GAZETA AMG
GDAŃSK
1 lipca 1991 Nr 7

Sh 4-7

Rozmowa z Doc. Wojciechem Czarnowskim - Dziekanem Wydziału Farmaceutycznego AMG

Redakcja: Jakie cele stawia Pan przed sobą i przed Wydziałem? Jakie zamierzenia chciałby Pan zrealizować w tej kadencji?

Wojciech Czarnowski: Naczelnym celem działalności Wydziału jest kształcenie farmaceutów, którzy sprostaliby aktualnym, a także i przyszłym wymaganiom zawodu. Swoje główne zadanie widzę w stwarzaniu warunków do rozwoju naukowego i zawodowego pracowników Wydziału, a nowe możliwości w tym względzie daje Ustawa o szkolnictwie wyższym. Co do konkretnych zamierzeń - liczę, że w bieżącej kadencji dokonamy niezbędnych zmian w programie nauczania, zorganizujemy aptekę o randze akademickiej, zadbamy o wykorzystanie potencjału gospodarczego Ogrodu Roślin Leczniczych.

Red.: Kto (co) to jest farmaceuta w dobie obecnej, tzn. raczej jutro niż wczoraj? Co powinien wiedzieć i umieć absolwent Wydziału Farmaceutycznego. Jakie cele dydaktyczne stawia przed sobą Wydział?

W.Cz.: W powszechnym odczuciu określenie farmaceuta odnosi się do pracownika apteki. W Polsce, jak zresztą w wielu innych krajach, farmaceuci oprócz wykonywania zawodu aptekarza pracowali i pracują w różnego rodzaju laboratoriach kontrolnych, toksykologicznych, analizy środowiska i badawczo-rozwojowych, związanych z szeroko pojętą ochroną zdrowia, a także w przemyśle farmaceutycznym, zielarskim, kosmetycznym i innych. Na Zachodzie ważnym zadaniem farmaceutów jest doradztwo i kontrola leczenia farmakologicznego. Jest to tzw. farmacja kliniczną, wspomagająca działania lekarza. Niestety, w organizacji polskiego lecznictwa nie znajduje ona jeszcze należytego miejsca. Do wykonywania wszystkich tych czynności studenci farmacji są odpowiednio przygotowani. W podobnie szerokim spektrum widzę zadania naszych absolwentów w przyszłości, choć z pewnością tradycyjnie aptekarstwo będzie podstawowym zakresem nauczania i późniejszej pracy.

Red.: Czy widzi Pan potrzebę zmian programu kształcenia? W jakim kierunku winny iść te zmiany?

W.Cz.: Oczywistym jest, że zmiany w programie nauczania, a także w sposobie kształcenia są niezbędne w każdej szkole, chcącej nadążyć za współczesnością. Tym bardziej, gdy kształceniem chce się formować przyszłość. Obecnie dokonują się wręcz rewolucyjne zmiany w całej infrastrukturze gospodarczo-legislacyjnej aptekarstwa. Zmiany te wymagają możliwie szybkich modyfikacji programów nauczania. Koniecznym jest wprowadzenie do programu studiów elementów prawdziwej ekonomii gospodarowania surowcami, lekami, pracą apteki czy ogólnie - przedsiębiorstwa. Trzeba studentów zaznajomić z aktualnym stanem prawnym w zakresie tych zagadnień. Inne zmiany

programowe winny być wprowadzane systematycznie jako pochodne poszerzających się horyzontów wiedzy, a także zmieniających się problemów pracy zawodowej. Między innymi rozważamy celowość i możliwość powołania nowych kierunków (w przyszłym układzie prawnym zwanych zapewne specjalnościami) - bioanalizy i badania środowiska, zielarsko-kosmetycznego a może i innych. Myślimy także o zmianach w programie nauczania matematyki w kierunku jej praktycznych zastosowań. Rada Wydziału Farmaceutycznego powołała, pracującą w sposób ciągły, Komisję ds Programu Studiów. Pierwsze propozycje Komisja przedstawi na jednym z najbliższych posiedzeń Rady Wydziału.

Red.: Czy nie sądzi Pan, że na Farmacji zbyt mało uczy się "farmacji"?

W.Cz.: Wydział Farmaceutyczny kształci studentów na trzech kierunkach: aptecznym, analityki farmaceutycznej i analityki klinicznej. Dwa ostatnie stanowią po około 10% stanu osobowego studentów. Wszyscy absolwenci otrzymują dyplom magistra farmacji, choć z założenia są najlepiej przygotowani do wykonywania pracy zgodnej ze skończonym kierunkiem. Jeżeli "farmację" zawartą w pytaniu rozumieć jako "aptekarstwo", to myślę, że absolwenci kierunku aptecznego uczeni są "farmacji" w takim wymiarze, który pozwala im sprostać wszelkim sytuacjom, mogącym zaistnieć w aptece oraz przy przemysłowej produkcji leków. Z kolei absolwenci kierunków analitycznych posiadają niezbędny zasób wiedzy, umożliwiający odpowiedzialną pracę w aptece.

Red.: Czy nie uważa Pan, że byłoby z pożytkiem dla Wydziału Farmaceutycznego przekształcenie kierunku analityki klinicznej w oddział?

W.Cz.: Rada Główna Szkolnictwa Wyższego dąży do scalania kierunków studiów, chce ograniczyć ich ilość. Obecnie jest około 150 kierunków. Proponuje się, aby ograniczona liczba kierunków studiów dzieliła się na specjalności. W naszym przypadku kierunkiem byłyby nauki farmaceutyczne (farmacja), a farmacja apteczna, analityka kliniczna, zielarstwo itd. byłyby specjalnościami w ramach kierunku. Ta koncepcja wydaje mi się słuszna.

Red.: Mówiło się kiedyś o ukierunkowaniu programu na tzw. farmację kliniczną (lub o stworzeniu takiego kierunku). Czy zamierzenia te doczekają się realizacji?

W.Cz.: Otwarcie nowej specjalności na Wydziale wymaga znajomości realnego zapotrzebowania na dany rodzaj specjalistów, opracowania programu nauczania, skompletowania odpowiednio przygotowanej kadry nauczającej. Podjęcie decyzji o otwarciu specjalności farmacji klinicznej (jak zresztą i innych) wymaga więc czasu i rozważnego mierzenia sił na zamiary. W tym względzie liczymy na rezultaty prac wymienionej wcześniej Komisji.

Red.: Studenci Wydziału Lekarskiego zgłaszają wiele uwag krytycznych, zarówno pod adresem programu, jak i sposobu jego realizacji. Czy studenci Wydziału Farmaceutycznego są równie krytyczni?

W.Cz.: Myślę, że studenci Wydziału Farmaceutycznego są równie krytyczni w ocenach programu nauczania i sposobu jego realizacji co studenci Wydziału Lekarskiego. Niestety, artykulacja uwag krytycznych nie jest organizacyjnie dobra i efektywna. W związku z uwiądem studenckiej działalności samorządowej są to na ogół uwagi pojedynczych osób (często ze sobą sprzeczne), a nie stanowisko społeczności studenckiej. Ponadto, uwagi czy nawet protesty w sprawach programu i organizacji nauczania zgłaszane są często w "dzień" przed repetytorium, kolokwium. Bywa, że w sprawach studenckich musimy podejmować decyzje bez udziału zainteresowanych, ponieważ ich przedstawiciele nie zawsze uczestniczą w posiedzeniach Rady Wydziału. Studenci, aby móc wpływać na życie Wydziału czy Uczelni, muszą stworzyć kompetentną, zwartą reprezentację.

Red.: Czy na wydziałach farmaceutycznych innych akademii

wprowadzane są jakieś bardziej radykalne zmiany programowe?

W.Cz.: Dziekani ośmiu wydziałów farmaceutycznych w Polsce od szeregu lat spotykają się cyklicznie. Informują się wzajemnie o zasadniczych przedsięwzięciach i zmianach. W wielu sprawach wypracowują wspólne stanowiska. Każdy z wydziałów ma własną specyfikę, wynikającą między innymi z tradycji. Dotyczy to także rozwijania poszczególnych specjalności. Wszędzie jednak dokonują się zmiany, w tym zmiany programów nauczania. Ich ogólny kierunek wydaje się wspólny: mniej "czystej" chemii, fizyki, matematyki - więcej zagadnień z pogranicza tych dyscyplin i biologii, fizjologii, patologii itp.

Red.: Na jakie inne, ważne dla Wydziału Farmaceutycznego sprawy chciałby Pan zwrócić uwagę czytelników *Gazety?*

W.Cz.: Reprywatyzacja (prywatyzacja) aptek spowodowała radykalne zmiany w ocenie zawodu farmaceuty. Jest on postrzegany przez wielu jako doskonała droga do wzbogacenia się. Odnotowujemy znacznie zwiększone zainteresowanie studiami na naszym Wydziale. Potencjalni spadkobiercy właścicieli aptek zgłaszają się, chcąc studiować farmację nawet jako drugi fakultet. I choć zwyżkowanie prestiżu zawodu cieszy, musimy pamiętać, że powyższa sytuacja może skłaniać niektórych ludzi do "robienia pieniędzy" za wszelką cenę. Jako nauczyciele i środowisko opiniotwórcze, takie postawy stanowczo potępiamy. Myślę, że w tym względzie będziemy działać razem z Izbami Aptekarskimi i Polskim Towarzystwem Farmaceutycznym.

Red.: Dziękujemy za rozmowę.

"Profesor musi kochać swoją pracę..."

Jako seniorka wśród nauczycieli akademickich, mająca za sobą wiele lat pracy pedagogicznej, chciałabym się wypowiedzieć na temat przygotowywanego, nowego planu dydaktycznego Uczelni.
Chcę zatrzymać się na dwu problemach: wykładach i ćwiczeniach blokowych.

Uważam, że skasowanie w swoim czasie wykładów było wielkim błędem i wyrządziło dużą szkodę całej społeczności akademickiej. Decyzję tę argumentowano wówczas faktem, że studenci nie chodzą na wykłady. Byłam studentką Uniwersytetu Warszawskiego i do dzisiaj pamiętam wypełnione słuchaczami audytoria, gdy wykładali tacy profesorowie jak Radliński, Gluziński, Czarnocki i inni. Nigdy specjalnie nie interesowałam się chirurgią, a mimo to nie opuściłam żadnego wykładu prof. Radlińskiego i do dzisiaj pamiętam wszystko, czego mnie nauczył.
Frekwencja na wykładzie zależy przede wszystkim od profesora, od jego stosunku do obowiązku prowadzenia wykładu, stopnia przygotowania, sposobu i formy przekazu. Profesor musi kochać swoją pracę, musi chcieć nauczyć studentów - zwłaszcza tego, co nowe, co aktualnie dzieje się w zakresie jego specjalności, czego na pewno słuchacze nie znajdą w podręcznikach, które wydawane są przecież co kilkanaście lat. Medycyna nie stoi w miejscu, a młodzież oczekuje od swych profesorów właśnie informacji o nowych faktach, o ciekawych przypadkach. Nie łudźmy się, że wszyscy początkowo będą przychodzić chętnie. Słuchaczy będzie przybywało, gdy szeroko rozejdą się relacje o atrakcyjności wykładu. A czy są sposoby sprawdzenia (nie tylko przez listy obecności), czy studenci chodzą na wykłady? Wiadomości podane na wykładzie mogą egzekwować asystenci na ćwiczeniach, (im także przyda się chodzenie na wykłady). Ponadto wiadomości z wykładów może również egzekwować profesor w trakcie egzaminu. Trudno przeceniać korzyści płynące z faktu, że studenci mogą poznać swego profesora nie tylko na egzaminie, lecz również na wykładzie; profesor także może poznać studentów w trakcie wykładu, prowadząc z nimi rozmowy i odpowiadając na pytania. Stwarza to ten niezbędny bliski kontakt między

profesorem a studentem, rodzi więź między tymi, którzy uczą i tymi, którzy tę wiedzę chcą zdobyć. Mając 2 godziny wykładu, zawsze w przerwie miałam w małym pokoiku przy sali Rydygiera, gdzie wykładałam, tłumy studentów. Każdy student mógł wejść i porozmawiać ze mną.
Wiem, że nawet dla doświadczonych profesorów wykład jest dużym wysiłkiem, może jednak być również źródłem satysfakcji. Uważam, że tytuł nauczyciela akademickiego zobowiązuje nas do prowadzenia wykładów.

Wszyscy kierownicy klinik przyjęli system ćwiczeń blokowych chętnie. Ale bądźmy szczerzy - chodziło tu nie o dobro studentów, ale o pensum, które w systemie blokowym było znacznie łatwiejsze do zrealizowania. Obserwując ćwiczenia prowadzone systemem blokowym muszę powiedzieć szczerze i nazwać je po prostu oszustwem. Uważam, że studenci nie mają więcej zajęć w systemie blokowym, niż mieli wówczas, gdy ćwiczenia były prowadzone przez 3 godziny efektywnie. Przy 5-godzinnym systemie asystent dużą część czasu poświęca na zajęcia nie mające nic wspólnego z dydaktyką. Ćwiczenia blokowe miały odbywać się w małych grupach, tymczasem grupy nieraz są bardzo duże, kliniki nie mają pomieszczeń specjalnych dla studentów i studenci często pozostawieni sami sobie, krążą po oddziale. Można by zaryzykować stwierdzenie, że w klinice student jest piątym kołem u wozu. A przecież ćwiczenia w klinice mogą dać studentom tak wiele, i to nie tylko wiedzy fachowej, lecz i wychować, nauczyć postępowania z chorym, pokazać dobrą organizację pracy. Przecież to, co student zobaczy w klinice bardzo często będzie rzutować na jego przyszłe zachowanie. To, co powiedziałam w moim przemówieniu, gdy dostawałam tytuł dr. honoris causa, pragnę powtórzyć - funkcja wychowawcza - to najważniejsza, bez mała, rola Uczelni. Gdyby Prorektor do spraw dydaktyki zechciał odwiedzić kliniki w trakcie zajęć blokowych, przekonałby się, jak to jest naprawdę z tym pensum. Byłam przed wojną asystentem i prowadziłam ćwiczenia w godzinach od 15.00 do 18.00. Rozumiem, że w dzisiejszych czasach jest to raczej nierealne. Po wojnie mieliśmy w Akademii ćwiczenia 3-godzinne i jestem przekonana, że te 3 godziny były ze znacznie większą korzyścią przyjmowane przez studentów niż dzisiejsze bloki. Chciałabym jeszcze dodać, że tak krótki kontakt z tzw. małymi klinikami nie daje studentom możliwości zobaczenia większej liczby jednostek chorobowych, chorzy nie zmieniają się tak szybko, co uniemożliwia zobaczenie szerszego przekroju przypadków, z którymi, być może, w przyszłości przyjdzie im się zetknąć.

Prof. em., dr h.c. Zofia Majewska

Uwagi dotyczące zajęć blokowych

Dla studentów wyższych lat studiów lekarskich, którzy przyswoili sobie wiedzę z dyscyplin podstawowych i przedklinicznych oraz opanowali podstawowe elementy wiedzy i umiejętności kliniczne (III i IV roku studiów) istotną rolę spełniają zajęcia, które w dydaktyce medycznej są oceniane jako wyższe i doskonalsze formy nauczania. Zajęcia te nazywane są blokowymi.

W większości krajów Zachodniej Europy i USA w ciągu ostatnich 30-tu lat preferowane są tego rodzaju zajęcia. Wypierają one tradycyjne wykłady i klasyczne ćwiczenia kliniczne, (co znajduje swój wyraz w szeregu publikacjach, dotyczących nauczania medycyny).

Celem zajęć blokowych jest kompleksowe nauczanie medycyny klinicznej, w którym wiedzę i umiejętności nabyte na latach wcześniejszych wykorzystuje się w rozwiązywaniu codziennych problemów klinicznych.

Zajęcia blokowe należą do metod aktywizujących, w których student powinien pełnić rolę pomocnika, współdziałającego ze swoim "mistrzem"-asystentem. Student, pełniąc w trakcie zajęć blokowych rolę lekarza oddziału szpitalnego czy poradni na poziomie medycyny pierwszego kontaktu, przygotowuje się do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza. Zajęcia te stwarzają studentom możliwość dłuższej obserwacji pacjenta oraz śledzenia efektów procesu diagnozowania i leczenia.

Zajęcia blokowe w zakresie dużych dyscyplin klinicznych (choroby wewnętrzne, pediatria, chirurgia, położnictwo z ginekologią, psychiatria oraz podstawowa opieka zdrowotna) mają już w naszej Uczelni wieloletnie tradycje.

W latach 1970-78 prowadziłem na V roku zajęcia blokowe w Klinice Chorób Nerek, a od 1979 r. czuwam nad właściwą realizacją tych zajęć, w zorganizowanym przeze mnie Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej na bazie Poradni Ogólnych, Dziecięcych a w bieżącym roku Poradni "K". Oceniam te zajęcia jako nadzwyczaj przydatne i zwiększające efektywność procesu kształcenia.

Jeden lub dwóch studentów, wspólnie ze swoim "mistrzem"-asystentem, czy adiunktem wykonują codzienne zadania lekarskie, które będą musieli, po uzyskaniu dyplomu, wykonywać samodzielnie.

Sprawa wykorzystania czasu zajęć blokowych zależy zarówno od aktywności asystenta, jak i studenta. Student odbywający 2-4-5-tygodniowe zajęcia blokowe poznaje, w większym czy mniejszym stopniu, infrastrukturę i zakres problematyki pracy oddziału. Bierze również udział w zebraniach naukowo-szkoleniowych, uczestniczy w badaniach konsultacyjnych swojego pacjenta oraz w ocenie i interpretacji badań dodatkowych: biochemicznych, bakteriologicznych, radiologicznych, endoskopowych, ultrasonograficznych. Blok umożliwia studentom śledzenie losów pacjenta na oddziale. Obok zajęć blokowych odbywają się zajęcia seminaryjne prowadzone przez doświadczonych adiunktów czy samodzielnych pracowników nauki. Jeżeli przyjmują oni również pacjentów w Poradni Przyklinicznej, student uczestniczy w ich pracy, poznając specyfikę problemów medycznych pacjentów kontrolowanych i leczonych ambulatoryjnie.

Kierując zajęciami od 1979 roku w Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej w oparciu o bazę wybranych Przychodni Rejonowych nie wyobrażam sobie możliwości zrezygnowania z blokowej formy tych zajęć. W czasie siedmiu godzin lekcyjnych studenci biorą aktywny udział w czynnościach lekarza (diagnozowanie i leczenie pacjentów, zgłaszających się do poradni, wizyty u chorych w domu, wizyty patronażowe, działalność profilaktyczna).
Osobiście, 2 razy w tygodniu prowadzę zajęcia blokowe w Poradni Konsultacyjnej Chorób Wewnętrznych i mam okazję obserwować dużą aktywność i zainteresowanie studentów specyfiką problemów medycyny ambulatoryjnej.

Czy moje doświadczenia i poglądy dotyczące zalet zajęć blokowych znajdują potwierdzenie w opiniach nauczycieli akademickich, a co może ważniejsze - studentów?

Od 8-miu lat Zakład Podstawowej Opieki Zdrowotnej prowadzi badania nad efektywnością procesu dydaktycznego. Między innymi prowadzimy stałą ocenę zajęć przy zastosowaniu anonimowej ankiety, na którą odpowiadają studenci przed i po zakończeniu prowadzonych zajęć blokowych. Pytania dotyczące efektywności odbytych zajęć blokowych pozwalają na obiektywną i reprezentatywną ocenę tych zajęć przez studentów. Od 70-85% studentów ocenia pozytywnie lub bardzo pozytywnie właśnie zajęcia blokowe. W uzasadnieniu ocen podają możliwość samodzielnego sprawdzenia swojej wiedzy nabytej na latach wcześniejszych, poznanie algorytmów rozpoznań i leczenia najczęstszych chorób, z którymi się zgłaszają pacjenci, poszerzenie wiedzy z farmakoterapii. Widzą potrzebę doskonalenia umiejętności komunikacji w relacjach pacjent - lekarz, w rozwiązywaniu szerokiej problematyki lekarskiej i pozalekarskiej, z którą zwracają się do lekarza pacjenci

ambulatoryjni.

W związku z możliwością modernizacji procesu nauczania w naszej Uczelni, ożywia się dyskusja dotycząca efektywności poszczególnych metod nauczania, w tym też zajęć blokowych.

Dla zebrania opinii dotyczących poszczególnych elementów procesu nauczania Wydziałowa Komisja Planów i Programów Studiów skierowała do kierowników jednostek dydaktyczno-naukowych, samodzielnych pracowników nauki i grupy adiunktów ankiety z szeregiem pytań. Znalazło się wśród nich pytanie o ocenę zajęć blokowych (pozytywną lub negatywną).

Spośród 76 respondentów, 53 (70%) oceniło zajęcia blokowe pozytywnie, jedna osoba wypowiedziała się za skróceniem czasu trwania bloku. Negatywnie oceniło tę formę zajęć 5 osób (7%), 17 osób (22%) nie miało zdania. Kilkunastu respondentów zwraca uwagę na konieczność lepszego egzekwowania przez kierowników klinik od asystentów obowiązku zajęcia się przydzielonymi studentami. Sprawą przedstawia się łatwiej w klinikach reprezentujących dyscypliny zachowawcze. Na znaczne trudności, przy aktualnej liczbie studentów, natrafia nauczanie w klinikach zabiegowych.

Kończąc, pozwalam sobie przytoczyć kilka opinii wyrażonych przez kierowników klinik i samodzielnych pracowników nauki, reprezentujących internę, psychiatrię, pediatrię, farmakologię:

Ankieta nr 9

"...Godne uwagi wydają się być zajęcia blokowe w oddziałach klinicznych i szpitalnych, gdzie student miałby pełnić rolę "najmłodszego asystenta"; ...Student przestaje być biernym obserwatorem, a staje się czynnym uczestnikiem procesu leczenia".

Ankieta nr 20

"Popieram prawidłowo prowadzone zajęcia blokowe. Umożliwiają one prowadzenie przez studenta samodzielnie chorego i uczestniczenie w pracy asystenta. Dobrze zorganizowane zajęcia blokowe dają dużą wiedzę praktyczną".

Ankieta nr 21

"Zajęcia blokowe - bardzo ważne na wyższych latach, student jako "najmłodszy asystent" z pewną samodzielnością, co pozwala na ocenę i korekcję jego umiejętności praktycznych, wiedzy i umiejętności komunikowania się".

Ankieta nr 35

"Zdecydowanie przedkładam seminaria i ćwiczenia w małych grupach nad wykładami. Jest to zgodne z poglądami wyrażonymi na światowym sympozjum poświęconym dydaktyce medycznej (Cypr 1988). W Polsce jest to szczególnie celowe ze względu na wyjątkowo pasywne zachowanie się studentów na zajęciach.... W czterech podstawowych specjalnościach klinicznych metodą najwłaściwszą są zajęcia zblokowane... Przypominam, że w wielu zachodnich uczelniach student przebywa w klinikach od pierwszego roku".

Ankieta nr 37

"Utrzymanie systemu blokowego na roku V uważam za wręcz konieczne, podobnie jak włączenie w cykl szkolenia Poradni Przyklinicznych".

Ankieta nr 40

"Tzw. zajęcia blokowe w mojej opinii są pożyteczne, zwłaszcza, gdy odbywają się w układzie jeden lub maksimum dwóch studentów - jeden lekarz.

W tym układzie student może pełnić rolę pomocnika lekarza przez cały okres czasu zajęć blokowych, przebywa w atmosferze kliniki, nawet jeśli "traci" czas, to jednak w tym samym czasie bierze udział w różnego rodzaju nieformalnych dyskusjach na temat pacjentów, co obserwuję w mojej Klinice".

Ankieta nr 48

"Ze wszech miar akceptuję zajęcia blokowe, gdzie student będzie pełnił rolę "najmłodszego asystenta" pod warunkiem, że na asystenta prowadzącego zajęcia będzie przypadać 1 lub 2 studentów a nie 4-ch".

Prof. dr hab. Marek Hebanowski

Perspektywy i nadzieje

W dniach 24-25 maja br. odbyło się w Gdańsku Międzynarodowe Sympozjum "Walka z bólem" zorganizowane przez Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii AMG oraz Gdańsko-Pomorski Oddział Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Sympozjum stanowiło kontynuację tradycji gdańskich. Pierwsze bowiem w Polsce Międzynarodowe Sympozjum pt. "Ból i jego leczenie" odbyło się przed trzynastu laty właśnie w Gdańsku. Inicjatorem i organizatorem tego Sympozjum był nieżyjący już dziś doc. dr hab. med. Aleksander Lewiński - założyciel i pierwszy przewodniczący Sekcji Leczenia Bólu Towarzystwa Anestezjologów Polskich.

W ciągu tych lat nastąpił znaczny postęp w zakresie wiedzy o patomechanizmie bólu, jak i metodach jego zwalczania.

W tegorocznym Sympozjum uczestniczyło 300 lekarzy z 7 krajów Europy, reprezentujących różne dyscypliny medyczne. Odbyło się 5 sesji dotyczących inwazyjnych metod i innych technik zwalczania

bólu. Po raz pierwszy w naszym kraju do programu naukowego Sympozjum włączono sesję poświęconą opiece nad chorym w stanie terminalnym.

Na program naukowy Sympozjum złożyło się 26 wygłoszonych referatów, z których 12 przedstawionych było przez znanych i cenionych naukowców spoza naszego kraju. Ośrodek gdański miał możliwość przedstawić 3 prace, dotyczące najnowszych technik zwalczania bólu w chorobie nowotworowej. Dwie z omówionych technik zostały po raz pierwszy zastosowane w Polsce. Aktualność wybranych tematów jak i dobór referentów zagwarantował wysoki poziom naukowy wszystkich przedstawionych prac. Wymiana doświadczeń pomiędzy przedstawicielami ośrodków leczenia bólu z naszego kraju jak i spoza jego granic winna zaowocować w naszej działalności naukowej i leczniczej.

Rozwój lecznictwa przeciwbólowego w Polsce sięga lat sześćdziesiątych. Zapoczątkowany był przez anestezjologów, którym problem zwalczania bólu był zawsze bliski. Pierwsze Poradnie Przeciwbólowe w Polsce zostały oficjalnie powołane w latach 1973-1976 (Gliwice, Warszawa, Katowice). Obecnie na terenie całego kraju działa około 60 Poradni Leczenia Bólu. Większość z nich oparta jest na jednoosobowym działaniu anestezjologa lub neurologa. Interdyscyplinarnych poradni działa w naszym kraju zaledwie kilka, mieszczą się najczęściej w ośrodkach akademickich, lub przy wielodyscyplinarnych poradniach miejskich i wojewódzkich. W skład takich zespołów wchodzą na wzór zachodnioeuropejski - anestezjolodzy, neurolodzy, psycholodzy, lekarze rehabilitacji oraz konsultanci następujących specjalności: ortopedii, psychiatrii, neurochirurgii, reumatologii, onkologii. Działalność lecznicza poradni przeciwbólowych dotyczy wszystkich zespołów bólowych: bólów kręgosłupa, głowy, bólów fantomowych i kauzalgicznych, bólów towarzyszących zmianom zwyrodniającym stawów i schorzeniom nowotworowym, jak również bólu psychogennego. W poradniach tych stosuje się różnorodne metody leczenia. Należą do nich przede wszystkim blokady nerwów obwodowych, neurolizy, przezskórne elektryczne stymulacje nerwowe, akupunktura, fizykoterapia i rehabilitacja, a także psychoterapia. Problem leczenia bólu nie znalazł, jak dotąd, w naszym kraju kompleksowych rozwiązań, więcej - przekonanie o potrzebie i możliwościach leczenia bólu jest niedostateczne zarówno w społeczeństwie jak i w kręgach medycznych.

Krajowy Nadzór Specjalistyczny w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii opracował w bieżącym roku standard wyposażenia poradni leczenia bólu, przekazując projekt do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Standaryzacja ma zapewnić bezpieczeństwo chorym leczonym w poradniach. Opracowuje się programy kształcenia zarówno przed- jak i podyplomowego lekarzy. Programy te oparte są na wzorach opracowanych w krajach o wysoko rozwiniętym lecznictwie przeciwbólowym. Zawierają one takie elementy kształcenia jak anatomia dróg przewodzących ból, patomechanizmy zespołów bólowych, psychologiczne aspekty bólu, podstawowe zasady postępowania w bólu przewlekłym, opisy technik postępowania leczniczego i ocenę skuteczności leczenia bólu.

Przeprowadzona w kraju ankieta, dotycząca oceny szkolenia studentów w zakresie podstaw leczenia bólu, sygnalizuje o niedostatecznym przygotowaniu przyszłych lekarzy w tej dziedzinie. Dane te wskazują na konieczność uzupełnienia programów nauczania studentów.

Wszystkie wymienione działania zmierzają do rozwoju tej dyscypliny, jaką jest dolorogia. O randze zagadnienia niech zaświadczą dane: rocznie w Polsce umiera 70 tysięcy ludzi z powodu chorób nowotworowych - 75% tych chorych cierpi z powodu bólu, najczęstszego objawu tej choroby. Również liczba chorych z bólami innego pochodzenia jest ogromna, brak jednak w naszym kraju ścisłych danych statystycznych. Brytyjskie statystyki, podnoszące nie tylko humanitarny, ale i ekonomiczny aspekt walki z bólem, są bardzo wymowne. Ból stanowi przedmiot 1/3 wszystkich porad lekarskich. 15% pacjentów zgłaszających się do ponad 200 poradni leczenia bólu, to ludzie z chorobami nowotworowymi, 85% zaś cierpi ból z przyczyn pozanowotworowych. Dla przykładu - ból

pleców o łagodnej etiologii był w roku 1982 przyczyną 9.2% wszystkich zwolnień lekarskich w tym kraju, a tytułem odszkodowań wypłacono 193 miliony funtów.

Nasuwają się następujące pytania: W jaki sposób nasza Uczelnia może włączyć się w problematykę leczenia bólu? Jakie są możliwości, jakie trudności do pokonania, perspektywy na najbliższą przyszłość?
Dysponujemy w chwili obecnej wyszkoloną kadrą i przeświadczeniem, że niesienie ulgi najbardziej cierpiącym jest nie tylko naszą powinnością, ale i przywilejem. Czy stać nas w dobie piętrzących się w służbie zdrowia trudności na utworzenie wielospecjalistycznego ośrodka, posiadającego w swojej strukturze część ambulatoryjną, łóżkowo-leczniczą i dydaktyczno-badawczą? Tylko takie ośrodki gwarantują bowiem prawidłowo prowadzony proces diagnostyczno-leczniczy, dydaktyczny i badawczy. Pytania te stawiamy nie tylko Władzom naszej Uczelni, ale całej społeczności akademickiej. Czy podejmiemy inicjatywę i wspólne wysiłki, które przecież - kiedyś - muszą zostać podjęte.

Dr med. Andrzej Basiński Prof. dr hab. Janina Suchorzewska

"Bliżej świata" w medycznej informacji naukowej (MEDLINE w Bibliotece Głównej)

Od 1 marca br. istnieje możliwość korzystania w Bibliotece Głównej AMG z baz danych w systemie CD-ROM (Compact Disc - Read Only Memory). System CD-ROM przeznaczony jest tylko do odczytu raz utrwalonej informacji, przekazu danych, które nie wymagają aktualizacji, a takimi m.in. są dane bibliograficzne. Firma SilverPlatter, założona w 1985 r., publikująca informacje wyłącznie na płytach kompaktowych, stała się światowym producentem baz, zwłaszcza z zakresu medycyny. Aktualnie ukazują się 23 bazy medyczne, z których najważniejszą nadal jest MEDLINE.

MEDLINE jest szeroko znanym systemem naukowej informacji biomedycznej, należy do jednego z pierwszych zautomatyzowanych systemów informacji bibliograficznej o światowym piśmiennictwie naukowym. MEDLINE rejestruje artykuły z ponad 3200 tytułów światowych czasopism z zakresu nauk medycznych, w 75% anglojęzycznych, jest bibliograficzną bazą danych National Library of Medicine (NLM) w Bethesda, w USA.

Początki systemu sięgają ubiegłego stulecia, związane są z historią powstania NLM i stworzeniem bibliografii piśmiennictwa medycznego, czego efektem był wydrukowany w 1879 r. pierwszy tom "Index Medicus". Od 1960 r. NLM publikuje "Index Medicus" w postaci miesięcznych tomów i rozpoczyna pracę nad skomputeryzowaniem systemu informacji medycznej. W pracach tych duża rola przypada opracowaniu tezaurusa, tzn. słownika terminów (słów kluczowych, deskryptorów), służącego zarówno do ścisłego określania treści dokumentów - przy ich opracowywaniu i wprowadzaniu do systemu, jak i do stawiania pytań informacyjnych - przy wyszukiwaniu potrzebnych dokumentów przez użytkownika. Opracowany w NLM tezaurus "Medicine Subject Headings" (MeSH) jest bieżąco aktualizowanym wykazem haseł, służącym użytkownikowi przy wyszukiwaniu pozycji bibliograficznych, zawartych zarówno w drukowanych tomach "Index Medicus", jak i w komputerowym systemie MEDLINE.

MEDLINE na dyskach kompaktowych stanowi całkowitą bazę danych systemu MEDLINE National Library of Medicine od 1966 do dziś, liczącą łącznie 6.7 milionów opisów bibliograficznych, z których 60% uzupełnionych jest abstraktami. System uwzględnia pozycje zawarte w "Index Medicus", "Index to Dental Literature",

"International Nursing Index".

Baza na dyskach kompaktowych jest udostępniana w formie dzierżawy w 3 wersjach czasowych, obejmujących informację o piśmiennictwie za lata: 1966-1977, 1978-1982, 1983-1991. Z uwagi na wysokie koszty dzierżawy oraz konieczność dostarczania przede wszystkim informacji najnowszej - w Bibliotece Głównej AMG eksploatowana jest baza za ostatnie lata.

Aby znaleźć piśmiennictwo za lata 1983-1991, trzeba przejrzeć 9 dysków kompaktowych, gdyż każdy rocznik rejestrowany jest na pojedynczym dysku (MEDLINE Standard) i liczy około 250.000 pozycji bibliograficznych (rekordów); rok bieżący uzupełniany jest co miesiąc - po otrzymaniu nowego egzemplarza odsyła się poprzednio wykorzystywany dysk. Piśmiennictwo na określony temat można znaleźć przeszukując bazę w wielu aspektach, tj. poprzez słowa kluczowe w tytule artykułu i abstrakcie, nazwiska autorów oraz adresy instytucji, w których są zatrudnieni, tytuł czasopisma, rok publikacji, język publikacji, kraj wydający czasopismo, ISSN.

W celu otrzymania zestawienia piśmiennictwa należy złożyć zamówienie na odpowiednim formularzu u osoby dyżurującej w Czytelni Informacji Naukowej w gmachu Biblioteki Głównej - od poniedziałku do piątku, w godz. 9.00-15.00. Aby ściśle sprecyzować temat, maksymalnie wyeliminować "szum informacyjny", trzeba wybrać słowa kluczowe posługując się tezaurusem MeSH. Zestawienie można otrzymać w postaci wydruku lub nagrania na dostarczoną dyskietkę, co znacznie obniża koszt.

Zainstalowany system jest pierwszym krokiem w kierunku komputeryzacji Biblioteki i został przyjęty przez środowisko naukowe Uczelni z dużym zainteresowaniem. W ciągu 3 miesięcy wykonano 143 wykazy piśmiennictwa liczące łącznie 25.000 opisów bibliograficznych.

Warto nadmienić, że firma SilverPlatter oferuje także ogromne zasoby "europejskiej" informacji medycznej, zawartej w 12 seriach tematycznych "Excerpta Medica", gdzie 60% informacji jest nowych, nie uwzględnionych w bazie MEDLINE.

mgr Józefa de Laval

Jak przedstawia się sytuacja finansowa Uczelni?
Czy przewidywane są zwolnienia z pracy pracowników AMG (PSK 1)? Jeżeli tak, to jakich grup zawodowych będą one dotyczyły i jaka będzie ich skala?
Co władze Uczelni czynią w tej chwili, aby zminimalizować zasięg takiego procesu?

Codziennie dowiadujemy się z prasy, radia i telewizji o rosnącej liczbie bezrobotnych, o trudnych rozmowach Rządu z coraz to innymi grupami zawodowymi, o zagrożeniu strajkowym, niezadowoleniu społecznym itd., itp...

Sytuacja staje się nerwowa. Ten nastrój nerwowej niepewności szerzy się także wśród nas i wokół nas. Przeniknął nawet do Redakcji *GazetyAMG*.

Zwróciliśmy się więc do Rektora AMG i Dyrektora PSK 1 z kilkoma pytaniami, których treść podana jest w tytule. Pytania te nurtują w istocie społeczność naszej Uczelni.

Sytuacja finansowa sfery budżetowej, m.in. oświaty, nauki i służby zdrowia jest ciężka. Zamykane są oddziały szpitalne, przyjęcia chorych ograniczane są często do tzw. ostrych przypadków. Mówi się oficjalnie o planowanych redukcjach

zatrudnienia personelu medycznego. Kompleksowa, całościowa reforma służby zdrowia znajduje się nadal w sferze projektów.

Od Dyrektora PSK 1, lek. med. Marka Wyszczelskiego nie udało się nam uzyskać odpowiedzi.

W imieniu Rektora AMG odpowiedzi udzielił Dyrektor Administracyjny AMG dr **Sławomir Bautembach**:

Budżet Uczelni tworzą dwa główne źródła dochodów:
- dotacja z budżetu państwa
- dochody własne Uczelni z:
  - umownej działalności naukowo-badawczej
  - umownej działalności usługowej
  - odpłatności wnoszonej przez studentów (dopłaty do DS, stołówek itp.)

Plan finansowy Uczelni na rok 1991 został w dniu 24 czerwca zatwierdzony przez Senat AMG w następującym podziale:

Rodzaj działalności	Koszty	Dochody	Wynik działalności
	dane w tys. zł		
1. Działalność dydaktyczna	65.100.000	65.100.000	-
w tym: dotacja	-	63.099.000	-
- działal. dydakt.	65.050.000	-	-
- działal. wychowawcza studentów	50.000	-	-
2. Umowna działalność badawcza	5.950.000	7.000.000	1.050.000
3. Prace własne	8.118.000	8.118.000	-
4. Prace rozpoznawcze	400.000	400.000	-
5. Prace statutowe	4.096.000	4.096.000	-
6. Wydzielona działalność usługowa i gospodarcza	2.360.000	2.520.000	160.000
7. Działalność DS-ów i stołówek	4.100.000	4.100.000	dopłata z funduszu stypendial. 3.000.000
8. Remonty budynków	6.000.000	6.000.000	-
Ogółem Uczelnia	96.124.000	97.334.000	1.210.000
w tym: dotacja z MZiOS	-	69.099.000	-
Wynik działalności (zysk)	-	-	1.210.000

Podobnie jak w latach poprzednich, tak i w tym roku, głównym źródłem finansowania pozostaje budżet państwa poprzez MZiOS.
W roku 1991 dotacja z budżetu miała zamknąć się kwotą 69 mld zł, co stanowi tylko 71% planowanych dochodów Uczelni.
Należy się jednak liczyć z dalszym zmniejszeniem tej kwoty (nawet o 15%) ze względu na, ogólnie znane, kłopoty z wykonaniem budżetu państwa.
Dochody z własnej działalności i dotacja z Komitetu Badań

Naukowych mają sięgnąć 28 mld zł, ale wykonanie tego planu zależy od realizacji umów zawieranych przez Uczelnię oraz wykonania zobowiązań ze strony KBN.
W skład tegorocznych dochodów Uczelni wchodzi także wynik finansowy Uczelni (zysk) z roku poprzedniego, który wyniósł 10.9 mld zł i zasila fundusz rozwoju Uczelni.

Zerwano wielce niekorzystną umowę ze Spółdzielnią "Zgoda", prowadzącą bary na terenie Uczelni. Decyzja ta pozwoli zaoszczędzić przeszło 500 mln zł rocznie.

Generalnie, sytuacja finansowa Uczelni jest trudniejsza niż w roku 1990, ale można mieć nadzieję, że racjonalne gospodarowanie środkami pozwoli na realizację założonych celów dydaktycznych i naukowych, przyjętych planów remontowych i modernizacyjnych, a ponadto na poprawę wyposażenia w aparaturę.

Budżet państwa gwarantuje środki na wynagrodzenia osobowe.

Władze Uczelni dążą do racjonalizacji zatrudnienia, co nie jest jednoznaczne z generalnym jego zmniejszeniem. Realizowane i zakładane działania w sferze zatrudnienia dotyczą ustalenia odpowiednich proporcji pomiędzy poszczególnymi grupami pracowników (nauczyciele akademiccy i pracownicy nie będący nauczycielami) oraz dostosowanie struktury zatrudnienia w obu grupach do zadań, które powinny one wypełniać.
Proces ten rozpoczęliśmy od analizy zadań tzw. administracji centralnej i jednostek wydzielonych, spełniających zadania pomocnicze (remontowo-inwestycyjne).
Efektem była decyzja o rozwiązaniu z dniem 31.07.91 r. Zakładu Remontowo-Budowlanego AMG, co pociągnie za sobą zwolnienie z przyczyn organizacyjno-ekonomicznych 36 osób zatrudnionych w tym Zakładzie.

Stan zatrudnienia w Uczelni na 31.05.1991 r.

	Pracownicy				
	pełno-zatr.	niepełno-zatr.		Razem osoby	Razem etaty
		osoby	etaty		
I. Pracownicy Uczelni					
1. Nauczyciele akademiccy	809	11	6.75	820	815.75
Studium Wojskowe	11	-	-	11	11
RAZEM:	820	11	6.75	831	826.75
2. Pracownicy nie będący nauczycielami akad.					
- prac. inż.-techn.	224	33	17.43	257	241.43
- prac. admin.-ekonom.	165	29	15.84	194	180.84
- prac. służby bibl.	20	7	3.4	27	23.4
- prac. obsługi	243	42	25.1	285	268.1
RAZEM	652	111	61.77	763	713.77
RAZEM (1+2)	1472	122	68.52	1594	1540.52
II. Pracownicy jednostek pomocniczych					
1. Zakł. Remon.-Budowl.	32	4	2.25	36	34.25
2. Zarząd Inwestycji	6	5	3.5	11	9.5
3. Prac. Projektowa	9	8	4.5	17	13.5
RAZEM (1+2+3)	47	17	10.25	64	57.24
R A Z E M:	1519	139	78.77	1658	1597.77

Przewidujemy także zracjonalizowanie struktury administracji centralnej, co pociągnie korektę zatrudnienia w poszczególnych komórkach i jednostkach organizacyjnych działalności administracyjnej i pomocniczej.

Najtrudniejszym zadaniem jest sprawa racjonalizacji zatrudnienia w grupie pracowników działalności podstawowej (nauczyciele akademiccy i pracownicy naukowo-techniczni). Jest to bowiem uwarunkowane wieloma czynnikami, w tym:
- planem i programem studiów
- prowadzeniem przez Uczelnię szkolenia podyplomowego
- działalnością naukowo-badawczą
- działalnością usługowo-leczniczą prowadzoną na bazie PSK.

Nie są to sprawy, które mogą być rozstrzygnięte pośpiesznie i ich rozwiązanie wymaga odpowiedzi na wiele pytań o charakterze podstawowym dla Uczelni. Wymaga to także rozstrzygnięcia wielu sprzeczności takich jak np. limitowany fundusz wynagrodzeń a tzw. pensum dydaktyczne, które w obecnym kształcie tworzą prawdziwą kwadraturę koła.

Reasumując, wszelkie zmiany w sferze zatrudnienia poprzedzone zostaną dokładnymi analizami i będą się odbywać w ramach obowiązujących przepisów prawa oraz przy pełnym poszanowaniu zwyczajów akademickich. Nie oznacza to jednak tolerancji dla przerostów zatrudnienia lub złej jakościowo pracy na jakimkolwiek stanowisku. Nie oznacza to także, by zmiany te były odsuwane w bliżej nieokreśloną przyszłość. Zostały już podjęte i konsekwentnie będą realizowane.

Z ukosa

Za dni parę...

Sesja jeszcze w pełnym rozkwicie, lecz chciałbym już zająć się wakacjami - ich blaskami i cieniami. Zacznijmy od cieni. Będą nimi praktyki - w tym roku niestety bezpłatne. Co prawda, do końca nie wiadomo, jak sprawa zostanie uregulowana przez ministerialne zarządzenie, (decyzja Akademii nieco je wyprzedziła), niemniej trudno się spodziewać, by na zapłacenie nam, studentom, znalazły się pieniądze, bo skąd? Zostawiając na boku sam problem praktyk, muszę jednak odnotować pewne związane z nimi zdarzenie. Zaczęło się 4 czerwca na spotkaniu studentów z Władzami Uczelni. W czasie dyskusji, momentami dość gorącej, obecni wtedy członkowie kolegium rektorskiego (w osobach Pana Rektora, Panów Prorektorów i Pani Dziekan) poparli wniosek o zniesienie w roku bieżącym praktyk po II roku studiów na Wydziale Lekarskim. Dwa dni później Rada Wydziału odrzuciła ten wniosek zdecydowaną większością głosów. Można by rzec: drobna zmiana - mała sprawa, krótki żal. Zastanawiam się jednak, co będzie, gdy tej samej Radzie za rok, najpóźniej dwa, przyjdzie głosować nad nowym, całościowym programem studiów?

Teraz o blaskach. W tym roku, po raz trzeci, odbędą się (odpukać w niemalowane drewno, bo sprawa w toku) obozy adaptacyjne dla studentów roku "0" naszej Uczelni. Idea obozów powstała jeszcze w gorących latach przed czerwcem 1989 r. jako antidotum na obozy ZSP. Obozy te służą bardziej integracji środowiska akademickiego niż wymienionej w nazwie adaptacji (choć wielu nowo przyjętym pomagają znaleźć się w nowym otoczeniu). Praktycznie stanowią jedyną możliwość spotkania się poza szkołą studentów i ich nauczycieli. Na obozy przyjeżdżają

zarówno pracownicy Akademii, jak i goście spoza Uczelni. Mam nadzieję, że - tak jak w latach ubiegłych - nie zabraknie chętnych do wybrania się na kilka godzin nad jedno z kaszubskich jezior. Takie spotkania na pewno zbliżają.

Kamil Jankowski

Informacje, informacje ...

Z sekretariatu Rektora uzyskaliśmy następujące informacje:

Na stanowisko profesora nadzwyczajnego w Akademii Medycznej w Gdańsku powołano:

- na Wydziale Lekarskim

  Ewę Dilling-Ostrowską, Józefa Jordana, Andrzeja Kopacza,

  Bolesława Rutkowskiego, Grażynę Świątecką

- na Wydziale Farmaceutycznym

  Andrzeja Regosza

Senat w dniu 17 czerwca 1991 r. uchwalił Statut AMG, który wejdzie w życie z dniem 1.10.1991 r.

Senat zatwierdził plan finansowy Uczelni na rok 1991.

W maju br. wybrano nowe władze Gdańskiego Towarzystwa Naukowego. Do Zarządu Towarzystwa wybrano **Prof. dr Adama Bilikiewicza.** Przewodniczącą Zarządu Wydziału II (Nauki Biologiczne i Medyczne) została **Prof. dr Krystyna Kozłowska.**
W skład Zarządu Wydziału II weszli ponadto prof. dr Maria Kamińska, doc. dr Janusz Limon i prof. dr Barbara Wituszyńska.
Wydział II GTN liczy 90 członków, 58 osób - to członkowie Rad Wydziałów AMG.

Informacja dla kandydatów na pierwszy rok studiów w Akademii Medycznej w Gdańsku w roku akademickim 1991/92

Egzamin wstępny na Wydział Lekarski oraz Oddział Stomatologiczny będzie miał formę pisemnego, zintegrowanego sprawdzianu testowego z biologii, chemii, fizyki oraz języka obcego (do wyboru: angielski, francuski, niemiecki, rosyjski).
Egzamin jest anonimowy i obejmuje zakres programu nauczania szkoły średniej.
Test egzaminacyjny na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny składa się z 160 zadań, podzielonych na 2 części, rozwiązywanych w dwóch kolejnych dniach egzaminu. Za prawidłowe rozwiązanie każdego zadania testowego przyznaje się 1 punkt. Czas trwania egzaminu w każdym dniu - 3 godziny.

Kandydaci na I rok studiów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologicznego są przyjmowani według uzyskanej liczby punktów w ramach ustalonego limitu przyjęć na dany kierunek studiów.
Termin egzaminu wstępnego dla kandydatów na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny - 2 i 3 lipca 1991 r.
Wyniki egzaminu podane będą między 10-15 lipca 1991 r.

Kandydaci na Wydział Farmaceutyczny są przyjmowani bez egzaminu wstępnego. Kwalifikacja kandydatów odbędzie się na podstawie konkursu świadectw dojrzałości i ewentualnie - indywidualnej rozmowy z kandydatem.
Preferowane będą oceny z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka, matematyka.
Wyniki podane będą 3 lipca 1991 r.

Laureaci olimpiad stopnia centralnego z przedmiotów: biologia, chemia, fizyka i matematyka są przyjmowani bez egzaminu wstępnego.

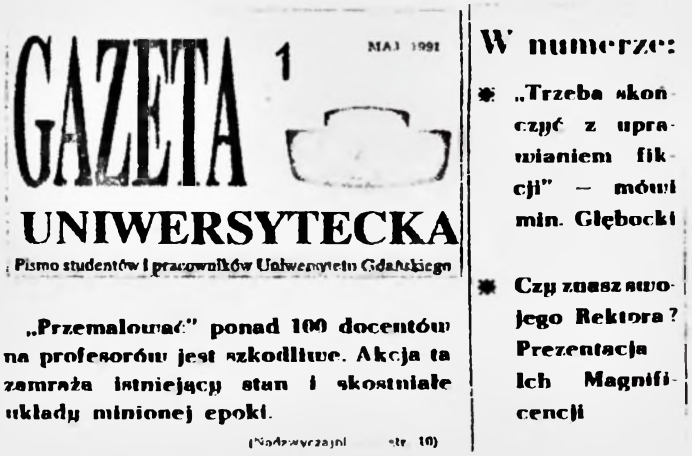
Zniesione zostały dodatkowe punkty kwalifikacyjne za świadectwo i pracę.

Kandydat może ubiegać się o przyjęcie do dowolnie wybranej przez siebie akademii medycznej, niezależnie od miejsca zamieszkania.

Lista kandydatów na Wydział Lekarski obejmuje 682 osoby.
Lista kandydatów na Oddział Stomatologiczny obejmuje 286 osób.
Lista kandydatów na Wydział Farmaceutyczny obejmuje 280 osób.
Limity miejsc: Wydział Lekarski - 220
Oddział Stomatologiczny - 80
Wydział Farmaceutyczny - 100

W dniu 2 czerwca 1991 r. zmarł **Prof. dr Jerzy Giedroyć**, emerytowany kierownik Kliniki Chirurgii Onkologicznej.

Ukazał się pierwszy numer *Gazety Uniwersyteckiej* pisma studentów i pracowników Uniwersytetu Gdańskiego.


GAZETA 1 MAJ 1991
UNIWERSYTECKA
Pismo studentów i pracowników Uniwersytetu Gdańskiego
„Przemalować" ponad 100 docentów na profesorów jest szkodliwe. Akcja ta zamraża istniejący stan i skostniałe układy minionej epoki.
(Nadzwyczajni str. 10)
W numerze:
* „Trzeba skończyć z upraszaniem fikcji" – mówi min. Głębocki
* Czy znasz swojego Rektora? Prezentacja Ich Magnificencji

Tematyka artykułów jest - jak widać - zbliżona do tych spraw, które poruszamy w *GazecieAMG*. Ton wypowiedzi - bardziej krytyczny i stanowczy.

* * * * *

Redakcja *GazetyAMG* prosi Pana Profesora **Józefa Terleckiego** o przyjęcie przeprosin za niedopatrzenie powstałe w druku artykułu pt. "Zamiast odpowiedzi na pewną ankietę" zamieszczonego w numerze 6 bez podania nazwiska Autora.

* * * * *

Od Redakcji

Akademia Medyczna widziana od frontu i od podwórka

Redaguje zespół: Marek Rebanowski, Kamil Jankowski,
Leszek Kalinowski, Józefa de Laval, Waldemar Narożny,
Jerzy Rogulski (redaktor naczelny),
Urszula Wojdak (sekretarz Redakcji)
Adres Redakcji: Katedra Biochemii Klinicznej AM (pawilon 29)

Powiel. Biblioteka Główna AMG
Rej. 745/91 nakł. 500 egz. form. A-4