

GAZETA AMG

GDĄŃSK

1 czerwca 1991

Nr 6

Sh 4-6

Str. 6-7

Rozmowa z Panią Profesor Barbarą Smiechowską - Dziekanem Wydziału Lekarskiego

Redakcja: Punkt 2 paragrafu 37 projektu Statutu AMG mówi, że dziekan kieruje wydziałem. Jakie cele stawia Pani przed sobą i przed Wydziałem Lekarskim. Jakie zamierzenia pragnęłaby Pani zrealizować?

Barbara Smiechowska: O tym mówi nie tylko Statut Uczelni, ale i Ustawa o szkolnictwie wyższym. Ustawa obecnie obowiązująca, w porównaniu do poprzednich, nadała dużą samodzielność uczelniom i wydziałom. Zmieniło to znacznie nie tylko uprawnienia, ale i obowiązki wydziału, a co za tym idzie, także i dziekana. Ponadto nowe warunki, w których żyjemy, wymuszają odmienne zachowanie się, żądają od każdego z nas zmiany myślenia, samodzielnego decydowania, własnej inicjatywy. Mówię o tym z własnego doświadczenia, porównując obowiązki dziekana z moich poprzednich kadencji do obecnych. Mamy wreszcie pełną świadomość, że to, co dzieje się na wydziale, zależy w pełni od naszych własnych wewnętrzno-uczelnianych czy wewnątrzwydziałowych decyzji. Stąd oczywiście wynikają i będą wynikać liczne zamierzenia, o które Pan pyta. Wymienię niektóre z nich, już w tej chwili skonkretyzowane, w dowolnej kolejności, nie określając stopnia ich ważności:

Zacznę od dydaktyki. Programy i plany studiów zależne są jedynie od nas. Nie wymagają zatwierdzenia Senatu, nie mogą być narzucone przez Ministerstwo Zdrowia. Jedynie Rada Główna Szkolnictwa Wyższego określa minimalne wymagania programowe dla poszczególnych kierunków studiów. Sprawdzianem urzędowym poziomu naszego nauczania będzie ogólnopolski egzamin testowy, przeprowadzany dla absolwentów wydziałów lekarskich, a planowany na rok 1996. Moim zdaniem powinien być on przeprowadzany zaraz po uzyskaniu dyplomu, jeśli celem jego miałyby być sprawdzenie poziomu nauczania przez poszczególne uczelnie. Mówię o tym, bo istnieje również inna propozycja, by przeprowadzać go po obowiązkowym jedno- lub dwurocznym stażu podyplomowym.

Przewidujemy znaczne zmiany programów i planów studiów dla obu kierunków nauczania, ale zamierzamy je wprowadzić po starannym i dokładnym opracowaniu, dopiero w roku akad. 1992/93. Jest to jedno z głównych zamierzeń Wydziału. Zajmuje się tym komisja kierowana przez profesorów Marka Hebanowskiego i Olgierda Narkiewicza. Zarówno współpracujący ze mną prodziekani jak i ja, zadanie to uznajemy za bardzo ważne. Liczymy również na udział wszystkich zainteresowanych nauczycieli akademickich, szczególnie kierowników klinik i zakładów, na ich propozycje, sugestie i uwagi. Liczymy także na udział studentów. Niewielkie zmiany wprowadzimy już w

przyszłym roku akademickim.

Z nauczaniem wiązą się wymagania, jakie powinno się stawiać nauczycielom akademickim. Wszyscy, odpowiednio do swojego stanowiska i obowiązków, powinniśmy być wyczuleni na właściwe, prawidłowe nauczanie. Oczywiście, pierwszorzędną rolę spełniają w tym względzie kierownicy klinik i zakładów. Do moich obowiązków, jako dziekana, należy przestrzeganie prawidłowego doboru nauczycieli w drodze konkursów. Mam nadzieję, że kiedy wreszcie Uczelnia będzie mogła zaoferować mieszkania poszukiwanym i dobrym kandydatom, będzie można stawiać tym kandydatom odpowiednio wyższe wymagania.

Dużą wagę przywiązuję także do odpowiedniego nagradzania i wyróżniania za dobrą pracę dydaktyczną oraz do prawidłowej, właściwej oceny okresowej nauczycieli. Warte podkreślenia, moim zdaniem, są nie tylko wiadomości i umiejętności ich przekazywania, ale również kultura osobista, właściwy stosunek do innych lekarzy, do pacjentów, do studentów, wysokie morale. Wychowywać studentów powinniśmy poprzez własny przykład.

Cieszę mnie dobry kontakt z przedstawicielami studentów, którzy zaangażowali się w pracy Komisji Programów i Planów Studiów. Znam ich uwagi i opinie, nieraz też krytyczną ocenę nauczania w niektórych jednostkach Wydziału. Cenię sobie wysoko także bezpośrednią wymianę zdań, nie akceptuję anonimowych sondaży.

Następną dziedziną dominującą w sprawach Wydziału jest nauka, nadawanie stopni naukowych, podejmowanie uchwał o nadanie tytułów naukowych z całą towarzyszącą temu procedurą.

Wobec niepokojącej w ostatnich latach serii odrzucanych przez Centralną Komisję Kwalifikacyjną wniosków Wydziału o nadanie stopnia doktora habilitowanego (5 w ciągu 7 lat) - zdaniem władz Uczelni, co akceptuję jako dziekan w zupełności - winniśmy unikać sytuacji, w których padłyby podejrzenia o jakiegokolwiek grzecznościowe recenzje i dlatego został wprowadzony ostateczny wybór recenzentów przez Radę Wydziału. Chciałabym także, by poszczególne komisje, którym RW powierza przeprowadzenie przewodów habilitacyjnych i wniosków o tytuły profesorskie - nie bały się wyrażania swojej krytycznej oceny, jeśli wymagać tego będą załączone dokumenty.

Ograniczę się jedynie do wyżej omówionych zamierzeń. Pozostałe w większości nie pozostają jedynie w gestii Wydziału. Są one przedmiotem troski rektora, prorektorów, administracji Uczelni i szpitali klinicznych, zazębiają się ze sobą decyzyjnie. Zapewniam, że zarówno Wydział, jak i ja jesteśmy w nich bardzo zaangażowani.

Red.: Dość powszechnie krytykuje się obecny system kształcenia studentów medycyny, zarówno jeśli idzie o program jak i jego realizację. Jak jest zdanie Pani Dziekan na temat programu kształcenia? Czy jest Pani zwolenniczką wprowadzenia zmian?

B.S.: Oczywiście, choć zdaje sobie sprawę, że nie jest to proste. W ubiegłych latach kierowałam Komisją Programów i Planów Studiów i wiem, jak trudno jest zmienić nasze nawyki i przyzwyczajenia, choć wówczas mieliśmy małe możliwości manewru. Były narzucane liczby godzin zajęć z poszczególnych przedmiotów, ramowe programy, ilości egzaminów.

Kiedy proponujemy Radzie Wydziału nowy, zmieniony program i plan zajęć, będzie on musiał spełnić wiele wymogów stawianych naszym absolwentom, nie naruszając charakteru studiów wyższej uczelni. Musi on być opracowany bardzo starannie, a potem również starannie egzekwowany.

Red.: Co Pani sądzi o sposobach realizowania i egzekwowania programów dydaktycznych w różnych jednostkach organizacyjnych? Studenci mają tu wiele uwag. Przytoczę też słowa jednego z emerytowanych profesorów naszej Uczelni - każdy program może być dobry - jeśli będzie porządnie realizowany!

B.S.: Tak, nie wszędzie jest dobrze. Znam dobrze uwagi i skargi studentów. Inicjuję spotkania studentów z kierownikami zespołów dydaktycznych klinik czy zakładów, z nauczycielami tam pracującymi, by razem zastanawiać się, co można zmienić,

poprawić. Atmosfera tych spotkań jest gorąca, ale wierzę, że wypowiadane uwagi pozostają w kręgu osób zainteresowanych i służą jedynie dobru Uczelni.

Red.: Przykład idzie z góry - dość powszechnie zarzuca się naszym profesorom tendencję ucieczki od obowiązków dydaktycznych, powierzanie wykładów a nawet egzaminów - młodszym kolegom. Skrajnym przykładem są egzaminy testowe, sprawdzane przez asystentów. Jakie jest Pani zdanie na ten temat?

B.S.: Profesorowie, których pamiętam z czasów moich studiów, cieszyli się dużym autorytetem. Byli wśród nich wspaniali wykładowcy, a ich wykłady cieszyły się dużym powodzeniem. Szczególnie wykłady kliniczne wprowadzały nas we wszystkie tajniki praktycznej medycyny. Demonstracje chorych, praktyczne wskazówki "mistrzów" przybliżały nam wszystko, co lekarzowi w jego praktyce zawodowej może się przydać. Odczuwam teraz niedosyt takich wykładów. System blokowy nauczania poszedł niestety w parze z prawie całkowitym wycofaniem wykładów na ostatnich latach studiów. Marzy mi się sytuacja, gdzie wszystkie wykłady kliniczne, choć nieobowiązkowe, cieszą się dużym powodzeniem i zainteresowaniem studentów. W opinii studentów wykłady takie obecnie są nieliczne.

Egzaminy testowe, o które Pan pyta, są spowodowane m.in. dużą liczbą studentów. Wymuszają one opanowanie do egzaminu innego rodzaju wiedzy. Studenci uczą się do testu, a nie zawsze idzie to w parze z dobrym opanowaniem wiadomości z danego przedmiotu. Mam dystans do egzaminów testowych na Uczelni, choć cenię sobie ten sposób sprawdzania wiedzy na egzaminie wstępnym. Jeśli już odbywają się takie egzaminy, to oczywiście mogą je sprawdzać młodszy nauczyciele. Jest to szablonowy sposób sprawdzania. Moim zdaniem, w miarę możliwości, powinno się również przeprowadzać egzaminy ustne i te powinni przeprowadzać profesorowie i docenci.

Red.: W poprzednim numerze *Gazety* jeden ze studentów, wymieniając niedostatki praktycznego przygotowania absolwenta do zawodu wspomniał, że można skończyć medycynę - nie odbierając porodu. Znajomy położnik skomentował to następująco: - obecnie, przy jednej tylko, działającej w Akademii klinice położniczej można skończyć medycynę nie widząc nawet porodu! Co Pani Dziekan na to?

B.S.: Tak wiem o tym. To musi się zmienić, niezależnie od liczby klinik położniczych. Wierzę, że wspólnie z zespołem Instytutu Położnictwa znajdziemy na to sposób.

Red.: Czy rzeczywiście mamy kształcić przede wszystkim lekarza domowego?

B.S.: Mamy kształcić lekarzy medycyny i stomatologów. Lekarz domowy, to wymóg ostatniej chwili. Wspomniane wyżej, przygotowane zmiany programów i planów studiów mają służyć także i temu celowi. Mamy to na uwadze. Nie możemy również zapomnieć, że jesteśmy wydziałem wyższej uczelni. Błędem naszego obecnego kształcenia na kierunku lekarskim jest założenie, że praktycznej medycyny nasi absolwenci uczą się na stażach podyplomowych. Każda dyscyplina musi nauczać zarówno teorii jak i umiejętności praktycznych, choć przekazywanie i egzekwowanie umiejętności praktycznych bardziej absorbuje kadrę nauczycielską. Tłumaczmy się, że mamy za dużo studentów, że grupy studenckie są zbyt liczne. My, nauczyciele musimy chcieć nauczać, a program winien dokładnie precyzować zakres przekazywanej wiedzy.

Red.: Wiadomo powszechnie, że coraz mniej lekarzy podejmuje pracę w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, rentgeno-diagnostyki, anatomii patologicznej, a nawet w niektórych specjalnościach chirurgicznych. Jak można by zaradzić ucieczce lekarzy od tych specjalności?

B.S.: Myślę, że nic nie zmieniło się od wielu lat. Większość absolwentów, co jest zrozumiałe, chce mieć kontakt z pacjentem, chce leczyć. W wymienionych przez Pana dziedzinach najlepszym sposobem uzyskiwania kandydatów do pracy jest zainteresowanie studentów danym przedmiotem poprzez dobrze

pracujące koło naukowe, poprzez pobudzanie aspiracji naukowych, umożliwienie wykonywania badań naukowych jeszcze w czasie studiów.

Red. Czy istnieją jakieś inne ważne dla Wydziału Lekarskiego sprawy, na które chciałaby Pani zwrócić uwagę czytelnika *Gazety*?

B.S.: Chciałabym bardzo stworzyć płaszczyznę dobrego porozumiewania się z adiunktami, asystentami i wykładowcami. Wymieniam stanowiska tych właśnie nauczycieli akademickich, bo z profesorami i docentami mam możliwość kontaktu na posiedzeniach Rady Wydziału. Wprawdzie wszyscy nauczyciele akademicy mają swoich przedstawicieli w Radzie Wydziału, ale ich uczestnictwo w tym ciele kolegiальnym jest niestety bierne. Władze Uczelni zamierzają organizować spotkania z pracownikami Wydziału dla wypracowania metod współpracy i współgospodarzenia Wydziałem.

Zgodnie z zapisem Ustawy (art. 86 ust. 2; 87 ust. 1 i 188 ust. 6) występuję i będę występować o stopniowe mianowania przez J.M. Rektora obecnych docentów na stanowiska profesora nadzwyczajnego, oczywiście poprzez Radę Wydziału i jej komisję, powołaną do tych celów. Uważam, że jeśli takie możliwości wynikają z Ustawy, to możemy decyzją taką uhonorować zasługi i wkład pracy dla Uczelni wniesione przez te osoby. Wyrazić im uznanie Uczelni. Niezbyt życzliwa atmosfera towarzyszyła tej sprawie na początku. Dochodzące do mnie uwagi krytyczne wyciszają się powoli. To nie jest konkurencja dla profesorów z tytułem profesorskim. Chciałabym zwrócić uwagę czytelników na fakt, że wśród dotychczas mianowanych na stanowiska profesora nadzwyczajnego są osoby, których mniejszy dorobek naukowy został zrównoważony dużymi osiągnięciami pozanaukowymi. Są wśród nich również tacy, których dorobek naukowy jest wystarczający do tytułu profesorskiego, ale z przyczyn od nich niezależnych nie mieli własnych doktorantów (a taki nie pisany wymóg był uprzednio rygorystycznie przestrzegany przez Ministerstwo Zdrowia) lub z innych, różnych powodów nie składali swoich wniosków o tytuł profesorski. Wierzę, że wielu spośród tych, którzy uzyskują stanowisko profesora, uzyska również tytuł naukowy. Muszę wyjaśnić, że na Wydziale Lekarskim wszyscy docenci będą mieli szansę na uzyskanie stanowiska profesora nadzwyczajnego do września 1993 r., o ile uzyskają akceptację Rady Wydziału, niezależnie od ubiegania się o tytuł profesora. Nie naruszymy decyzji Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego, która na podstawie art. 42 ust. 1 Ustawy określiła liczbę stanowisk profesorów zwyczajnych i nadzwyczajnych dla poszczególnych kierunków studiów.

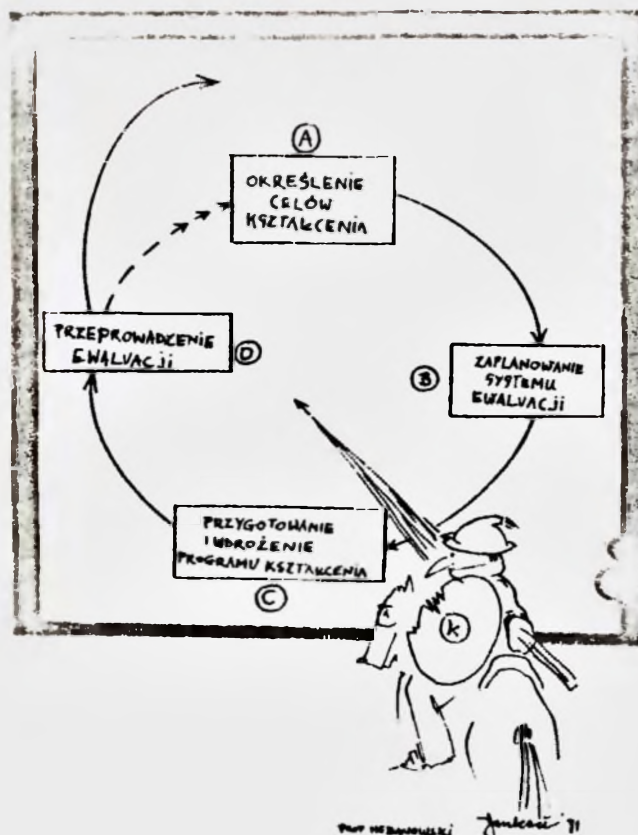
Red.: Dziękujemy za rozmowę.

Kilka słów o dydaktyce medycznej

Przez wiele wieków opanowanie sztuki i umiejętności lekarskiej opierało się na relacjach mistrz - uczeń. Mimo wszechstronnego rozwoju nauk lekarskich i mimo wzbogacenia metod nauczania nowoczesnymi technikami (komputery, projektory wizyjne, urządzenia audio-video) nadal nadzwyczaj ważną rolę w kształceniu lekarzy spełnia mistrz-nauczyciel. Przekazuje on studentowi nie tylko wiedzę i umiejętności, ale jednocześnie stanowi wzorzec postaw i zachowań wobec pacjenta, jego rodziny, innych ludzi, wobec okazywanego zaufania ludzkiego, wobec bezradności i cierpienia, stanowi to istotną cechę i specyfikę dydaktyki medycznej. Zastanawiając się nad reformą systemu i programu kształcenia, formułując cele kształcenia - nie wolno o tym zapominać.

Trafny wybór celów kształcenia, zgodne z tymi celami programy i najlepsze z możliwych metody nauczania, to tylko część systemu

kształcenia. Równie istotny jest wybór odpowiednich form oceny (sprawdziany testowe, egzaminy ustne, sprawdziany praktyczne, metody samooceny). Formy ewaluacji i zgodne z celami kształcenia treści egzaminów stanowią drugą część systemu kształcenia. Razem, elementy te składają się na system współzależnych działań określany jako tzw. "spirała edukacyjna".



Nabywanie przez studentów oczekiwanej wiedzy i umiejętności podporządkowane powinno być celom ogólnym i szczegółowym (A) procesu kształcenia. Wynikają one z aktualnych i przyszłych potrzeb ochrony zdrowia, z rozwoju nauk lekarskich oraz potencjału intelektualnego i emocjonalnego przyszłych lekarzy. Droga do osiągnięcia określonych celów kształcenia jest opracowanie trafnego programu nauczania (B) i wprowadzenie właściwych metod oceny - ewaluacji (C). System ewaluacji może stać się sygnałem zmuszającym do kierunkowych zmian w programie; może stać się punktem wyjścia głębokiej reformy systemu kształcenia, wreszcie może stać się "kluczem" - nakręcającym "spiralę edukacyjną". Jest to możliwe przy spełnieniu warunku trafności wyboru metod ewaluacji w stosunku do celów kształcenia. Ustalenie zasobu i zakresu wymaganej wiedzy i umiejętności oraz zastosowanie odpowiedniej formy oceny - w postaci wszechstronnego egzaminu końcowego jest jednym z najtrudniejszych zadań w edukacji medycznej.

Jaki będzie nasz egzamin państwowy, któremu mają być poddani w niedalekiej przyszłości młodzi lekarze, dziś jeszcze studenci II roku?

Aktualnie problem ten jest przedmiotem dyskusji angażującej przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, Izby Lekarskiej, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego oraz poszczególne społeczności akademickie wszystkich uczelni medycznych. Nasuwa się szereg pytań:

Czy egzamin państwowy będzie składał się z dwu części: zintegrowanego sprawdzianu testowego nabytej wiedzy oraz sprawdzianu praktycznych umiejętności?

Czy sprawdzian praktyczny miałby się odbyć w trakcie stażu podyplomowego lub po jego zakończeniu?

Czy egzamin testowy miałby się odbyć w okresie między absolutorium a rozpoczęciem stażu, czy po jego zakończeniu?

Jaki ma być udział wiedzy z dyscyplin podstawowych, przedklinicznych i klinicznych w egzaminie testowym? (Istnieją tu znaczne różnice w opiniach).

Czy zatem egzamin zostanie rzeczywiście podporządkowany ogólnym i szczegółowym celom kształcenia?

I wreszcie ostatnie pytanie: Czy egzamin ten "zbliży nas do Europy"? (Czy polski dyplom będzie dawał prawo do lekarskiej praktyki w Europie?).

Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Postawa humanistyczna w medycynie - kryzys czy szansa?

Proces kształcenia na Wydziale Lekarskim powinien zapewnić:

- nabywanie wiedzy medycznej i umiejętność jej wykorzystania na drodze prawidłowego myślenia lekarskiego;
- wyrobienie zdolności kontaktowania się z chorym poprzez przyjmowanie właściwych postaw i zachowań;
- zdobycie praktycznych umiejętności lekarskich.

W Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej od sześciu lat sukcesywnie zbierane są opinie studentów na temat realizacji wyżej sformułowanych celów dydaktyki medycznej. Odbywa się to na drodze odpowiedzi na pytania zawarte w anonimowych ankietach "przed zajęciami" i "po zajęciach" w Zakładzie POZ. Ograniczymy się tu do zanalizowania wypowiedzi badanych w odniesieniu do jednego tylko z otwartych pytań ankiety: "Czy w związku z zajęciami klinicznymi realizowanymi na III, IV i V roku studiów nasunęły się Pani(u) jakieś refleksje dotyczące Pani(a) przyszłego - już jako lekarza - stosunku do chorych?"

Opinie ankietowanych można podzielić na trzy podstawowe grupy:

- Refleksje związane z koniecznością podmiotowego podejścia lekarza do chorego.
- Uwagi krytyczne na temat postaw etyczno-moralnych kadry dydaktycznej.
- Przemyślenia związane z tokiem studiów, programem nauczania i metodami jego realizacji.

Analiza wypowiedzi z pierwszej grupy pozwala na sformułowanie następujących wniosków: zdaniem badanych na krytykę zasługuje fakt nieempatycznego podejścia do chorych, czyli przedmiotowe, pomijające sferę psychiczną traktowanie pacjenta, brak zrozumienia i niezaspokajanie jego potrzeb zarówno emocjonalnych, jak i w zakresie informowania o procesie leczenia. W kontekście tych zarzutów respondenci zwracają uwagę na konieczność większej troski o chorego, okazywanie mu serdeczności, cierpliwości, zrozumienia i kształtowania w tym celu zdolności do efektywnego kontaktowania się z pacjentem.

Druga kategoria wypowiedzi wiąże się z zagadnieniem wzorców osobowych, na których niedosyt skarżą się studenci. Tylko bardzo niewielka część kadry dydaktycznej może, zdaniem respondentów, stanowić wzór do naśladowania. Generalnie krytycznie oceniają oni traktowanie chorych przez lekarzy, podkreślają brak kultury w kontakcie z pacjentami i studentami, nierzetelne realizowanie zajęć dydaktycznych. Obserwacje czynione na co dzień przez ankietowanych stoją w sprzeczności z tym, czego oczekuje się od lekarza i nauczyciela akademickiego.

W trzeciej grupie wypowiedzi mamy do czynienia przede

wszystkim z krytyką procesu nauczania w naszej Uczelni. Główne zarzuty ankietowanych sprowadzają się do stwierdzenia braku właściwego stosunku między wiedzą teoretyczną i praktyczną. Zdaniem respondentów studia są „przeteoretyzowane” kosztem praktycznego nauczania klinicznego. Studenci czują się nie przygotowani do zawodu tak w sensie czysto technicznym, jak i w dziedzinie emocjonalnego kontaktu z chorym.

Przedstawione tu wyniki stanowią jedynie niewielki fragment badań nad dydaktyką medyczną, niemniej ich wartość wydaje się bezsporna. Stanowią one bowiem efekt spojrzenia na studia przez samych zainteresowanych z perspektywy czasu i pozwalają dostrzec nasze liczne niedostatki w zakresie kształcenia. Na koniec warto by się zastanowić, czy wobec głęboko odczuwanej przez studentów potrzeby podmiotowego traktowania chorych, możemy mówić o kryzysie, czy raczej o szansie postawy humanistycznej w medycynie?

mgr Joanna Kliszczyk, mgr Barbara Trzeciak

Zamiast odpowiedzi na pewną ankietę

Sprowokowany inicjatywą, tym razem lokalną, podjętą w sprawie kolejnej reformy programów i planów studiów medycznych pragnę przedstawić kilka uwag na marginesie ... Byłaby to już w naszej Uczelni, w okresie ostatnich sześciu lat, trzecia reforma (1986, 1990).

Jest sprawą oczywistą, że wobec szybkiego postępu w dyscyplinach podstawowych i klinicznych dobór treści nauczania winien być starannie wyselekcjonowany i systematycznie korygowany. Jednak każda większa zmiana planu studiów winna być poprzedzona rzetelną analizą wyników kształcenia realizowanego według dotychczasowego planu. Czy wzrastająca częstotliwość zmian może sprzyjać doskonaleniu jakiegokolwiek systemu edukacyjnego?

Nie jest również odkrywczą tezą, że w przypadku studiów lekarskich (przed- i podyplomowych) absolwent winien być, z jednej strony, możliwie najlepiej przygotowany do wykonywania zawodu lekarza-praktyka, z drugiej - do pracy twórczej w wybranej dyscyplinie medycznej, przy czym zdobyta wiedza winna być wystarczająca dla dalszego, ustawicznego samokształcenia. Realizacja tych zadań w szerszej skali nie jest łatwa i wydaje się celowe rozważenie w przyszłości wprowadzenia na wydziałach lekarskich dwóch kierunków studiów: zawodowego i akademickiego, ewentualnie studiów dwustopniowych. Do takiego wniosku skłaniają mnie wypowiedzi części studentów, której marzy się kształcenie wąsko praktyczne, bez wyętej pracy umysłowej, poświadczone oczywiście dyplomem akademickim; niektórzy postulują nawet wprowadzenie zajęć z medycyny niekonwencjonalnej. Czyżby chodziło o nadanie praktykom znachorskim rangi akademickiej? Niestety, jest smutnym faktem, że są w naszym regionie (i nie tylko w naszym) lekarze, farmaceuci, elektrycy i nawet fizycy wykazujący znaczną aktywność w szerzeniu tego rodzaju praktyk, które znajdują podatny grunt społeczny (czemu się zresztą nie dziwię). Zjawisko to świadczy przede wszystkim o dużych niedostatkach w kształceniu przyrodniczym w naszych szkołach średnich i wyższych. Dodam jeszcze na marginesie wnioskowi dotyczącemu wprowadzenia studiów dwustopniowych, że wskazane jest ponowne rozważenie idei włączenia naszej Uczelni do Uniwersytetu Gdańskiego.

Jeśli chodzi o wypowiedzi studentów w sprawach „jak lepiej uczyć” i wskazywanie niedociągnięć np. organizacyjnych w realizacji procesu dydaktycznego, daleki jestem do odmawiania im tego prawa. Z pewnością niektóre szczegółowe, krytyczne opinie są zasadne i wymagają potraktowania ich z należytą uwagą.

Stwierdzam jednak z przykrością, że równocześnie panuje całkowite milczenie na temat stosunku studentów do obowiązków wynikających ze ślubowania i regulaminu studiów; do wyjątków należą postawy świadczące o chęci zdobywania wiedzy i umiejętności. Wyrażają się takie negatywne postawy m.in. próbami anarchizacji organizacji dydaktyki i brakiem zainteresowania ze strony studentów organizowanymi w naszej Uczelni specjalistycznymi odczytami, sympozjami i zjazdami.

Przyczyn takiego stanu rzeczy jest zapewne kilka. Jedną z nich, w moim przekonaniu, główną, jest praktykowany od lat blokowy system organizacji dydaktyki, traktowany jako pewnego rodzaju "tabu" - ze względu na to, że jest wygodny dla studentów i korzystny (etatowo) dla organizacyjnych jednostek dydaktycznych Uczelni. Nie wdając się w obecną wypowiedź w szczegółowe wartościowanie tego systemu, stwierdzę tylko, że jest on antypedagogiczny, nieekonomiczny i jest źródłem daleko posuniętego rozprzężenia dyscypliny studiów.

W świetle powyższych uwag forsowane przez prof. dr hab. M. Hebanowskiego problemy "priorytetowe", którymi ma się zajmować Komisja Planów i Programów Studiów - z pewnością, ogólnie biorąc, ważne - rozmiągają się zdecydowanie z potrzebami szybkiej poprawy w zakresie organizacji dydaktyki. Bez "holistycznego" podejścia do systemu kształcenia nie może być przełomu na tym odcinku działalności Uczelni. Zostaną kolejny raz zmarnowane - zapał, wysiłek i czas tych nauczycieli akademickich, którzy traktując poważnie wysunięte w ankiecie problemy, ograniczą się do próby ich rozwiązywania bez uwzględnienia szerszych uwarunkowań obecnego stanu.

PS. Nie ustosunkowałem się do krytycznych opinii o nauczaniu fizyki w akademiach medycznych. Stanowisko moje w tej sprawie zawiera artykuł pt.: "O miejsce fizyki w nauczaniu medycyny" (Postępy Fizyki 1990 t. 41 z. 5).

Informacje, informacje...

Z sekretariatu Rektora uzyskaliśmy następujące informacje:

Projekt nowego Statutu Uczelni opracowany przez Uczelnianą Komisję Statutową - po uwzględnieniu poprawek Senatu - został przekazany społeczności akademickiej pod dyskusję.

Senat zatwierdził nowy regulamin studiów Akademii Medycznej w Gdańsku.

Z uwagi na brak ekonomicznego uzasadnienia dalszej działalności ulega likwidacji Zakład Remontowo-Budowlany. Prace remontowo-budowlane będą zlecane wykonawcom z zewnątrz.

W dniach 6,7.05.br. odbywały się uroczystości poświęcone 20-letniej współpracy Uczelni ze Szpitalem Onze Lieve Vrouwe Gasthuis w Amsterdamie. Podczas uroczystego, otwartego posiedzenia Senatu AMG w Ratuszu Staromiejskim uhonorowani zostali medalem "Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku" panowie: Henrycus Franciscus van der Lubbe, dyrektor OLVG i Henk Kruijswijk. Pan Ch. P. Stoutenbeek otrzymał "Medal XL-lecia AMG". Goście holenderscy podarowali Uczelni cenną aparaturę do komputerowego opracowywania dokumentacji naukowej. Dnia 7.05.br. odbyło się wspólne sympozjum naukowe w sali L. Rydygiera z udziałem gości holenderskich.

Dr Wanda Dembińska-Migas, adiunkt w Katedrze i Zakładzie

Farmakognozji została przedstawicielem w Senacie grupy nauczycieli akademickich nie będących profesorami i doktorami habilitowanymi na Wydziale Farmaceutycznym.

Rektor AMG, Prof. Stefan Angielski wszedł w skład Komitetu Honorowego I Światowego Kongresu Polonii Medycznej. Kongres odbędzie się w dniach 19 - 23.06.br. w Częstochowie.

Dnia 23.05.br. w sali S. Hillera odbyło się spotkanie pracowników AMG i PSK z Marianem Krzaklewskim, przewodniczącym NSZZ "Solidarność".

W dniach 23-24.05.br. odbyło się Sympozjum poświęcone metodom zwalczania bólu. Na uroczystym otwarciu dr Hans John Krynen z Uniwersytetu w Groningen uhonorowany został medalem "Zasłużonemu Akademii Medycznej w Gdańsku".

Aż cztery (z pięciu możliwych) doroczne nagrody Gdańskiego Towarzystwa Naukowego dla młodych badaczy za 1990 r. otrzymali pracownicy Akademii Medycznej w Gdańsku:

Dr med. Zdzisław Janowiak (lat 34), za pracę "Ocena dojrzałości noworodka i bariery łożyskowej u człowieka"

Dr med. Piotr Lass (lat 32), za pracę "Zmiany reaktywności beta-adrenergicznej przepływu mózgowego w cukrzycy doświadczalnej u szczurów"

Dr med. Grzegorz Nowak (lat 27), za pracę "Izolacja i właściwości dezaminazy AMP z mięśnia gładkiego"

Dr med. Ryszard Smoleński (lat 29), za pracę "Metabolizm nukleotydów adenilowych w niedokrwionym sercu"

Uroczyste wręczenie dyplomów odbyło się w ubiegłym miesiącu na Walnym Zebraniu GTN.

W dniu 10.05.br. odbyła się w salach Hotelu "Gdynia" VIII Konferencja naukowo-szkoleniowa Sekcji Chirurgii Onkologicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich.

W dniach 17-19.05.br. odbywał się w sali Teatru Muzycznego w Gdyni III Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Studium Języka Angielskiego "The British Council" Uniwersytetu Gdańskiego informuje, że organizuje nabór kandydatów na kurs języka angielskiego dla młodych pracowników nauki na rok akademicki 1991/92.

Jest to kurs 2-letni, odbywający się dwa razy w tygodniu po 2 godz., raz w semestrze 9-dniowy wyjazd poza Gdańsk. Wymagana jest zgoda bezpośredniego przełożonego na uczestnictwo w zajęciach w Gdańsku (w godzinach pracy) i na kurs wyjazdowy.

Egzamin wstępny odbędzie się 18 czerwca 1991 w godz. 9.00, 10.00, 11.00 (godzinny test - godzina do wyboru), po teście krótka rozmowa kwalifikacyjna. Osoby posiadające bardzo słabą znajomość języka proszone są o zgłoszenie na egzamin kwalifikujący w dniu 19.06.91 o godz. 9.00.

Egzamin odbędzie się w gmachu Wydziału Humanistycznego UG, ul. Wita Stwosza 55, pokój 110.

Pisemne zgłoszenia (potwierdzone przez kierownika jednostki) można składać w Dziale Nauki (gmach Rektoratu II p. pokój nr 209) do dnia 7 czerwca 1991 r.

Krajowa Komisja Koordynacyjna Niezależnego Zrzeszenia Studentów powołała Krajową Sekcję Dydaktyki NZS. Jej przewodniczącym został student naszej Akademii - Krzysztof Lisek (V L). Przed sekcją rysują się obiecujące perspektywy działalności, o ile uda

jej się stworzyć programy i plany pozwalające na uruchomienie funduszy przeznaczonych przez państwa zachodnie na szkolenie kadr. (Szkoła menadżerów medycyny!).

W dniu 24.04.br. na walnym zebraniu członków NZS została wybrana nowa Komisja Uczelniana NZS, której przewodniczącym został Andrzej Chyliński - V L. W dniach 9.05. i 16.05.br odbyły się posiedzenia Parlamentu Studentów, na których wybrano Uczelnianą Radę Samorządu, z Tadeuszem Jędrzejczykiem - IV L, jako przewodniczącym. Rada poparła studentów IV roku WL bojkotujących zajęcia Studium Wojskowego.

Informacje o posiedzeniach Towarzystw Naukowych, zebraniach, odczytach i sympozjach, jakie mają się odbyć w czerwcu br.

1 czerwca - zebranie P.T. Neurologicznego

godz. 11.00 - sala konferencyjna (blok nr 6, II piętro)

Szpitala Morskiego im. PCK w Gdyni-Redłowie,

ul. Powst. Styczniowego 1

Dr B. Stefaniszyn, dr L. Petryk - "Powikłania neurologiczne w posocznicy"

Dr J. Adamowicz, dr D. Kobzdej - "Rwa udowa w przebiegu ropnego zapalenia głowy kości udowej"

Dr K. Benert - "Zakrzep zatoki jamistej o piorunującym przebiegu"

5 czerwca - zebranie P.T. Elektroencefalografii i Neurofizjologii Klinicznej

godz. 12.00 - biblioteka Kliniki Neurologii Dorosłych

Dr P. Lass - "Przepływ mózgowy w nadciśnieniu i niektóre metody jego badania"

7 czerwca - zebranie P.T. Diagnostyki Laboratoryjnej

godz. 10.00 - sala wykł. Szpitala Zakaźnego

Doc. A. Hoppe - "Aniony zalegające w różnicowaniu kwas metabolicznych"

Dr C. Nowicka i doc. W. Łysiak - "Sprawozdanie z udziału w Europejskiej Konferencji nt. kontroli jakości badań"

Firma Medriv - prezentacja buforów kalibracyjnych do aparatów równowagi kwasowo-zasadowej

14 czerwca - zebranie P.T. Kardiologicznego, Tow. Internistów Pol. i P.T. Lekarskiego

godz. 13.00 - sala im. Rydygiera AMG

Dr A. Rynkiewicz - "Przyczyny i aspekty hemodynamiczne"

Doc. B. Wyrzykowski - "Zaburzenia humoralne - układ renina - angiotensyna - aldosteron w niewydolności krążenia"

Prof. S. Angielski - "Mechanizm oporności na działanie przesłonowego czynnika natriuretycznego w przewlekłej niewydolności krążenia"

Dr J. Gręźlikowski - "Leczenie naparstnicą ze szczególnym uwzględnieniem zawału serca i niestabilnej choroby wieńcowej"

Prof. K. Leonowicz - "Rola inhibitorów enzymu konwertującego w leczeniu niewydolności krążenia"

Dr A. Odynieć - "Zastosowanie leków moczopędnych w niewydolności krążenia"

27 czerwca - zebranie P.T. Farmaceutycznego

godz. 13.00 - sala wykładowa nr 2 Wydz. Farm.

Dr farm. A. Naśal - "Fluorochinolony - inhibitory gyrazy bakteryjnej"

Mgr P. Zieliński, reprezentant GLAXO EASTERN EUROPE Ltd.
"Przegląd i perspektywy rozwoju antybiotyków β -laktamowych"

Ogólnopolskie Studenckie Konferencje Kardiologiczne

Ogólnopolskie Studenckie Konferencje Naukowe odbywają się corocznie od 1957 roku. W ostatnich latach obserwowano wzrost zainteresowania i co za tym idzie - wzrost liczby studenckich prac naukowych z dziedziny kardiologii. Stworzyło to potrzebę zorganizowania odrębnej konferencji, która stanowiłaby forum wymiany poglądów i prezentacji prac naukowych Studenckich Kół Naukowych (SKN) zajmujących się kardiologią i kardiologią chirurgią. Z inspiracji Instytutu Kardiologii, który był jednym ze sponsorów konferencji, urzeczywistnienia tej idei podjęli się studenci ze Studenckiego Towarzystwa Naukowego AM w Gdańsku oraz z SKN przy III Klinice Chorób Wewnętrznych. W dniach 2-4.04.1987 r. zorganizowali oni I Ogólnopolską Studencką Konferencję Kardiologiczną. Było to możliwe dzięki życzliwości i pomocy władz Uczelni, redakcji *Kardiologii Polskiej*, a także dzięki objęciu patronatu nad konferencją przez Oddział Gdański Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i sponsorowaniu przez firmy takie jak Immuno, Cordis, Novatron. Konferencja zgromadziła ponad 50 uczestników z 7 ośrodków, prezentujących 18 prac. Sukces pierwszej konferencji sprawił, że kolejne gromadziły coraz liczniejsze grona uczestników. Celem utrwalenia kształtującej się tradycji zdecydowano, że konferencje odbywać się będą corocznie w Gdańsku. W ciągu 4 lat zaprezentowano w Gdańsku ponad 70 prac (w tym 10 z zagranicy). Należy podkreślić duże zaangażowanie studentów w dyskusjach, niekiedy bardzo nawet burzliwych. Jury, w którym brali udział opiekunowie kół naukowych z wielu uczelni, spełniało rolę obserwatora i niekiedy tylko moderatora dyskusji. Przyjął się również konkursowy charakter konferencji. W dniu 10 maja br. odbyła się V Ogólnopolska Studencka Konferencja Kardiologiczna, w czasie której prezentowano 14 prac z 3 ośrodków (Gdańsk, Łódź, Kraków). Jury przyznało trzy nagrody i dwa wyróżnienia.

Prof. dr hab. Mirosława Narkiewicz

Lek. med. P. Purzycki

Z ukosa

Dwie sprawy poruszyły ostatnio środowisko studentów. Pierwsza - to bojkot Studium Wojskowego. Abstrahując od tego, co zaszło (w momencie ukazania się niniejszego numeru "będzie już po wszystkim" - studenci IV roku uzyskają prawdopodobnie warunkowe zaliczenie roku). Chcę tylko nadmienić, że w obu projektach nowej ustawy o powszechnym obowiązku obrony państwa nie ma ani słowa na temat Studiów Wojskowych w uczelniach, zaś w naszej Uczelni istnieje już opracowany projekt nowego przedmiotu pt. medycyna katastrof, który dawałby podstawy wiedzy o działaniu w warunkach strat masowych. Z pewnością będzie to bardziej przydatne, niż np. umiejętność ubezpieczenia kolumny marszowej. Druga sprawa - to wycofanie się Akademii z płacenia studentom za praktyki wakacyjne (+ sugestia, by odrabiać je "w domu"). Uderza to szczególnie w studentów spoza Trójmiasta. Wychodząc z założenia, że należałoby to w jakiś sposób zrekomensować, Parlament Studentów opracował projekt skrócenia praktyk: Na Wydziale Lekarskim - praktykę po I roku (pielęgniarska) skrócić do dwóch tygodni, po II roku (laboratoryjna) - zlikwidować, bo ogranicza się do mycia szkła, a grozi zakażeniem wirusem wzw, zlikwidować też praktykę w stacjach SANEPID po V roku. Na Wydziale Farmaceutycznym - praktykę po IV roku w aptekach zamkniętych skrócić do dwóch tygodni.

Kamil Jankowski

Wyciąg ze Sprawozdania o działalności Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 w roku 1990, przedłożonego Rektorowi AM

Państwowy Szpital Kliniczny Nr 1 w 1990 r. dysponował 1227 łózkami. Zatrudniał 2048 pracowników wraz z osobami zatrudnionymi w niepełnym wymiarze czasu (146 osób). Nauczyciele akademicki (344 osoby) nie są liczeni w etatach Państwowego Szpitala Klinicznego, gdyż są opłacani przez AMG.

W 1990 r. leczono w klinikach PSK 14613 pacjentów. Przeciętny czas pobytu chorego wynosił 20 dni (od 12 dni w Klinice Chorób Nerek do 42 dni w Klinice Chorób Psychicznych i 51 dni w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej). Średnie roczne "obciążenie" czyli wykorzystanie łóżek szpitalnych wynosiło ok. 70%. Koszt jednego dnia pobytu w klinikach PSK Nr 1 wynosił średnio 328.130 zł i w zasadzie mieścił się w granicach od 201.799 zł (Kl. Psychiatryczna) do 453.663 zł (kliniki chorób wewnętrznych). Tylko koszt pobytu w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej znacznie przekraczał wartość średnią i wynosił 2.135.996 zł. Ogółem koszty leczenia 14613 chorych w klinikach PSK Nr 1 w roku 1990 wyniosły 99.351.713.014 zł.

Szczegółowe dane o działalności PSK Nr 1 w roku 1990

Ilość udzielonych porad:

w przychodniach przyklinikowych	101.302
w Przychodni Stomatologicznej	49.459
w Izbie Przyjęć	14.308

Ilość wykonanych zabiegów:

Operacje	4.876
Małe zabiegi chirurgiczne	12.096

Ilość wykonanych badań diagnostycznych:

Zdjęcia rtg	132.538
Prześwietlenia rtg	3.964
Badania tomografii komputerowej	269.883
Badania USG	10.592
Telegammaterapia	41.698
Naświetlanie promieniami rtg	10.881
Naświetlanie radem	475
Naświetlanie cezem	231
Badania EEG	1.574
Badania EKG	18.440
Badania laboratoryjne	1.592.069
Badania bakteriologiczne	26.174

Wykonanie budżetu PSK Nr 1 za 12 miesięcy 1990 roku

1. Wynagrodzenia osobowe	28.402.106.000	26.54
2. Wynagrodzenia bezosobowe	3.300.000	0.01
3. Nagrody z Zakł. Funduszu Nagród	356.892.140	0.33
4. Składki na ubezpiecz. społeczne	11.851.256.510	11.07
5. Odpisy na Zakł. Fundusz Socjalny	175.870.000	0.16
6. Odpisy na Zakł. Fundusz Mieszkaniowy	154.587.000	0.14
7. Dotacje z budżetu (hotel)	935.556.000	0.87
8. Odszkodowania, wyżywienie personelu	719.241.202	0.67
9. Renty, kredyty dla mł. małżeństw	11.120.164	0.01
10. Różne opłaty i składki	3.927.141	0.01
	-----	-----
	42.613.856.157	39.81
	=====	=====
11. Środki żywności	3.059.999.537	2.86
12. Leki i środki pomocnicze	20.861.648.197	19.49
13. Sprzęt medyczny	8.878.201.332	8.29
14. Usługi materialne	8.624.999.790	8.06
15. Usługi niematerialne	276.616.506	0.26
16. Energia	5.999.906.862	5.60
17. Materiały i przedmioty nietrwałe	8.359.933.681	7.81
18. Podróże służbowe, krajowe	16.720.428	0.02
19. Kapitałne remonty	2.140.000.000	2.00
20. Inwestycje - środki trwałe	6.202.227.899	5.8
	-----	-----
	64.420.254.233	60.19
	=====	=====
RAZEM:	107.034.110.389	
	=====	=====

Przegląd prasy

Z *Głosu Politechniki Gdańskiej* wybraliśmy informację pt.:

Powstał Bank Informacji Komputerowej

W Politechnice Gdańskiej powołano Gdańskie Centrum Innowacji, spółkę z o.o. Zadaniem Centrum jest kojarzenie interesów pracowników PG, którzy zechcą na swój koszt i rachunek pracować nad wdrożeniem do praktyki własnych pomysłów - z organizacjami spoza uczelni, menadżerami z przemysłu, właścicielami prywatnych firm zainteresowanych kupnem nowych technologii i opracowań. Aby przyspieszyć ten proces zorganizowano Komputerowy Bank Informacji. Każdy zainteresowany pracownik będzie mógł zamieścić w Banku własną ofertę o różnych rodzajach działalności. Zgromadzone propozycje będą ofertą Gdańskiego Centrum Innowacji wobec zainteresowanych kontrahentów. Będzie prowadzona akcja reklamowa. Od zawartych umów Centrum pobierze umiarkowaną prowizję. Będzie można zamówić proste usługi związane z realizacją każdego projektu: tłumaczenia, maszynopisanie, telex, fax, prace związane z opracowaniem technologicznym itp. Opłata za rejestrację ofert wynosi 10.000 zł (Informacje - pod nr. tel.: 47-10-54 i 47-26-56). Udziałowcami Centrum są Bank Gdański, Gdańska Izba Prywatnego Przemysłu i Handlu, Dom Handlowy "Nauka", który wniesie aport w postaci sprzętu komputerowego. Centrum ma być afiliowane do "Association of German Technology and Business Incubation Centres".

Od Redakcji



Akademia Medyczna widziana od frontu i od podwórka



Redaguje zespół: Marek Hebanowski, Leszek Kalinowski
Kamil Jankowski, Waldemar Narożny, Jerzy Rogulski
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 609/91 nakł. 600 egz. form. A-4