znał ją znakomicie) łatwym do przyswojenia. Był uroczym gawędziarzem – umiał opowiadać z ujmującym uśmiechem i wielkim poczuciem humoru. Umawiałem się z nim na sesję wspomnieniową o początkach Akademii, z zamiarem zapisu magnetofonowego, ale nie zdążyłem przed Jego chorobą. Zainteresowania Docenta (z resztą jak wielu, tytułowałem Go profesorem, kiedy już wielu Jego wychowanków było samodzielnymi pracownikami) nie ograniczały się bynajmniej do interny, czy nawet medycyny. Był człowiekiem renesansu. Posiadał głęboką wiedzę humanistyczną i cechowało go ogromne znanstwo sztuki, architektury, muzyki, historii. Kiedy doszło do otwarcia na Zachód, trzeba było ostrożnie dzielić się wrażeniami, a najlepiej dobrze się przygotować, padały bowiem kłopotliwe pytania, jak na egzaminie. Pamiętam „wykład” o *campanillach* w architekturze Italii – na szczęście jeszcze przed moją pierwszą wizytą w tym kraju. Już w czasie swojej długotrwałej choroby tłumaczył grekę,

której znajomość wyniósł z gimnazjum klasycznego. Nie obca była mu też pianistyka – wykonywał z powodzeniem utwory klasyków.

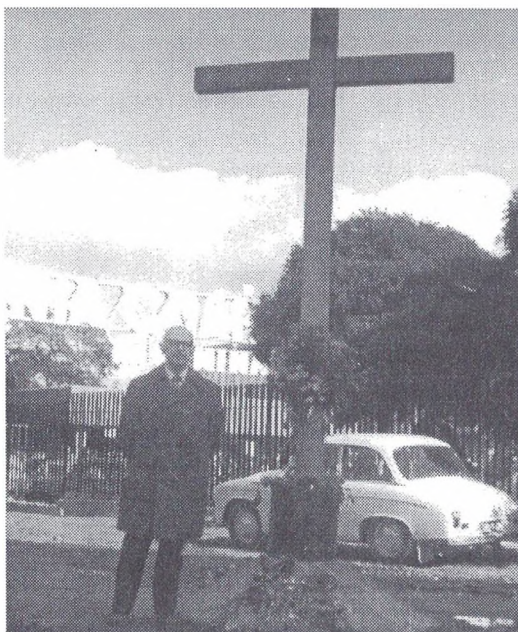
W dorobku naukowym, na który składało się ponad 100 pozycji w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym zawarty był przekrój jego bogatych zainteresowań. Dotyczyły one problemów hematologii, kardiologii, nefrologii, gastroenterologii, endokrynologii i kolagenoz. Szczególnie godne wyróżnienia są pozycje podręcznikowe, jak rozdział o chorobach tkanki łącznej w opracowaniu pod redakcją prof. Szczeklika (w 4 kolejnych wydaniach), czy monografia o mononukleozie.

Uczestniczył w zjazdach naukowych Europejskiego Towarzystwa Hematologicznego (Kopenhaga 1957), Międzynarodowego Towarzystwa Kardiologicznego (Bruksela 1958), Międzynarodowego Towarzystwa Ftyzjatrycznego (1963). Był członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego, Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W pierwszych 3 przewodniczył przez kilka kadencji gdańskim oddziałom. Wchodził w skład Komisji Immunopatologii PAN przewodnicząc Komisji Terapii Specjalnej (kolagenoz).

Był współorganizatorem pracowni EKG (1948–1950) i – wraz z prof. Ławkowiczem – pracowni endokrynologicznej oraz klinik wewnętrznych II i III. Niezrozumiałym było niewykorzystanie Go do prowadzenia klinik hematologicznej lub endokrynologicznej, do czego w ogólnym przeświadczeniu był predestynowany i przygotowany. Placówek tych zresztą wtedy nie powołano.

W czerwcu 1977 r. został odwołany ze stanowiska ordynatora w Gdyni, co upozorowano różnymi powodami, gdy w rzeczywistości miało to związek z działalnością syna Piotra (wówczas studenta, później absolwenta naszej Uczelni) w strukturach opozycyjnych. Piotr Dyk działał w Ruchu Młodej Polski, a jego ojciec, jak słyszeliśmy w czasie uroczystości pogrzebowych, nie tylko zapewniał temu ugrupowaniu opiekę lekarską, ale służył im radą, opartą na własnym konspiracyjnym doświadczeniu. Sympatyzował zresztą do końca z opozycją demokratyczną.

Ze szkodą dla pacjentów i szkolonej przez Niego kadry działalność doc.



W sierpniu 1980 r. pod krzyżem przed bramą Stoczni Gdańskiej

Dyka została ograniczona do funkcji konsultanta internisty w jednej z przychodni obwodowych w Gdańsku. Był bowiem *par excellence* klinicystą. Pozwalał jednak przywoływać się na konsultacje nawet do klinik Akademii. Uczestniczył też w życiu towarzystw naukowych dzieląc się swym bogatym doświadczeniem.

Posiadał następujące odznaczenia: Złoty i Srebrny Krzyż Zasługi, Medal 10-lecia PRL, odznakę resortową „Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia”, Krzyż Armii Krajowej.

Był ostatnim z wielkich, wszechstronnych internistów w Trójmieście i na Wybrzeżu. Uważam, że od Niego, jak wielu z mojego pokolenia, nauczyłem się medycyny. Po mistrzowsku uczył nas auskultacji, wystuchiwanie subtelnych różnic w tonach i szmerach sercowych, opukiwania, odróżniania szmerów oddechowych. To dla Niego między innymi (a może przede wszystkim) mój rok na własną prośbę ponownie został przypisany III Klinice, mimo niedogodności dojazdów na Łąkową. Z własnej woli dojeżdżaliśmy też na dodatkowe, nadobowiązkowe ćwiczenia wieczorne, na które poświęcał swój wolny czas.

W słoneczne, piątkowe popołudnie 17 marca odprowadziliśmy Go na miejsce wiecznego spoczynku. Niech ten tekst przyczyni się choć w części, aby tę niezwykłą postać wspaniałego lekarza, nauczyciela, humanisty i wielkiego patriotę ocalić od zapomnienia.

Non omnis moriar...

prof. Brunon Imieliński

POSIEDZENIA * TOWARZYSTWA * ZEBRANIA

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że dnia 31 marca o godz. 10.00 w Instytucie Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe.

W programie:

1. *Korelacje kliniczno-morfologiczne u chorych na raka jajnika na podstawie operacji sprawdzających typu „second look”* – lek. M. Dudziak, II Klinika Płodnictwa i Ginekologii AMG
2. *Współistnienie drugiego pierwotnego nowotworu złośliwego u chorych na raka jajnika* – dr med. Z. Studziński, Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku
3. *Olbrzymi włókniak kreski okrężnicy poprzecznej imitujący guz jajnika. Opis przypadku* – dr med. Z. Studziński, Wojewódzki Szpital Zespolony w Słupsku.

Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska

zapraszają na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się 5 kwietnia o godz. 14.15, w Dużej Sali Wykładowej Wydziału Farmaceutycznego AMG, Al. Gen. J. Hallera 107.

Dr farm. Jacek Teodorczyk, członek Rady Pomorskiej Regionalnej Kasy Chorych wygłosi referat *Funkcjonowanie kas chorych ze szczególnym uwzględnieniem gospodarki lekami w świetle znowelizowanej ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych*.

Na zebraniu przewidziane jest wystąpienie mgr farm. Barbary Jagielak, kierownika Wydziału Gospodarki Lekiem PRKCh.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne Oddział Morski

zawiadamia, iż posiedzenie naukowo-szkoleniowe wspólnie z firmą Schering-Plough odbędzie się dnia 5 kwietnia o godz. 11.00 w sali im. prof. Reichera.

W programie:

1. *Fizjologia wzrostu włosów – charakterystyka cyklu włosowego i patomechanizm łysienia. Łysienie związane z chorobami ustroju* – prof. L. Brzezińska-Wcisło, Klinika Dermatologii Śląskiej AM w Katowicach
2. *Zastosowanie różnych postaci pirośluzanu mometazonu – Elocorm w leczeniu alergicznych chorób skóry*
3. *Nowe preparaty Schering-Plough w dermatologii* – dr M. Leńska.

Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział Gdański

zaprasza na posiedzenie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się dnia 7 kwietnia godz. 10.00 w sali wykładowej Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 14.

W programie:

1. *Laboratoryjna ocena gospodarki tlenem* – prof. A. Hoppe, Katedra i Zakład Fizjopatologii AMG
2. Firma AVL prezentuje analizator hematologiczny PENTRA 60.

Sekcja Zakażeń Chirurgicznych Towarzystwa Chirurgów Polskich oraz Oddział Gdańsko- Pomorski Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

zapraszają na posiedzenie naukowo-szkoleniowe *Zakażenia w przebiegu cewnikowania dużych naczyń żylnych*, które odbędzie się 8 kwietnia o godz. 11.00 w sali wykładowej im. Mozołowskiego Budynku Zakładów Teoretycznych, ul. Dębinki 1. W programie:

1. *Centralny dostęp żylny: wskazania i powikłania* – dr Korta, Katedra Anestezjologii AM w Warszawie
2. *Powikłania septyczne w długotrwałym cewnikowaniu centralnych naczyń żylnych* – dr J. Lamek, Katedra i Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Gdańsku
3. Dyskusja, udział biorą: prof. W. Łysiak-Szydłowska z Zakładu Żywienia Klinicznego i Diagnostyki Laboratoryjnej AMG, dr R. Sabiniewicz z Kliniki Kardiologii Dziecięcej AMG, dr A. Samet z Zakładu Bakteriologii Klinicznej AMG, prof. J. Suchorzewska z Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG, moderator – prof. Z. Gruca z Kliniki Chirurgii Ogólnej Endokrynologicznej i Gastroenterologicznej AMG

Oddziały Gdańskie Polskiego Towarzystwa Cytometrycznego, Polskiego Towarzystwa Onkologicznego i Polskiego Towarzystwa Immunologii Doświadczalnej i Klinicznej

zapraszają na minisympozjum *Rola apoptozy w biologii i klinice nowotworów*, które odbędzie się 11 kwietnia w godzinach 14.00–16.00 w sali im. Hillera w budynku Zakładów Teoretycznych AMG przy ulicy Dębinki 1.

W programie:

1. *Wprowadzenie* – dr hab. J. Bigda
2. *Apoptoza towarzysząca radioterapii* – lek. R. Dziadziusko
3. *Analiza efektu przeciwnowotworowego TNF wobec czerniaka Bomirskiego* – mgr P. Koszałka
4. *Apoptoza towarzysząca chemioterapii* – lek. K. Konopa
5. *Linia U937 jako model badań nad apoptozą* – mgr L. Kuszubowska
6. *Podsumowanie* – prof. J. Jassem.

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Oddział Gdańsko-Pomorski oraz firma farmaceutyczna EGIS Polska

zapraszają na konferencję poświęconą *Współczesnym metodom leczenia zaburzeń lękowych*, która odbędzie się w dniu 12 kwietnia o godz. 12.00 w sali konferencyjnej Hotelu Posejdon, Gdańsk ul. Kapliczna 30. W programie:

1. *Diagnostyka zaburzeń lękowych* – dr n. med. P. Pankiewicz, I Klinika Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
2. *Farmakologiczne i pozafarmakologiczne metody leczenia zaburzeń lękowych* – lek. K. Sottys, II Klinika Chorób Psychiczych AM w Gdańsku
3. Informacje o działalności Centrum Interwencji Kryzysowych
4. Prezentacja preparatów AFOBAM i SPAMILAN – lek. Rejmus, przedstawiciel naukowy EGIS Polska.

POSIEDZENIA * TOWARZYSTWA * ZEBRANIA

Polskie Towarzystwo Ginekologiczne Oddział Gdański

zawiadamia, że dnia 14 kwietnia o godz. 10.00 w Instytucie Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG, ul. Kliniczna 1a odbędzie się posiedzenie szkoleniowo-naukowe. W programie:

1. *Nietrzymanie moczu w praktyce lekarza ginekologa* – prof. T. Rechberger, AM w Lublinie
2. *Patofizjologia, diagnostyka, leczenie nadreaktywności pęcherza moczowego* – dr med. P. Radziszewski, Klinika Urologii AM w Warszawie
3. *Przypadek hyperstymulacji jajników* – dr med. W. Gościński, I Klinika Płodnictwa i Ginekologii Instytutu Płodnictwa i Chorób Kobiety AMG

Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych Oddział Gdański

zaprasza na zebranie naukowo-szkoleniowe, które odbędzie się w dniu 26 kwietnia o godzinie 11.00 w sali wykładowej Kliniki Chorób Zakaźnych im. Prof. W. Bincera, ul. Smoluchowskiego 18. W programie:

1. *Monitorowanie bakteriologiczne gronkowcowych zakażeń zagrażających życiu* – dr n. med. A. Samet, mgr A. Sledzińska, Zakład Bakteriologii Klinicznej SPSK 1 AMG
2. *Posocznice gronkowcowe w materiale własnym* – dr J. Elert-Żygadłowska, dr M. Kowalik, dr M. Ortowski, dr R. Pajuro, dr H. Trocha, dr L. Weyna, Klinika Chorób Zakaźnych AMG.

Lekcja Kliniczna Instytutu Chorób Wewnętrznych

odbędzie się 26 kwietnia o godz. 12.00 w sali im. S. Wszełakiego. Omawiane przypadki pochodzą z Katedry i Kliniki Chorób Płuc i Gruźlicy AMG:

1. *Ciężka zatorowość płucna o nieznannej etiologii* – dr A. Zieliński
2. *Współistnienie czynnej gruźlicy i aspergillozy płuc* – dr K. Kuziemski

Przeczytane...

... zostanie wam
dom wasz pusty ...

Nieszczęściem jest, kiedy naród nie słucha swoich proroków, kiedy naród kamieniuje swoich proroków i krzyżuje. Ale największym nieszczęściem jest, gdy naród nie ma swoich proroków. Gdy nie ma tych, którzy lepiej widzą, więcej wiedzą, bardziej chcą. Gdy nie ma swoich autorytetów, swoich wzorców. Taki rozproszony naród łatwo skłócić, łatwo zniszczyć.

ks. Mieczysław Maliński,
Tygodnik Powszechny 1982

Wybrał prof. Romuald Sztaba

Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział Gdański i Polskie Stowarzyszenie Bioterapeutów (BIOPOL) w Warszawie

zawiadamiają, że kolejne zebranie naukowo-szkoleniowe *Problemy współczesnej medycyny* odbędzie się w dniu 28 kwietnia o godz. 12.00 w sali im. L. Rydygiera AMG. W programie:

1. *Współczesna medycyna nauka – sztuka* – kol. J. Stolarczyk
2. *Medycyna niekonwencjonalna fakty i mity* – kol. S. Abramowski.
3. Dyskusja.

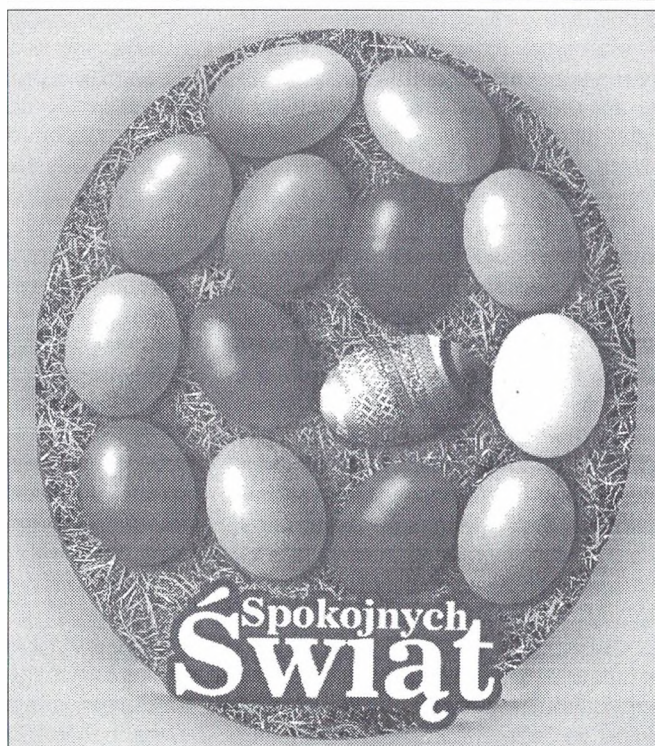
Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska i Koło Gdańskie Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski

zapraszają na odczyt dr. med. Piotra Pankiewicza z I Kliniki Chorób Psychiczych AMG *Zaburzenia depresyjne w świetle współczesnych poglądów*. Odczyt będzie wygłoszony 29 kwietnia o godz. 9.00 w sali nr 2 Wydziału Farmaceutycznego AMG (Al. Gen. Hallera 107).

Polskie Towarzystwo Medycyny Sądowej i Kryminologii Oddział Gdański

zaprasza na zebranie naukowe, które odbędzie się dnia 28 kwietnia o godz. 13.00 w bibliotece Zakładu Medycyny Sądowej AMG. W programie:

1. *Tatuaż w aspekcie medyczno-sądowym i kryminologicznym* – dr med. K. Malinowski, Katedra Kryminologii Wydziału Prawa UG
2. *Wpływ grzybów halucynogennych na organizm człowieka* – mgr E. Sienkiewicz, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej Specjalistycznego Szpitala im. Św. Wojciecha Adalberta w Gdańsku
3. Dyskusja i wolne wnioski.



Lekarski pitaval zachodnio-europejski

Nasze „środki masowego przekazu” obiegły ostatnio liczne relacje o dramatycznie zakończonych przypadkach zaniedbań i karygodnych przykładach lekceważenia przez pracowników ochrony zdrowia ich obowiązków. Wiele składa się na karb niepowodzeń reformy i niedostatków organizacyjnych naszych placówek. Przeciwstawia się naszą kulawą organizację ochrony zdrowia wzorowym (w odbiorze powszechnym) modelom „zachodnim”. Znajduje to nawet odzwierciedlenie w próbach wysyłania pacjentów na „leczenie zagraniczne”. Oczywiście, nic albo zgoła niewiele da się powiedzieć na usprawiedliwienie wymienionych na wstępie krajowych wydarzeń, bulwersujących społeczeństwo. Ale przyjrzyjmy się, jakie sprawy wstrząsają opinię publiczną za naszą zachodnią granicą.

Popularny tygodnik *Der Spiegel* (nr 5/2000) w artykule pt. „Śmiertelna fuszerka” relacjonuje:

Liczba błędów w sztuce lekarskiej w praktykach i w szpitalach wzrasta. Winię ponoszą nastawieni na nadmierne zyski lekarze, a wiele spośród ofiar błędów i pomyłek nie może uzyskać zadośćuczynienia. Nauczycielka wf i trenerka piłki ręcznej Ulrike Schmidt, lat 39, z powodu bólów w prawym kolanie zgłosiła się do Kliniki Uniwersyteckiej w Marburgu. Przewidziane było wykonanie u niej artroskopii – nieszkodliwego, rutynowego zabiegu rozpoznawczego. Początkowo kategorycznie nie zgadzała się na ogólne znieczulenie. Ale wypersadowano jej, że uchroni to ją, jak i lekarzy od niepotrzebnego stresu. Był to jeden z takich dni, w którym nic się nie dzieje tak jak powinno. Anestezjolog Mathias R. miał po raz pierwszy od 3 tygodni prowadzić znieczulenie. Doświadczony kolega, specjalista anestezjolog opiekował się w sąsiednim pomieszczeniu żoną byłego szefa i doglądał młodego kolegę tylko od czasu do czasu. Pielęgniarka anestezjologiczna musiała równocześnie pomagać na 3 salach operacyjnych, a ta sala nie była w pełni wyposażona w aparaturę. Młody anestezjolog rozpoczął narkozę podając 150 mg Propofolu, jak też, dla zniesienia napięcia mięśni 100 mg succinylcholin, tak jak to robił wielokrotnie (miał za sobą 2000 znieczuleń). Kiedy

przystąpił do intubacji i nie mógł utożsamić strun głosowych, przerwał próbę, podłożył pacjentce poduszkę pod głowę i ponowił próbę z prowadnicą. Wkrótce siostra zgłosiła, że zamiast szmerów oddechowych słyszy bulgotanie w żołądku – najwyraźniej mieszanaka zamiast do tchawicy wchodziła do przełyku. Anestezjolog przerwał znieczulenie, a przy ponownej próbie wystąpiły kipiące szmery w gardle pacjentki i ukazał się na wargach przejrzysty płyn. Wezwany starszy lekarz nie widział potrzeby przywołania szefa i nie wypowiedział się na temat wadliwej intubacji. Gdy mimo wszystko rozpoczęto działanie chirurgiczne, pacjentka była śina. Anestezjolog nie odważył się wstrzymać operacji. W niespełna 5 godzin od indukcji pacjentkę uznano za zmarłą. Lekarz wypełnił formularz zgonu stawiając rozpoznanie „śmierć z przyczyn naturalnych”. To nasunęło wątpliwości prokuratorowi już pierwszego dnia, wszczął więc postępowanie o spowodowanie zgonu przez zaniedbanie i próbę zatuszowania przestępstwa. Choć sportsmenka Ulrike Schmidt zmarła w 1992 r. postępowanie jeszcze trwa. Najpierw wypowiedział się prof. Reinhard Hilgermann z Zakładu Medycyny Sądowej w Marburgu stwierdzając śmierć mózgu na podłożu niedoboru tlenu, spowodowanego wadliwą intubacją. Wtedy wkroczył biegły z Heidelbergu Uwe Bleyl. Dowodził on, że na skutek skurczu oskrzeli doszło do balonowego rozdęcia płuc, co utrudniło dopływ krwi do lewej komory serca. Następni dwaj biegli choć za możliwe uznali oba warianty, jednak żadnego za dowiedziony. Aktualnie powołano piątego biegłego, profesora anestezjologii z Mannheim, Jensa Petera Striebla. Za najprawdopodobniejszą przyczynę wadliwego oddychania uznał on dyletantkie postępowanie. Znieczulenie nie powinno być dalej prowadzone bez odpowiedniego sprzętu obserwacyjnego i jednoznacznego wyjaśnienia niezwykle trudnych szmerów oddechowych. Jak w przypadku czegokolwiek wątpliwego należało je wg zasady *if in doubt, take it out* – przerwać. Obaj anestezjodrzy z Marburga dawno już zrobili karierę gdzie indziej. Postępowanie przeciwko specjalistom będzie wznowione po wymianie korespondencji pomiędzy sędzią, adwokatem i prokuratorem. Za długotrwałość postępowania dochodzeniowego należy, zdaniem sędziego, obciążyć oskarżonych. Jak dotąd dzieci nie otrzymały ani odszkodowania za utratę matki ani nawiazki za ból. Brat zmarłej mówi, że błędy popełnia każdy,

również lekarze, którzy decydują o życiu i śmierci, ale nie wolno im grać na nosie obywatelom i mówić – „nie możemy nam nic zrobić”.

Że uzależnienie od kontrowersyjnej ekspertyzy może mieć fatalne następstwa wskazuje także przypadek Ferdnanda Schedlbauera z bawarskiego Zandt. Chłopiec 10-letni złamał nogę na nartach. Przetransportowany karetą do szpitala powiatowego w Cham, gdzie ordynator określił uraz jako bagatelę uspokajając z troskanych rodziców. Po 12 dniach dziecko zmarło w Szpitalu Braci Barmherzigen w Regensburgu. Co zaszło w międzyczasie i kto jest odpowiedzialny za śmierć młodego Ferdynanda jest sprawą sporną. Pewne jest, że kazano mu wcześniej odciążać złamaną nogę i podejmować bolesne próby chodzenia bez sztućca. Po 5 dniach wypisany ze szpitala Cham, po dalszych 2 dniach zaczął skarżyć się na zawroty głowy i złe samopoczucie. Przywołany lekarz domowy rozpoznał infekcję grypopodobną podrażnieniem żołądka i przepisał odpowiednie do tego leczenie. Kiedy chłopiec w kilka godzin później skarżył się na ból oka, stał się apatyczny i pokładał się, ponownie wezwany lekarz domowy stwierdził przedawkowanie leków i zaproponował skierowanie do szpitala. W szpitalu w Regensburgu, dziecko zmarło, a jako przyczynę podano bakteryjne zapalenie opon mózgowych. W dalszym przebiegu sprawy orzekały sądy kilku instancji. Ojciec dziecka, renciści musieli wydać 18.000 DM za różne orzeczenia eksperckie.

W klinice w Kassel 52-letni ojciec rodziny miał mieć usunięty płat lewego płuca z powodu guza. Operatorzy pomylili strony i usunęli dużą część zdrowego płuca prawego. Szpital przyznając że miała miejsce „niefortunna operacja” dobrowolnie ocenił odszkodowanie na 100.000 DM, co niewiele pomogło choremu – nadal walczy on teraz o swoje życie.

Ciągle powtarzają się w praktykach szpitalach w Niemczech te same błędy sumujące się niedbalstwem i problemami organizacyjnymi prowadzącymi do ludzkich tragedii. Nieostre zdjęcia rentgenowskie, wykonane przez dyletantów i błędnie oceniane przez źle wyszkolonych medyków prowadzą w diagnostyce radiologicznej do powtarzających się skutków śmiertelnych. W Hamburgu pewien radiolog po badaniu rentgenowskim 65-letniej kobiety napisał *brak cech procesu złośliwego*. Po 19. dniach udała się do pewności na badanie do ginekologa i dyktatora w szpitalu, który napisał

Co w prasie piszczy

Żyjemy dłużej – według najnowszych danych GUS Polki żyją przeciętnie 77, a Polacy 69 lat, to jest o trzy lata dłużej niż na początku lat 90. Przeciętny Polak żyje 72,5 roku. Na tle innych narodów nie wypadamy najlepiej. W badaniach nad długością życia, które WHO przeprowadziła w 47 krajach zajęliśmy 44 miejsce. Długość życia populacji jest ściśle związana z poziomem wykształcenia i zamożnością – powiedział przedstawiciel WHO w Polsce. W Polsce żyje około 2 tysiące osób, które mają 100 lat lub więcej. Na całym świecie liczba stulatków wzrasta.

Publiczna służba zdrowia działa źle – tak uważa prawie 4/5 pytanym przez CBOS Polaków. Zadowolonych jest zaledwie 16 procent ankietowanych. Nigdy przedtem służba zdrowia nie zebrała tak złych opinii. Dlaczego jest tak źle, skoro miało być tak dobrze? Dlaczego z reformy służby zdrowia jesteśmy tak

bardzo niezadowoleni? Z sondażu wynika, że 30% społeczeństwa rezygnuje dziś z jakiejś formy świadczeń zdrowotnych – albo nie wykupuje zapisanych leków, albo nie leczy zębów itp. Nie stać ich. Jak będzie za kilka lat, jeśli system w dalszym ciągu będzie dryfował w kierunku coraz większych obciążeń pacjentów?

W tym roku Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej przeznaczyło na restrukturyzację szpitali w całej Polsce 350 milionów złotych. Aby część tych pieniędzy trafiła do naszego województwa, trzeba najpierw przygotować regionalny plan restrukturyzacji. Niestety, regionowi pomorskiemu brak lidera, który miałby koncepcję tych zmian. Takimi osobami we wszystkich województwach są dyrektorzy departamentów zdrowia przy urzędach marszałkowskich. Pełniący tę funkcję Jerzy Karpiński uważa, że powinno powołać się osobę koordynującą pracę szpitali w całym województwie.

Trybunał Konstytucyjny w sprawie zwolnień lekarskich orzekł, że nie lekarz, ale placówka medyczna, w której jest zatrudniony powinna pokrywać koszty archiwizacji i wysyłki zwolnień

do ZUS. Tym samym TK odmówił rozpatrzenia wniosku o kontrolę konstytucyjności art. 58 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

Rada Ministrów zaakceptowała warunki spłaty 1 mld. zł pożyczonego z budżetu przez Kasy Chorych. Oprocentowanie pożyczki wyniesie w skali roku 0,1%. Na posiedzeniu w dniu 29 lutego RM zaakceptowała również informację o sytuacji finansowej kas chorych, przedstawioną przez Teresę Kamińską, prezesa Urzędu Nadzoru i Ubezpieczeń Zdrowotnych.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy poinformował o pierwszych wygranych przez lekarzy sprawach sądowych o zapłatę za 3 lata wstecz wynagrodzenia za dyżury, jak i za godziny nadliczbowe. Pierwszy taki wyrok wydał Sąd Rejonowy w Białymstoku (Wydział VI Pracy) i dotyczy on pracowników SPZOZ w Sokółce.

opracowała dr Emilia Mierzejewska

na podstawie *Gazety Wyborczej* z: 29.01, 21.02, 8.03.2000 r.; *Kuriera Elektronicznego Medycyny Praktycznej*.

karcie: *zdjęcia przejrzałem* – b.z. Gdyby nie nieufność pacjentki, błąd obu lekarzy doprowadziłby do tego, że rak nie zostałby rozpoznany tak wcześnie, jak powinien. Kiedy krótko potem inni lekarze rozpoznali definitywnie raka piersi i konieczność natychmiastowej operacji ordynator przyznał, że jego znajomość mammografii nie jest dostateczna na tyle, aby wyciągać z tego badania właściwe wnioski. Sąd w Hamburgu przyznał 100.000 DM tytułem odszkodowania za straty i ból. Z powodu apelacji złożonej przez lekarzy postępowanie toczy się dalej.

Błędy rozpoznawcze zaliczają się do najczęstszych omyłek lekarskich. Na przykład, w Hamburgu lekarz błędnie ocenił możliwe następstwa wykrytej torbieli u 59-letniej pacjentki. Zakażenie rozwijało się dalej, w końcu koniecznych było 20 operacji. Obecnie chora musi do końca życia leżeć w łóżku w pozycji na brzuchu. Sąd zasądził od lekarzy 450.000 DM odszkodowania za ból.

Postępy medycyny nie wpływają na zmniejszenie popełniania błędów. Lekarze niższych instancji coraz więcej stosują w praktykach drogie techniki. Przez używanie takiej wyszukanej apa-

ratury koszty jej, jak i usługi lepiej się amortyzują. Zdarza się, że pacjent staje się dopiero naprawdę chory wskutek zastosowanej terapii. W Hamburgu pewien okulista przeprowadzał zbędne operacje swoim pięknym, nowym aparatem laserowym. U młodego mężczyzny doszło wkrótce po zabiegu do zmętnienia soczewek i znacznego upośledzenia ostrości wzroku. W postępowaniu lekarza – orzekł biegły – bardziej chodziło o „taryfę usług” niż o konieczność zastosowania tej metody leczenia. Pacjent ledwie widzi, ale otrzymał 25.000 DM odszkodowania.

W szpitalach często autorytarna hierarchia i nieograniczona władza kierownika kliniki prowadzą do fuszerki – jak dowodzi np. skandal z radioterapią w Uniwersyteckim Szpitalu Eppendorf w Hamburgu. Przez wiele lat kierownik Kliniki Chorób Kobiectych Hans Joachim Frischbier pracował przestarzałymi metodami stosując naświetlania piersi i podbrzusza u setek chorych na raka kobiet zbyt dużymi dawkami. Żaden z jego podwładnych nie ośmielił się powstrzymać potężnego koryfeusza. Jak długo młodzi asystenci muszą obawiać się o swoją karierę, gdy tylko próbują krytykować – mówi hamburski

prawnik prowadzący sprawę medyczne – takiego stanu rzeczy nie uda się pokonać. W wyniku arogancji kierownika kliniki 210 kobiet musi cierpieć: niektórzy mają tylko trudności w poruszaniu się, inne mają sztuczne odbyty i odprowadzenia z pęcherza. W rezultacie wydział odszkodowań będzie płacić 70 milionów DM.

Najwyższe dotąd odszkodowania w Niemczech przychodzi płacić za przypadki na salach porodowych. Asystent w bawarskiej klinice Weiden – jak stwierdził sąd cywilny – nie zareagował dostatecznie szybko na odchodzące u rodzącej zielone wody płodowe. Za późno wezwano pediatrę, a starszy lekarz gdzieś się oddalił. Dziecko omal się nie udusiło, a obecnie jest niewidome, nie mówi i ma spastyczne porażenie. Rodzice otrzymali odszkodowanie w wysokości ponad miliona DM.

Wina za takie błędy jest często następstwem morderczej presji, pod którą muszą pracować lekarze szpitalni. Są oni przepracowani 24-godzinny dyżurami, zbyt gęsto rozłożonymi w czasie. U pacjentki w Hamburgu chirurg zamiast lewego kanału cieśni nadgarstka, jak planowano, zoperował prawy. Umożliwiło to poszkodowanej wyko-

nywanie pracy kasjerki. Na rozprawie lekarz bronił się, że przy bardzo wypełnionym planie działań, musiał polegać na informacji anestezjologa, a koleżanka podała mu ją błędną.

Wielu tych sytuacji udałooby się uniknąć gdyby liczne, powtarzające się błędy były dokumentowane. Tak się dzieje z licznymi operacjami dysków, często z niedostatku opieki pooperacyjnej. Pacjentka 54-letnia z Bremy otrzymała 350.000 DM odszkodowania kiedy nie rozpoznano krwotoku w przebiegu pooperacyjnym i leczenie zakończyło się niepowodzeniem.

W minionych latach ustaliły się standardy, w myśl których sądy zawsze przyznawały wysokie sumy odszkodowań. Tak 22-letni mężczyzna uzyskał za nieudaną operację serca w Schleswigu, tytułem średniego stopnia okaleczenia, 130.000 DM. W Kassel 54-letniej kobiecie przyznano 600.000 DM po operacji kręgosłupa, po której nie mogła poruszać żadną z czterech kończyn. Kobiecie w Oldenburgu przyznano 30.000 DM za nieuzasadnione usunięcie prawej nerki. W Stuttgarcie 20-letniej kobiecie przyznano 60.000 DM za nieuzasadnione spowodowanie bezpłodności przy sztucznym poronieniu.

Skargi mnożą się, zwłaszcza w dużych aglomeracjach. Podłoże stanowi organizacja pracy typu anonimowej taśmy produkcyjnej w dużych szpitalach, a także pomyłki w czasie transportu chorego.

Towarzystwo Ubezpieczeniowe Winterthur, ubezpieczające 11.000 lekarzy od odpowiedzialności zawodowej wśród przyczyn podkreśla tzw. czynnik ryzyka. W tym ujęciu za najślabsze ogniwo ochrony zdrowia uważane są kliniki. Krytyczni lekarze, jak chirurg Hansis, podkreślają, że sami lekarze muszą pilnie pracować nad strategią unikania błędów.

Fachowcy domagają się także rozszerzenia zakresu wytycznych, które stanowiłyby precyzyjne plany postępowania w poszczególnych chorobach i obrażeniach. W Niemczech określone są 782 wytyczne specjalnej terapii, gdy np. w USA jest ich 1500. Tam gdzie nie ma przepisów trudno wykazać uchybienia. Dlatego adwokaci utrzymują, że kasy chorych nie mają żadnej szansy wykrywania błędów. Gdyby zostały ustalone standardy jakościowe, w formie kierunkowych linii postępowania, pacjenci i sądy miałyby w ręku narzędzie, przy pomocy którego mogłyby oceniać błędy. Byłaby to także silna motywacja dla lekarzy, aby schludnie pracować. Związek przemysłowy kas

chorych w Bawarii obliczył, że w razie zwiększenia liczby wytycznych można by zaoszczędzić rocznie około 2,25 miliardów DM. Skorzystałby na tym przy reformie ochrony zdrowia także rząd. Rząd i kasy chorych chcą teraz na lekarzy wywrzeć nacisk.

Wielu lekarzy uważa ten projekt za instrument kontroli i represji. Krajowa Izba Lekarska lamentuje, że zwiększenie liczby wytycznych nie byłoby sprawiedliwe. Przede wszystkim lekarze obawiają się mnogości ocen, które przy zabiegach, nie zawsze w 100% rokujących sukces, mogą stanowić czynnik powstrzymujący, jak to od dawna dzieje się w USA. Hipochondrycy i łowcy odszkodowań mogą, wsparci przez roszczeniowych adwokatów, obrzucić lekarzom życie. Jednak brak takich wytycznych przesuwają ciężar ustalania przyczyn błędów lekarskich na sądy. Prawnicy muszą zaś w tej sytuacji polegać na biegłych, którzy przejmują w „unii personalnej” funkcje adwokatów, prokuratorów i sędziów.

Dla poszkodowanego pacjenta prawie bez wyjątku dochodzenia powodują dalsze straty. Laicy mają skąpe szanse na zadośćuczynienie, ponieważ nie potrafią nawet w przybliżeniu określić lekarskiego podłoża sprawy. Jeden z biegłych, dyrektor Oddziału Neurochirurgii uniwersytetu Zagłębia Saary Ludwig Auer narzeka szczególnie na mizerną dokumentację. Podkreślają to także prawnicy zajmujący się medycyną. Hamburski adwokat Juergen Schacht ustosunkowując się do rzekomo zgubionej dokumentacji zaskarżył pewien szpital o ukrycie rozstrzygających dokumentów. Wiele historii chorób nie jest niczym więcej jak zbiorem znaków pisarskich. Także kasy chorych nie wiedzą wiele o tym co przysługuje ubezpieczeniobiorcom. Jest katastrofą, że wiemy tyle co nic o poszczególnych historiach chorób – mówi jeden z szefów kas chorych. Podczas kiedy w ten sposób lekarze mogą tuszować partactwa – mówi jeden z adwokatów pacjentów – ci, którzy ukrywają ich błędy zastrzegają na miano głupców.

Kasy jednak oświadczają, że chcą ulepszyć jakość postępowania. Należy dążyć do zaoszczędzenia każdej sumy pieniędzy, które dotąd wydawane są z powodu fuszerek. Nie ma problemu właściwego uświadomienia sobie tego zjawiska, ale należy je postawić na ostrzu noża. Obniżenie poziomu opieki kosztuje kasy w poszczególnym przypadku od 1 do 1,5 miliona DM. Około 120 milionów DM w ubiegłym roku kosztowały jedną z kas roszczenia za zanie-

dbania diagnostyczne i lecznicze, a utajone liczby są nawet większe. Z niewielu poszkodowanych melduje bawiarz o tym kasom.

Aby temu zaradzić w Wuppertalu zainstalowano ogólnokrajową gorącą linię dla poszkodowanych. Rezonans był niespodziewany – tylko w październiku ub.r., w pierwszym miesiącu funkcjonowania wpłynęło ponad 1000 zgłoszeń.

Mieszanka niechlujstwa, przypadki i mactwa nie jest rzadkością. Raporty z niemieckich Izb Lekarskich są często przerażające. Błędy sztuki lekarskiej nie znajdują jednak odzwierciedlenia w oficjalnych statystykach. Pradziwe szkody, twierdzi rzecznik stowarzyszeń pacjentów w Bawarii, należą do najbardziej strzeżonych tajemnic Republiki. Doradztwo pacjentów w Hamburgu szacuje liczbę błędów sztuki na ponad 400.000 rocznie. Koszta tych błędów osiągające wcześniej około 15 milionów DM rocznie, wzrosły w roku 1994 do 415 milionów DM. Nowsze sądzia nie są znane, ponieważ nie ma rejestru błędów lekarskich.

Ogólnoniemieckie stowarzyszenie pacjentów – największe ugrupowanie lobbystyczne ofiar fuszerek lekarskich ocenia na podstawie oficjalnych danych naukowych, że rocznie umiera z tych przyczyn 25.000 osób – co stanowi dwukrotną liczbę zgonów w następstwie wypadków drogowych. Według średnich szacunków tylko z powodu zaniedbań higienicznych ginie 10000, a 6000 z powodu stosowania niewłaściwych leków. Prezydent stowarzyszenia pacjentów mówi: „nasz system ochrony zdrowia stał się największym niebezpieczeństwem dla naszego zdrowia”. Prezydent Krajowej Izby Lekarskiej nie przyjmuje winy na swoje stowarzyszenie. Sytuacja w Izbach Lekarskich jest niezadowolająca – 50 milionów nadgodzin rocznie mają jego koledzy nieopłacone. Ich wyczerpanie odbija się na chorych.

Każdy spektakularny przypadek rozniesie dalszy brak zaufania. Tymczasem procesy wątpliwych przypadków ciągną się długo.

Liczne związki i organizacje są pomocowe organizują ofiary błędów leczenia do działania. Orzekający i rojemcy Krajowej Izby Lekarskiej oprócz wzywają zażalenia i skargi chorych odnotowują dwukrotny wzrost wniosków pomiędzy 1990 i 1996 rokiem. Specjaliści oceniają, że od tego czasu 15.000 skarg na partactwo wpływa do instancji przyobywatelskich. Tylko do ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, którą muszą płacić za błędy, liczba zgłoszeń o szkodach wzrosła w ostatnich 5

tach o 75%. I zewsząd wpływają postępowania prokuratorskie przeciwko lekarzom o uszkodzenia ciała. W ramach reformy ochrony zdrowia 2000 rząd federalny będzie patrzył bardziej na ręce lekarzom: w przyszłości kasy powinny być zobowiązane pomagać pacjentom w razie przemilczania błędów w leczeniu. Dotychczas mogły one decydować według własnej oceny czy i jak należy im pomóc. Lekarzom groziła zaledwie kara w postaci ostrzejszego upomnienia. Przyczyn niechłujstwa sama reforma nawet stosowaniem twardszych ustaw represyjnych nie może usunąć. Ciągłe jeszcze wiele błędów leczenia wynika z ignorancji i arogancji części kasty zawodowej, którą cechuje zarozumiałstwo. Motto: *kiedy ktoś jest zaaprobowany – nie musi więcej się uczyć*. Mamy wiele dowodów błędnego leczenia, ale ten zasób informacji nigdy nie będzie ujawniony – mówi dyrektor Kliniki i Polikliniki Urazowej w Bonn.

Czasy ślepego zaufania między lekarzem, z jego rzekomo wszechmocną zdolnością ratowania życia, a pacjentem dawno już przeminęły. Także mur lekarski zaczyna się kruszyć. Od 20 lat każdy błąd w postępowaniu jest całkowicie przemilczany – mówi chirurg urazowy z Bonn – jeśli ktokolwiek wypowie to słowo, lekarze dostają od razu wysypki.

Kasy chciałyby także przyspieszyć procesy. Ze względu na duże niedostatki wiedzy i informacji, wysokie ryzyko procesów jak też szykujące się zmiany w ustawodawstwie, niektórzy pacjenci nie będą próbowali zgłaszać swoich roszczeń. Jeśli jednak prawa pacjentów ulegną wzmocnieniu spowoduje to podwyższenie kosztów lekarzom i szpitalom. Kiedy pacjenci dojrzeją i prawa ich będą bardziej uznawane, rejestrowane liczby błędów dramatycznie wzrosną. Ale będzie też poprawiała się strategia ich unikania, a jakość postępowania leczniczego będzie ulegała poprawie. Wtedy każdy szpital będzie naprawdę obawiał się pogorszenia wizerunku w wyniku wdrożenia procedury karania.

Statystyka błędów

Chirurgia	66,4%
ginekologia i położnictwo	18,0%
interna	6,5%
neurologia i psychiatria	2,5%
okulistyka	2,0%
pediatria	1,4%
anestezjologia	1,1%
ortopedia	1,1%
otorinolaryngologia	1,0%

Niedostatki higieny – 10.000 zgonów rocznie.

Prawdziwym „kąskiem” do Pitavalu jest jednak historia, jaka miała miejsce

w Wielkiej Brytanii. W tym kraju, którego system opieki zdrowotnej *National Health Service* uchodził do końca lat 70. za wzorowy, nie dzieje się najlepiej. Dowiodły tego raporty z ostatniej epidemii grypy, kiedy pacjenci umierali w izbach przyjęć zanim ustalono ich uprawnienia, albo na korytarzach przepełnionych szpitali. To co zdarzyło się w Manchesterze przejdzie jednak do kronik nie tylko brytyjskich. Donosi o tym *Der Spiegel* (nr 6/2000) w artykule „Śmiercionośne zastrzyki dziwnego doktora”. Lubiany przez swych podopiecznych lekarz domowy uśmiercił co najmniej 15 pacjentów. Psychologowie zastanawiają się nad motywami działania doktora-zabójcy. Kiedy sędzia Thayne Forbes skazał go na dożywocie za 15 udowodnionych zabójstw, obserwatorzy ptakali, krzyczeli „tak!”, albo wyrażali gniewnie pięściami. Nikczemność tego co pan zrobił jest niewyobrażalna i wykracza poza wszelki opis – uzasadniał sędzia. Z nieodgadniętym wyrazem twarzy przyjął wyrok 54-letni lekarz Harold Shipman. Prawie do końca brodaty doktor kłamał, że swoich niespodziewanie zmarłych pacjentów nie zabijał przedawkowaniem heroiny. Jednak śledczy podejrzewają, że ma on na sumieniu znacznie większą liczbę pacjentów. Policja ustala przyczyny śmierci w dalszych 23 przypadkach i uważa za możliwe, że liczba ofiar może sięgać 150. Już teraz Shipman zaliczany jest do największych seryjnych morderców w historii kryminalnej Wielkiej Brytanii. Ale nie sama wysoka krwiożerość i perfidna wydajność w unicestwianiu ufnych pacjentów porusza umysły społeczeństwa, także brak przekonywującej motywacji. Tylko w przypadku ostatniego morderstwa Shipman przyznaje się do chęci wzbogacenia się. W przeciwieństwie do innych seryjnych morderców nie wykorzystywał on ich seksualnie, ani nie beczczał ich zwłok. *Najbardziej godne uwagi u niego było to, że nie zwracał uwagi* – wspomina jego dawniejszy kolega.

Trwało to 6 lat (1992–1998) i dopiero właścicielka zakładu pogrzebowego zauważyła z początkiem 1998 r., że duża liczba zmarłych pochodziła z praktyki Shipmana. Zwróciła się do jednej z lekarek, która podpisywała świadectwa zgonu, a ta obliczyła, że na 3000 pacjentów demonicznego doktora przypadała trzykrotnie większa od przeciętnej liczba zgonów. Wtedy zawiadomiła policję, ale zanim wszczęto postępowanie zdołał on uśmiercić jeszcze 3 osoby. Wtedy jedna z adwokatów wykryła, że w testamentie jej matki zawarty był zapis wartościowych nieruchomości Shipmanowi – niezręczne sfalszowany. Ekshumacje ofiar wykazały u wielu ślady heroiny. Najwyraźniej wstrzykiwał on narkotyk swoim ofiarom w czasie wizyt domowych, a także w praktyce. Mimo wysiłków nie udało się ustalić, co nim motywowało. Psycholodzy sądzą, że brał w ten sposób odwet za przedwczesną śmierć swojej matki zmarłej na raka, kiedy miał 17 lat. Dla ulżenia cierpieniom otrzymywała ona morfinę. Inni sądzą, że upajał się myślą, iż był panem życia i śmierci.

Zastanawiające jest, że ten lekarz był wcześniej przytępiany na fałszowaniu recept i poddany leczeniu odwykowemu z narkomanii. Mimo to *Medical Council* (tamtejszy odpowiednik Izby Lekarskiej) przyznał mu uprawnienia do prowadzenia praktyki lekarskiej.

Te niezwykle historie nie mogą stanowić żadnego pocieszenia w sytuacjach odnotowywanych u nas w kraju. Mogą tylko pobudzić refleksje, w jakim kierunku zmierzają różne wynaturzenia, które wynikają z dehumanizacji medycyny. I co może uzdrowić reformą, która na pewno jest nieodzowna.

prof. Brunon Imieliński

* pitaval – zbiór kronik spraw i procesów kryminalnych (od nazwiska prawnika francuskiego, Francois Gayot de Pitaval (1673–1743), autora pierwszego zbioru kronik kryminalnych).

Co zdrowsze?

Ruch i sport są dla człowieka

Znacznie zdrowsze niż APTEKA.

K. Sylwestrzak *Fraszki na porażki* (1986-1996). - Gdańsk, 1998.

Polecamy czytelnikom

Promocja zdrowia we współczesnej polityce zdrowotnej

Nakładem Gdańskiego Towarzystwa Naukowego i pod redakcją prof. Marka Latoszka ukazała się ważna praca, poświęcona jakże aktualnemu zagadnieniu – promocji zdrowia. Pozycja *Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych* jest zbiorem materiałów z konferencji naukowej, zorganizowanej przez Zakład Socjologii Medycyny i Patologii Społecznej gdańskiej Akademii Medycznej przy współpracy wielu instytucji zajmujących się promocją zdrowia.

Definicję promocji zdrowia formułuje Karta Ottawska z 1986 r., określając ją jako proces umożliwiający zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz wpływ na jego poprawę.

Prof. M. Latoszek w uwagach wstępnych podkreśla, że na poziomie życia jednostkowego odpowiedzialność za własne zdrowie ponosimy sami, ponieważ w dużym stopniu zależy ono od dokonywanego wyboru stylu życia.

Książka stanowi zbiór opracowań wielu autorów, wśród nich także studentów – wydziałów lekarskich oraz stomatologii AM z Gdańska i Lublina. Poruszono bardzo aktualne zagadnienie, jakim jest porównanie umieralności mężczyzn w odpowiednich przedziałach wiekowych w krajach, w których dokonuje się transformacja ustrojowa.

W Polsce, podobnie jak w Czechach i Słowacji, po przejściowym wzroście w latach 1990–1991, zaznaczył się obecnie spadek umieralności; nie dotyczy to jednak mieszkańców wsi, gdzie utrzymuje się wysoka umieralność w grupie mężczyzn.

Jak wygląda ocena stanu zdrowia mieszkańców Gdańska w porównaniu do reszty kraju? Prof. M. Latoszek przedstawił następujące wyniki:

Nie chorują i cieszą się dobrym samopoczuciem – 47%; nie chorują ale samopoczucie jest złe – 7%; chorują przy dobrym samopoczuciu – 25%; chorują i mają przy tym złe samopoczucie – 21%.

W badaniach gdańskiej populacji stan zdrowia i samopoczucie poprawia się wyraźnie w zależności od stopnia wykształcenia. W populacji ogólnopolskiej nie uzyskano tak wyraźnego związku.

Osoby z wyższym wykształceniem w 63% deklarują dobre zdrowie (brak choroby) i w 81% mają dobre samopoczucie, przy czym badania potwierdzają znany fakt, że wyższe wykształcenie nie zapewnia lepszego statusu materialnego.

Idea wdrażania prozdrowotnych stylów życia w Polsce w latach 90. nie należy do prostych programów. Nie ustabilizowana sytuacja społeczno-ekonomiczna, niższy poziom życia, jedno z gorszych w Europie wskaźniki stanu zdrowia, wysoka umieralność, ograniczony dostęp do usług medycznych – to niektóre wyznaczniki odmiennych problemów promocji zdrowia w naszym kraju.

Podkreślono także, że istnieje w naszym kraju grupa osób, które na podstawie własnych deklaracji można określić jako reprezentantów swoistej zdrowotnej abnegacji. Osoby te nie robią nic, co byłoby nakierowane na zachowanie zdrowia, unikają też kontaktów z medycyną. Zdrowotni abnegaci to najczęściej mężczyźni w przedziale wieku 30–50 lat. Niestety, w tej grupie w Polsce występuje zjawisko nadumieralności z powodu chorób układu krążenia.

Kilka rozdziałów w omawianej pracy poświęcono dzieciom i młodzieży szkolnej, m.in. opracowanie Barbary Reiter-Pawłowskiej, której badania dotyczące stosowania używek pozwoliły sformułować wnioski, że najczęściej stosowaną przez młodzież używką jest alkohol i nikotyna. Można to wyjaśnić faktem, iż alkohol jest integralnym elementem kultury życia codziennego w świecie dorosłych. Natomiast różne instytucje i środowiska największy nacisk kładą na zapobieganie narkomanii. Negatywny wpływ na zdrowie uczniów ma także postępująca pauperyzacja społeczeństwa.

GDAŃSKIE TOWARZYSTWO NAUKOWE

Zdrowie i choroba

Promocja zdrowia
dla gmin
i instytucji edukacyjnych



GDAŃSK 1999

Zdrowie i choroba. Promocja zdrowia dla gmin i instytucji edukacyjnych / pod red. Marka Latoszka. – Gdańsk : GTN, 1999. 167 s., tab.

Przedstawiony materiał wskazuje na pogarszanie stanu zdrowia w grupach dzieci i młodzieży; autorka stawia więc pytanie – co przyniesie przyszłość, zwłaszcza w sytuacji redukcji pracowników w medycynie szkolnej.

Promocja zdrowia jako świadczenie zdrowotne jest elementem współczesnej polityki zdrowotnej. W jej realizację uczestniczyć powinni wszyscy, a szczególnie rola przypada lekarzom. I do tego dobrą praktyką jest prowadzenie ostatnim roku studiów w programie przedmiotu „Zdrowie Publiczne” jednego z tematów – promocji zdrowia.

Polecana pozycja, w cenie 20 zł, może być nabyta w siedzibie GTN.

dr Emilia Mierzejew



prof. Zdzisław Wajda

Kanada sokiem klonowym pachnąca

W pierwszych dniach marca z paryskiego lotniska Charles de Gaulle startuje Boenig 474. Po niespełna ośmiu godzinach podróży ląduje szczęśliwie w Montrealu, na lotnisku Dorval, a wśród 400. podróżnych znajduje się niżej podpisany wraz z małżonką, witani wiązanką pięknych kwiatów przez pana Stefana Jacka Michalakę.

Czas marcowej podróży wymusiła niejako wiza kanadyjska, wcześniej niewykorzystana, a której termin ważności kończył się. Pierwotnie wizytę zaplanowano na ubiegłą jesień, na okres tzw. „indiańskiego lata”, jednak z uwagi na ważne przyczyny nasza podróż nie mogła być zrealizowana. A te ważne przyczyny to m.in. organizowana w tym czasie w kraju promocja fascynującej książki pana S. Michalaka pt. „Rub Al Chali”, opisującej przygodę kanadyjskiego inżyniera elektronika, który trafia w głąb pustyni, do serca krateru, kryjącego w sobie tajemnice XX wieku (opowieść osnuta najprawdopodobniej na zdarzeniach z życia autora).

Tak więc na lotnisku oczekiwał nas pan Stefan Jacek Michalak, syn pierwszego po wojnie dyrektora Szpitala (obecnie SPSK nr 1) wówczas – w roku 1945 – Akademii Lekarskiej w Gdańsku, który zginął tragicznie w czasie kąpieli w morzu, w pobliżu Jastrzębiej Góry, spiesząc z pomocą tonącemu koledze. Pamięć jego Senat uczcił wmurowaniem w 1948 r. tablicy, która do dziś znajduje się w murach przychodni przyklinicznej. W czasie obchodów 50-lecia naszej Uczelni, na wniosek Senatu AMG władze miasta Gdańska nazwały rondo położone przy SPSK nr 1 *Rondem im. dr. Stefana Michalaka*.

Pod koniec mojej kadencji rektorskiej pan Stefan Jacek Michalak odwiedził mnie wraz z żoną i zaproponował nam, mojej żonie i mnie wizytę w Kanadzie, w Montrealu, gdzie wraz z rodziną mieszka prawie 30 lat. Zaproszenie przyjąłem z dużym zadowoleniem; wprawdzie byłem przed laty w Montrealu jako lekarz *Stefana Batorego*, jednak krótki czas pobytu (doba) nie pozwolił na zwiedzenie miasta.

Miałem również nadzieję, że pomimo 700 km, jakie dzieli Montreal od Toronto, będę mógł się spotkać z dziećmi nieżyjącego już doc. Taubenfligela, byłego asystenta naszej Kliniki – Ewą i Jerzym. Jednak do spotkania nie doszło, pomimo licznych przed wyjazdem telefonów, któ-

re jedynie nagrywały się na „sekretną” i pozostawały bez odpowiedzi.

Państwo Michalakowie – Stefan Jacek, jego uroczą żonę Andre i 14-letni syn Etienne – mieszkają w pobliżu rzeki Świętego Wawrzyńca, w pięknej dzielnicy willowej, we własnym domu, otoczonej wiosenną zielenią, ciszą i spokojem.

Darem z nieba okazała się pogoda, która w czasie tej podróży była wyjątkowo piękna, słoneczna; temperatura w granicach 2–6 °C. Jedynie w pierwszym dniu pobytu prószył szybko topniejący śnieg i dmuchał zimny wiatr. Ciekawostką może być fakt, że Montreal łączy równoleżnik przechodzący przez Neapol, a o różnicy klimatycznej decydują mroźne powiewy wiatru znad Labradoru.

Codziennie rano po śniadaniu wsiedliśmy do auta i realizowaliśmy bardzo dokładnie przygotowany program zwiedzania.

Należy wyrazić duże uznanie i podziw dla rozległej wiedzy pana Stefana na temat historii Kanady. Jego zainteresowania, zamiłowania humanistyczne miały szansę w tych okolicznościach rozwinąć się, zrealizować, nabrać kolorów; on sam śmiał się, kiedy z rzeczywistym przekonaniem nazywał go najlepszym, najwspanialszym przewodnikiem, jakiego kiedykolwiek spotkałem.

Stoimy nad brzegiem rzeki Świętego Wawrzyńca, niedaleko domu, w miejscu katarakty piętrzącej fale rzeki, która przed wiekami broniła wejścia do miasta, w sposób naturalny uniemożliwiając żeglugę. Dopiero wybudowanie kanału pozwala obecnie na ominięcie tej przeszkody.

Przez kilka dni zwiedzamy miasto. Montreal to trzymilionowa metropolia, jedna z najbogatszych w przeszłości. Miasto i jego przedmieścia leżą na największej z wysp rzeki Świętego Wawrzyńca. Warto wspomnieć, że dla 1/3 montrealczyków językiem rodzinnym jest angielski. Montreal to muzea, liczne kościoły, Katedra Notre Dame z pięknym wnętrzem, będąca kopią katedry paryskiej, Bazylika Katedralna Marii Królowej Świata, wspaniała kopia 1:3 Bazyliki Św. Piotra w Rzymie. Na wzgórzu Mount Real, górujący nad miastem Krzyż, a opodal Oratorium św. Józefa.

Piękny Ratusz, z okien którego w 1967 roku Charles de Gaulle wzniósł brzemienne w skutkach okrzyk „Niech żyje wolny Québec”. Przechodzimy opodal pomnika Nelsona, mniejszej kopii z londyńskiego Trafalgarsquer. Mijamy Park

Amundsena, przypominający wiedeński Prater lub kopenhaską Tivoli.

Kolejnego dnia jedziemy w pobliże ogrodów botanicznych. Jesteśmy na koncercie skrzypcowym, między innymi K. Szymanowskiego, M. Moszowskiego, M. Ravela, w wykonaniu wspaniałych młodych muzyków, nagrodzonych absolwentów konserwatorium. Po wyjściu z koncertu, w niewielkiej odległości obiekty olimpijskie. Kryty na okres zimy stadion, którego budowa pochłonęła ok. miliarda dolarów. Zaglądamy nawet do domu giędy, obserwując z balkonu jej życie, za którym kryją się potężne transakcje finansowe.

Warto przypomnieć, że zanim na tę ziemię przybyli Europejczycy na wyspie Montreal znajdowały się osady indiańskie. Jedziemy na południe od miasta za rzekę, gdzie leży jeden z rezerwatów Indian – rezerwat Kahnawake plemienia Mohawków (nieco dalej znajduje się kolejny rezerwat tego samego plemienia Khanesetake).

Zwykle myślałem, pewnie na podstawie licznie czytanych w młodości książek o tematyce indiańskiej, że w rezerwacie zobaczę ludzi w indiańskich strojach, w namiotach, przy ogniskach, a tymczasem ujrzałem teren z piękną nowoczesną zabudową europejską, ludzi cywilizowanych, ubranych zgodnie z panującą modą, kościołek z indiańską madonną, małe muzeum przy kościele, duży sklep z indiańskimi wyrobami, w którym kupujemy małą kamienną rzeźbę szamana – symbol indiańskiej medycyny.

Zwiedzamy miasto bez wytchnienia, dniem i nocą, kiedy w świetle neonów i świetlnych kolorowych reklam wygląda jeszcze pięknie.

Dalszy etap – Québec, dawna stolica Kanady. To piękne, 170 tys. miasto (w 95% frankofile), bogate w muzea i zabytki, położone 250 km na północny zachód od Montrealu UNESCO uznało za zabytek klasy światowej. Z punktu widokowego, jakim jest promenada (des Gouvernes), można zobaczyć stojący na Placu Armii pomnik Champlaina, jednego z odkrywców Kanady.

Przy promenadzie stoi olbrzymi kanadyjski hotel, na wysokim klifie, u podstawy którego rzeka z przystanią dla statków. Hotel Château Frontenac, ze wspaniałym widokiem na rzekę i okolicę, zbudowany w roku 1893 przypomina zamczyk nad Loarą.

Wspomnienia przychodzą same, przed laty właśnie w tym miejscu *Stefan Batory* zwałniał obroty maszyny do minimum, by przetransportować rodzącą pasażerkę do szpitala w Québec – ten niełatwy manewr udał się, a po 3 godzinach otrzymaliśmy depeszę, z której dowiedzieliśmy się, że urodził się dorodny syn.

Ochrzczone przeze mnie „mega-aptekami” duże apteki królują głównie na obrzeżach większych miast. Często należą do sieci placówek. Trudno tu o podobieństwo do klasycznych aptek w polskim wydaniu, nawet tych największych. Na próżno można w nich szukać oddzielonej wyraźnie części ekspozycyjnej. Całą niemalże powierzchnię użytko-

sprzedaży detalicznej: sklepach spożywczych, gospodarstwa domowego, elektronicznych (już chyba nawet nie muszą tych ostatnich wspominać...), półki kuszą kolorem i uginają się pod rozstawionym na nich towarem. Mimo tej zbieżności apteki, w moim odczuciu, coś wyróżnia – większy spokój wewnątrz; brak hałaśliwej reklamy i promocji, tak nagminnie

„obojętnych”. Występujący w sile kilku osób personel takiej aptecznej placówki skupiony jest w swojej przeważającej części przy kontuarze. Pobiera tam opłaty za wybierane przez pacjentów-klientów towary. Parę osób z obsługi stoi „na posterunku” między regałami aby w razie potrzeby natychmiast służyć pomocą i radą. A gdzie miejsce dla silnie działających specyfików? Nie rzucając się w oczy, gdzieś na uboczu, w rogu lub na odległym końcu pomieszczenia farmaceuta – *yakuzaishi*, sprawuje pieczę nad środkami wymagającymi nadzoru.

Dorota Budzko

SPACERKIEM PO

APTEKACH JAPOŃSKICH

cz. 2 薬

wą od podłogi aż po sufit zajmują regały. Przed wejściem czekają na pacjentów koszyki. Czuję się tu bardziej jak w sklepie samoobsługowym niż w aptece. Może to specyficzność japońskiego systemu opieki medycznej sprawia, że większość leków jest dostarczana przez lekarzy, a nie apteki. Stąd rola tych ostatnich w obrocie lekami ustępuje przed ich rolą w obrocie parafarmaceutykami i artykułami drogeryjnymi. Podobnie jak w innych japońskich punktach

nadużywanych w jakichkolwiek innych sklepach. W japońskich aptekach sięgnąć można samemu po wszystko co nie jest środkiem silnie działającym, począwszy od artykułów dla dzieci, przyrządów do rehabilitacji i masażu, mierników elektronicznych, przez kosmetyki, środki opatrunkowe, higieniczne, czystości, środki stosowane przy utrzymaniu szeroko tu stosowanych soczewek kontaktowych, po miód, cukierki, słodziki, soki, witaminy, preparaty ziołowe, leki z grupy

MINIATURKI APTECZNE

Witam dzień niemalże o wschodzie słońca. Chcę zdążyć na targ – ichiba akurat przypada dzień targowy. Nie muszę wyjeżdżać na obrzeża miasta, wystarczy, że przejadę na przeciwległą stronę centrum i podążę w kierunku dworca głównego. Nagoya (prefektura Aichi) jest wyjątkiem; z reguły targowiska umieszcza się na peryferiach by rozwiązać problem dowozu towarów. Tutaj jednak, w samym centrum aglomeracji, rynek sprawdza się wspaniale. Fenomen jego funkcjonowania za każdym razem kiedy odwiedzałam targowisko, wprowadzał mnie w zdumienie. Do dziś zresztą pozostaje dla mnie zagadką. Jak wszędzie w

Zwiedzamy hotel – fascynuje pięknym, starym wnętrzem. Lunch w pobliskiej restauracji, a po nim miła atrakcja. Tym razem w drodze powrotnej z inicjatywą Andre, żony pana Stefana, jedziemy wąskimi drogami, omijając autostrady, do lasu klonowego, a w le Chemin du Roy – do zajazdu o folklorystycznym charakterze i nastroju, na wspaniałą kolację, której główną atrakcją jest syrop klonowy. Poza degustacją mamy możliwość zapoznać się z historią i technologią tego bardzo smacznego słodkiego płynu, zwłaszcza na naleśnikach. Syrop jest wynalazkiem Indian, którzy nie znając uprawy buraka cukrowego ani trzciny cukrowej pobierali sok z drzew klonowych metodą podobną do tej, jaką uzyskiwana jest żywica. Sok, pozyskiwany jedynie w marcu i kwietniu, poddany destylacji po odparowaniu zamienia się we wspaniałą syrop.

Kolację kończą tańce w takt melodii *country*, wykonanych na skrzypcach i kołatkach, na których wraz z grupą młodzieży amerykańskiej uczymy się wystukiwać rytm. W miłym nastroju, późnym wieczorem powracamy do domu.

Jednym miastem, które zwiedzamy od samego rana to stolica Kanady Ottawa, położona 200 km od Montrealu. Stała się siedzibą władz kanadyjskich w 1867 r. na

wniosek królowej Wiktorii. Zaczynamy od zwiedzania Parlamentu. Na wzniesieniu, dzisiaj nazywanym Wzgórzem Parlamentu, z widokiem na rzekę Ottawę, olbrzymia budowla w stylu neogotyckim. Oglądamy salę obu izb Parlamentu. Sala Izby Gmin utrzymana tradycyjnie w kolorze zielonym brytyjskiej Izby Gmin, wykonana jest z białego kanadyjskiego dębu i skały wapiennej, na powierzchni kamienia można dostrzec skamieliny sprzed 450 milionów lat, piękne kolorowe witraże przedstawiają roślinne godła dziesięciu prowincji i dwóch terytoriów Kanady. Pod oknami zwraca uwagę szereg rzeźb symbolizujących elementy Konstytucji Kanady. Dalej sale Senatu, dywany czerwonego koloru, sufit ze złocionymi liśćmi, z którego zwisają dwa żyrandole, każdy wagi ok. 2 ton. Na ścianie malowidła przypominające sceny z I wojny światowej, poniżej dębowe boazerie – piękna, pełna dostojeństwa sala Senatu kanadyjskiego robi duże wrażenie.

Przechodzimy dalej do pięknej biblioteki Parlamentu, przykładu architektury neogotyckiej. Zwracają uwagę podłogi z drzewa wiśni, dębu i orzecha ułożone w bardzo skomplikowany wzór. Boazerie z rzeźbami kwiatów, masek, mitycznych stworów wzbudza zachwyt. W bibliotece, którą stanowi okrągłe pomieszczenie

zwieńczone kopułą, stoi posąg młodej królowej Wiktorii wykonany z białego marmuru. Należy dodać, że biblioteka posiada 400 tysięcy woluminów i jest skomputeryzowana.

Kolejny etap zwiedzania to Wieża Pokoju, która została zbudowana dla uczczenia zakończenia I wojny światowej. Na 90. metrach wysokości znajdują się platformy obserwacyjne, z których roztacza się wspaniała panorama na całe miasto. Na wieży znajduje się *carillon* z grupą 53 dzwonów, a na drugim piętrze Izba Pamięci Narodowej ku czci Kanadyjczyków, którzy zginęli w konfliktach zbrojnych od czasów Konfederacji.

Pełni wrażenia kończymy zwiedzanie Parlamentu. Państwo Andre i Stefan zapraszają na kawę i kanadyjskie babeczki – trochę odpoczynku i ruszamy dalej. Zwiedzamy Muzeum Wojny, a w nim bardzo ciekawą wystawę poświęconą udziałowi Kanady w I i II wojnie światowej.

Robi się późno, a jeszcze przed nami dalsze zwiedzanie. Taksówką dla zyskania czasu jedziemy przez most Aleksandra na drugą stronę rzeki, gdzie mieści się Kanadyjskie Muzeum Cywilizacji. To wielki kompleks muzealny, w którym podziwiam m.in. chaty indiańskie z totemami przeniesionymi z północno-zachodniego wybrzeża. Można zobaczyć tu g

Japonii tak i tutaj powierzchnia nie „grzeszy” przestrzonością – miejsca jest raczej mało. Wyznaczone dla sprzedawców stanowiska są zadane. Znajdują się w parterowej kondygnacji kilku budynków, które – przedzielone wąskimi uliczkami – sąsiadują ze sobą blisko. Kiedy targowisko jest zamknięte całość przypomina spokojną dzielnicę; dolne, goszczące w dzień targowy sprzedawców, kondygnacje są zamknięte roletami. Wyglądają trochę jakby były opuszczone i zaniedbane, poza tym nawet bliskość głównego węzła komunikacyjnego nie przyciąga tu (poza targowiskiem) tłumów.

Sobotni poranek, miasto śpi, mijam opustoszałe ulice i rozkoszuję się przestrzenią oraz ciszą. Czar spokoju pryska jednak z chwilą gdy docieram do rynku – jestem znów przekonana, że to Japonia. Widzę już białą ścianę opakowań ze styropianu, świadczących, że wśród towarów na targowisku królują owoce morza. Choć nie należę do śpiochów poranna aktywność targu wyprzedziła mnie i zaowocowała już stertą wyrzuconych pudełek. Przeciskam się wśród kupujących, sprzedawców, dostawców i ich towarów. Co chwilę gdzieś z boku zgrabnie przełyka wózek lub samochód. Najważniejsze, że nikt nie zostaje stratowany – Japończycy noszą w sobie świadomość eg-



Napis w kanji (po lewej) sygnalizuje lekarstwa, napis w katakanie (po prawej, na górze) i roomaji (po prawej, na dole) – asortyment drogerijny, który to częściowo eksponuje się na stojakach przed wejściem do apteki

zystowania w społeczności na ograniczonej powierzchni, poza tym w najbardziej ruchliwym miejscu targowiska nad ruchem czuwa do złudzenia przypominająca policję amerykańską straż... Osiągam zamierzoną halę, bombardowana pozdrowieniami – „irasshaimase !” i

okrzykami zachwalającymi towary, mijam kilka stoisk. Docieram do celu i przekonuję się, że stojąc tu poprzednim razem nie uległam złudzeniu. Obok stoiska rybnego a naprzeciw straganu z warzywami widzę wspomniany już napis – kurosuri.

gantyczne rekonstrukcje scen z historii Kanady, przedstawione na dobrym artystycznym poziomie, bez komiksowej maniery. Po pracowitym dniu wracamy do domu, po drodze zaproszeni przez gospodarzy na wspaniałą kolację w chińskiej restauracji posiadającej nadzwyczaj duży wybór smakowitych potraw.

Pomiędzy zwiedzaniem Ottawy i Québec w niedzielę, dla relaksu, przy pięknej, słonecznej pogodzie pojechali-

śmy ok. 80 km w kierunku południowym, do granicy amerykańskiej, by zwiedzić okolice Philisburg, gdzie państwo Michalakowie mają daczę, a w przeszłości mieli także jacht. Piękne miejsce, pełne drzew i domów letniskowych położonych nad wodą; można wyobrazić sobie, jak pięknie jest tu latem. Po spacerze, z uwagi na bliskość granicy amerykańskiej i nasze ważne od wielu lat wizy, decydujemy się zjeść obiad w Burlington.

Granicę przekraczamy w St. Armand-Philisburg. Na granicy tylko my z żoną dajemy swoje paszporty, urzędnik długo ogląda mój dokument, myślę, że może coś jest nie w porządku, po chwili pyta, jak się wymawia moje nazwisko – Wajda – brzmi mu dziwnie, bo jego – Wilga –, a dziadek pochodził z Krakowa. Funduje mi rękę przez okienko samochodu, wszyscy śmiejemy się weselo i tak przekraczamy granicę Stanów Zjednoczonych.

Obiad jemy w restauracji położonej nad wodą, w odległym krajobrazie przepiękne trzy nakładające się na siebie pasma Appalachów, które w zachodzącym słońcu wyglądają bardzo urokliwie. Jest późno, wracamy do Montrealu.

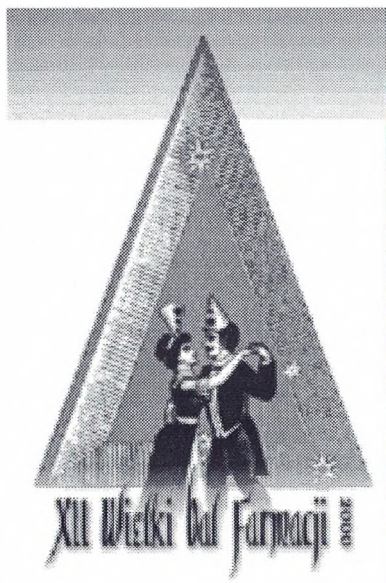
Ostatni dzień, metrem do miasta, ostatni spacer, drobne zakupy, w domu obiad. Dziękuję gorąco panu Stefanowi i całej rodzinie za serdeczne przyjęcie, za niezapomniane wrażenia, poświęcony nam czas, serce i okazaną sympatię, za wspaniałą gościnę.

Żegnamy także Szarotkę, piękną kotkę, chlubę państwa Michalaków, która towarzyszyła nam w czasie pobytu. Żegnając przemitych gospodarzy mamy nadzieję na rychłe spotkanie w Polsce.

Jedziemy na lotnisko – samolot czeka. Przemierzając drogę Montreal-Paryż-Warszawa wracamy do kraju.



Farmaceuci w rejsie dookoła świata



Działo się to na balu, zorganizowanym przez Pharmag S.A., Gdański Oddział Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Gdańską Okręgową Izbę Aptekarską w dniu 29 stycznia 2000 roku w salach Centralnego Muzeum Morskiego na Wyspie Ołowianka w Gdańsku.

Zabawa w stylu karnawałowym odbyła się na inscenizowanym pokładzie luksusowego statku pasażerskiego, odbywającego dziewiczy rejs dookoła świata.

Wszyscy podróżnicy, jako posiadacze biletów w pierwszej klasie mieli możliwość skorzystania z szeregu przyśługujących im z tej okazji luksusów, m.in.: wykwintnej kolacji w towarzy-

stwie kapitana statku (w tej roli aktor Teatru Miejskiego w Gdyni – Maciej Sykała) przy muzyce w wykonaniu orkiestry. Niewątpliwą niespodzianką była również wizyta Króla Oceanów – Neptuna wraz z wierną towarzyszką Prozerpiną.

Odbłyły się również liczne konkursy tematycznie związane z odwiedzanymi krajami, a także pokaz mody farmaceutycznej w Anglii, Hongkongu oraz spotkanie z egipskim kapitanem w Port Said. O północy wybrano Królową i Króla Balu, których hojnie nagroził kapitan statku. Odbyła się również aukcja

prac wykonanych przez dzieci ze Szkoły Specjalnej nr 26 w Gdańsku, z której dochód został przekazany na remont tej placówki, niedawno dotkniętej pożarem.

Bale Wydziału Farmaceutycznego są już tradycyjną formą karnawałowych spotkań farmaceutów woj. pomorskiego. Tegoroczny XII bal zgromadził blisko 150 przedstawicieli aptek, stowarzyszeń branżowych oraz firm farmaceutycznych.

Leszek Kurnicki
Dział Promocji i PR Pharmag S.A.



Otrzęsiny

Otrzęsiny studentów I roku, zorganizowane w dniu 6 marca b.r. przez Samorząd Studencki były bardzo udaną – jak widać na zdjęciu – imprezą.

Relacja na stronie USS (e-mail uss@amg.gda.pl), a w tym miejscu organizatorzy składają szczególne podziękowania następującym firmom i instytucjom:

Akademii Medycznej w Gdańsku, Oxford Language Center, księgarni Medyceusz, Wojdak sp. z o.o., księgarni Medicon, Dajan Taxi, aptece Pod Wieżą, sklepowi medycznemu Revita, bufetowi Medyk.

