

GAZETA AMG

GDAŃSK

1 grudnia 1991

Nr 12

Nasi studenci w wyborach do Parlamentu RP

W pierwszych dniach listopada br. Zakład Socjologii i Psychologii Medycyny AMG przeprowadził wśród studentów naszej Uczelni powyborczy sondaż ankietowy metodą audytoryjną^x. Przebadano młodzież różnych roczników, uzyskując w ten sposób w przekroju obraz aktywności i preferencji politycznych studentów^{xx}.

Okazało się, że frekwencja wyborcza wśród studentów Akademii, w porównaniu z krajową (43.2%) i gdańską (50.6%), jest stosunkowo wysoka i wynosi 58.5%. Oznacza to bezsprzecznie, że nasza młodzież wykazała się aktywną postawą wyborczą. Dane wskazują ponadto, że frekwencja wyborcza była tym wyższa, im wyższy rok studiów. Na I roku Wydz. Lek. - 51%, na III roku Wydz. Lek. - 61%, na VI roku Wydz. Lek. - 73%. (Porównawczo: I rok Wydz. Farm. - 47%, a V rok Oddz. Stom. - 54%).

Mężczyźni wzięli liczniejszy udział w głosowaniu - 66%, niż kobiety - 55%. Szczególnie duże różnice pod tym względem można było zaobserwować na V i VI roku, gdzie głosowało 75% mężczyzn, a kobiet tylko 58%.

Największy odsetek wyborców - 83% zarejestrowaliśmy wśród osób na stałe zamieszkałych w Trójmieście; w województwie gdańskim był on nieco mniejszy i wynosił 76%, natomiast wśród mieszkańców innych województw - tylko 44%. Szczególnie widać to wyraźnie na I roku, gdzie wśród studentów zamieszkujących inne województwa głosowało jedynie 34%, podczas gdy studenci końcowych lat studiów, z tychże miejsc zamieszkania, wykazali się już dużo wyższą aktywnością wyborczą - 59%.

Najniższą frekwencję wyborczą zarejestrowaliśmy wśród osób wywodzących się ze wsi - 29%. Natomiast w ośrodkach miejskich (poza Trójmiastem) charakterystyczne jest to, że nie ma prostej zależności między aktywnością wyborczą a wielkością miasta, z którego pochodzi badany.

(Porównawczo można podać, że w badaniach przeprowadzonych przy użyciu naszej ankiety przez mgr Małgorzatę Dymnicką na III r. Wydz. Architektury Politechniki Gdańskiej, frekwencja wynosiła 71%).

^x W realizacji badań udział wzięli: mgr Janusz Iskierski i mgr Wanda Chadrian.

^{xx} Przebadaliśmy 43% studentów Wydz. Lek. i Oddz. Stom., obejmując sondażem wybrane lata, a mianowicie: I r. Wydz. Lek. - 69% studentów, III r. Wydz. Lek. - 76% oraz V r. Oddz. Stom. i VI r. Wydz. Lek. - 33% studentów, a także próbkę kontrolną na I r. Wydz. Farm. - 40%.

Interesującą kwestią może być analiza powodów niegłosowania. Wśród wymienionych na pierwszym miejscu wskazano "utrudniony kontakt z właściwym punktem wyborczym" - 38% (np. problemy wynikające z zameldowania, wyjazd, niemożność dotarcia do miejsca głosowania itp.). Było to także często połączone z niedopełnieniem formalności wyborczych, a także niekiedy brak rozeznania w nich:

"Brak zameldowania tymczasowego (stancja), brak możliwości dojazdu do rodzinnego miasta" (363-III WL).

"Z powodu pomyłki w meldunku - z winy urzędu" (639-VI WL).

Na drugim miejscu wśród powodów niegłosowania uwidacznia się krytyczna ocena sceny politycznej - 22%. Brak wiarygodnych ugrupowań politycznych, odpowiednich programów i kandydatów oraz brak wiary w pozytywne efekty wyborów na podstawie dotychczasowych negatywnych doświadczeń:

"Brak realnych programów politycznych, występy telewizyjne o charakterze kabaretu, brak kampanii informacyjnej, brak zaufania do polityków, których wypowiedzi nic nie znaczą" (236-III WL).

"Biorąc udział w poprzednich wyborach byłam usatysfakcjonowana i wygrali ludzie, na których głosowałam. Później jednak (w chwili obecnej) zdałam sobie sprawę, że nie spełnili oni moich oczekiwań" (479-III WL).

Kolejną wyróżnioną kategorią była zadeklarowana apolityczność - 21% (brak zainteresowania polityką, brak rozeznania w ugrupowaniach politycznych i ich działalności). Zdarzały się nawet - dość rzadko - poglądy, wyrażające programową apolityczność lekarza:

"Moja orientacja polityczna jest zerowa. Być może to kierunek studiów w pewien sposób ogranicza możliwości poznania ugrupowań i ich programów. Poza tym uważam, że istnieje ogromny bałagan" (409-III WL).

"Lekarz powinien być apolityczny ..." (129-I WL).

"Polityka jest dla mnie beznadziejna ..." (571-V OS).

Wreszcie deklarowano powody określone przez nas jako "inne" - 19% (przypadki losowe, choroba, brak pieniędzy na wyjazd itp.):

"Ze względu na chorobę moją i dziecka nie mogłam w dniu wyborów opuszczać mieszkania". (616-VI WL).

Na pierwszym roku najczęstszą przyczyną niegłosowania była deklarowana apolityczność, co koresponduje ze stosunkowo najniższą frekwencją wyborczą. Istotnym powodem niegłosowania na tym roku był też utrudniony kontakt z punktem wyborczym (studenci zamiejscowi). Drugi z wymienionych motywów dominował także, obok krytycznej oceny sceny politycznej, na trzecim roku. Na starszych latach, jako najczęstszy powód niegłosowania podawano przypadki losowe, chorobę itp.

Zasadniczą grupę studentów stanowili jednak ci, którzy wzięli udział w wyborach do Parlamentu RP.

Uderzające jest to, że zdecydowaną większość głosów do Sejmu uzyskały dwa ugrupowania: Kongres Liberalno-Demokratyczny i Unia Demokratyczna - podczas gdy wszystkie pozostałe uzyskały łącznie zaledwie 31%. Innymi słowy, można założyć, że gdyby studenci reprezentowali ogół wyborców, to preferowane przez nich ugrupowania mogłyby stworzyć stabilny rząd, mający większość w postaci przeszło 2/3 elektoratu.

Największy odsetek głosów uzyskał KLD - 37% (na liście ogólnopolskiej - 7.48%), byłoby to zgodne z tendencją w woj. gdańskim, gdzie ugrupowanie to uzyskało pierwsze miejsce - 16.95%. (Zapewne nie bez znaczenia był fakt, że do Sejmu kandydował z listy KLD student naszej Akademii).

Kolejnym liczącym się ugrupowaniem okazała się UD - 32% (na liście ogólnopolskiej - 12.31% - pierwsze miejsce), w województwie gdańskim - 10.64% - trzecie miejsce.

Stosunkowo wysoką pozycję w preferencjach studentów uzyskała Unia Polityki Realnej, która w AMG uzyskała 7% głosów, plasując się na trzecim miejscu, natomiast na liście ogólnopolskiej była nieliczącym się stronnictwem, które zajęło dopiero 16 miejsce. Oznacza to, że część studentów postawiła na opcję liberalną o

bardziej radykalnym nastawieniu niż KLD. Być może taki sposób głosowania sugeruje opowiedzenie się znacznej części studentów za prywatyzacją praktyki medycznej, w przekonaniu, że właśnie partie liberalne będą najlepiej realizowały interesy związane z tradycją wolnych zawodów.

Dalsze miejsca, od czwartego w dół, z niewielką ilością głosów, zajęły następujące ugrupowania: POC - 5%, KPN - 4%, NSZZ "S" - 3.5% (na liście ogólnopolskiej - 5.05% i dziewiąte miejsce; na liście gdańskiej - 14.23% i drugie miejsce), WAK - 3% (na liście ogólnopolskiej - 8.73% i trzecie miejsce), SLD - 1.5% (na liście ogólnopolskiej - 11.98%, drugie miejsce), PPPP - 1%, PSL-SP - 1% oraz inne - 5% (np. Wyborczy Blok Mniejszości, Partia Chrześcijańskich Demokratów, PL, Solidarność Pracy i inne - każde z nich uzyskało w granicach do 0.5% głosów).

Na wszystkich badanych latach studiów KLD i UD uzyskały znaczną przewagę nad pozostałymi ugrupowaniami. Warto zaznaczyć, że na I r. Wydz. Lek. i I r. Wydz. Farm. najwięcej głosów padło na UD, natomiast na III r. Wydz. Lek. partią zdecydowanie dominującą w preferencjach wyborczych był KLD, na końcowych latach - oba wymienione ugrupowania zebrały mniej więcej jednakową ilość głosów.

Warto też odnotować, że KLD ma więcej zwolenników wśród kobiet.

W wyborach do Senatu na wszystkich latach zdecydowanie najwięcej głosów uzyskała Unia Demokratyczna - 42%. Drugi z kolei, Kongres Liberalno-Demokratyczny, w sumie otrzymał głosów niemal o połowę mniej, bo 22%. Można przypuszczać, że ma to niewątpliwie związek z głosowaniem na konkretnych kandydatów, a nie na ugrupowania polityczne, co było często podkreślane w ankietach. Nie bez znaczenia był więc fakt, że w woj. gdańskim ubiegał się o wybór do Senatu profesor Akademii Medycznej. Lokalny klimat sprzyjał także kandydatce NSZZ "S", ze względu na jej działalność w służbie zdrowia (11%) oraz kandydatowi Zrzeszenia Kaszubsko-Pomorskiego - wicewojewodzie (8%). Na dalszych miejscach znalazły się takie ugrupowania jak: WAK - 5%, KPN - 5%, POC - 3%, SLD - 1.5%, UPR - 0.5% oraz inne, które uzyskały również w granicach 0.5%.

We wspomnianych badaniach na III r. Wydziału Architektury PG ogromny sukces wyborczy wśród studentów odnieśli kandydaci KLD, gromadząc do Sejmu 60.9% głosów, zaś do Senatu - 33%. UD, która zajęła drugą pozycję, zdołała zebrać do Sejmu 16%, a do Senatu - 22%. Wśród innych liczących się ugrupowań w tej uczelni, w głosowaniu do Senatu należy odnotować jeszcze dwa, a mianowicie Zrzeszenie Kaszubsko-Pomorskie i NSZZ "S".

Jak można było przypuszczać, większość z głosujących studentów była niezadowolona z wyników wyborów - 66%, zadowolonych było tylko 4%, reszta deklarowała się jako "częściowo zadowoleni".

Uderzające jest to, że wśród niegłosujących analogiczne rozkłady są odmienne: tutaj bowiem "częściowo zadowolonych" było znacznie więcej, bo 58%, a niezadowolonych - 39%. Być może studenci głosujący reprezentują ogólnie wyższy stopień świadomości politycznej i rozpoznania sceny politycznej. Niezadowolenie ich można tłumaczyć rozbieżnością między preferencjami politycznymi a wynikami wyborów. KLD i UD - ugrupowania, które były bardzo wyraźnie przez nich faworyzowane, nie zdobyły w skali kraju dominującej pozycji politycznej, a Sejm stał się skupieniem bardzo wielu partii i jego główną cechą jest rozdrobnienie, rzutujące niekorzystnie na program reform i sprawne funkcjonowanie demokracji.

Dylematy współczesnego lekarza wobec prawa *

Drogie Koleżanki! Drodzy Koledzy!

Wasze pożegnanie z macierzystą uczelnią i przejście do pracy, w której sprawdzać się będzie Wasza wiedza tu nabyta, pobudza do refleksji, do konfrontacji ideałów, które sobie stworzyliście z rzeczywistością, która Was czeka. Niejednokrotnie jeszcze nurtować Was będą wątpliwości, o których chcielibyście podyskutować.

Pomoc udzielana przez Was chorym winna oczywiście odpowiadać swoją jakością aktualnym możliwościom stwarzanym przez naukę. Jakże często zapomina się jednak, że w każdej lekarskiej decyzji i czynności – niezależnie od stopnia wiedzy fachowej – tkwi złożona problematyka prawna. Z tej właśnie przyczyny zamiast – jak w poprzednich latach – wykładu z zakresu etyki lekarskiej, za przedmiot moich rozważań dzisiaj przyjąłem omówienie niektórych problemów prawnych współczesnego lekarza.

Zanim jednak do nich przejdę, chciałbym przedstawić kilka uwag historycznych, związanych z odpowiedzialnością prawną lekarza. Zacznę od cytatu pełnego mocnych i drastycznych słów: "nie ma żadnego prawa, które karałoby ich niewiedzę, uczą się na naszym zagrożeniu i czynią doświadczenia na żywych i umarłych; nie tylko oni pozostają bezkarni za to, że pozbawili człowieka życia; mało tego, ich bezkarność prowadzi wręcz do zrzucania winy na umarłych". Cytat ten – jak się można domyśleć – dotyczy lekarzy, a został zaczerpnięty z księgi 29 "Historia naturalis", której autorem jest Gajusz Pliniusz Drugi, zwany Starszym, żyjący od 23 do 79 roku n.e.

Tak surowa ocena działalności lekarzy nie musiała być wówczas odosobniona, skoro ustanowione w antycznym Rzymie przepisy prawne spowodowały, że pełne ryzyko skuteczności zabiegu przerzucono na lekarza i to z ryzykiem najostrzejszych sankcji karnych, przy czym rozmiar kar dyktowany był pozycją społeczną pacjenta, im była ona wyższa, tym kary okrutniejsze.

Spoglądając na historię medycyny wyłączenie z punktu widzenia odpowiedzialności za wyniki leczenia, zauważamy jakby dwa nurty, które odzwierciedlają krańcowo różne w tej sprawie stanowiska. Jedno z nich z działalnością lekarską łączy odpowiedzialność za wszelkie ryzyko, a więc również za niezawinione skutki ujemne; drugie natomiast przyznaje lekarzom pełny immunitet, prowadzący do całkowitej nieodpowiedzialności, a więc i bezkarności.

Najdawniejszym i najdrastyczniejszym przykładem tendencji wyrażonych w pierwszym nurcie jest zapis w jednym z najstarszych dokumentów historii prawa, jakim jest kodeks babilońskiego króla Hammurabiego. W jednej z sal muzealnych w Luwrze znajduje się dwumetrowa stela z diorytu, na której w XVIII wieku przed n.e. wyryto pismem klinowym 282 artykuły tegoż kodeksu, w tym kilkanaście o treści lekarskiej. Można tam spotkać następujące postanowienie: "jeżeli lekarz, podejmując się ciężkiego zabiegu chirurgicznego za pomocą noża z brązu spowoduje śmierć człowieka, lub jeżeli podczas usuwania ząbów zniszczy oko, należy mu uciąć ręce".

Dopiero w XVI w. w Constitutio Criminalis Carolina albo w "Lex Carolina", ustawie wydanej przez cesarza Karola V, pojawiło się zbliżone do współczesnego pojęcie karalności błędnego postępowania lekarskiego. Tam też jasno określono takie pojęcia jak: umyślność, brak wiedzy, brak dbałości, lekkomyślne i niestaranne postępowanie, a także niedopuszczalne lub niezgodne z wiedzą leczenie w przypadku, w którym nastąpiło zejście śmiertelne.

* Wykład wygłoszony na uroczystym dyplomatorium absolwentów Wydziału Lekarskiego 25 października 1991 roku w gmachu Zakładów Teoretycznych AMG

Później jednak walka o immunitet lekarza poszła tak daleko, że na początku XIX wieku francuska Akademia Medycyny broniła tezy o "zasadniczej nieodpowiedzialności lekarza".

Oba opisane krańcowe stanowiska w sprawie prawnego usytuowania działalności lekarza są dziś powszechnie odrzucane przez doktrynę i praktykę sądową. Dziś nikt już ze znawców nauk prawnych nie neguje prawa lekarza do ryzyka, jak również rozgraniczenia pojęcia błędu lekarskiego od pojęcia winy, jako podstawowej przesłanki odpowiedzialności karnej za przestępstwo związane z podjęciem lub zaniechaniem działalności lekarskiej. Tyle z historii.

Zagadnienia z pogranicza prawa i medycyny aktualnie stwarzają nie mniejsze trudności niż dawniej. Prawo jako system normatywnych regulacji prowadzi do tworzenia konkluzji typu "tak-nie", natomiast zjawisk biologicznych, od których zależna jest medycyna, nie można sprowadzić do tych kategorii. Dalszą przyczyną omawianych trudności jest wolniejszy zawsze rozwój doktryn prawnych od odkrywanych prawidłowości w świecie biologicznym, co siłą rzeczy prowadzi do dezintegracji poglądów środowiska medycznego i prawniczego. W tym stanie rzeczy przedstawiciele nauk medycznych nierazko oceniają prawo jako czynnik hamujący postęp (jak to miało miejsce w przypadku wprowadzenia akcji przeszczepiania narządów ze zwłok do praktyki chirurgicznej). Wypracowanie takich formuł prawnych, które zagwarantowałyby prawa osobiste, zarówno pacjenta jak i lekarza, a jednocześnie sprzyjałyby rozwojowi medycyny, to zadanie dla lekarzy i prawników, spotykających się na wspólnych konferencjach naukowych.

Skoro przepisy prawa nie nadążają za rozwojem medycyny i obejmują zaledwie minimum zasad etycznych obowiązujących lekarza, a więc skoro etos zawodowy stawia lekarzowi wyższe wymagania niż jakiekolwiek ustawy, to lekarz słusznie poszukuje rozwiązania swoich współczesnych dylematów w zbiorach zasad etyki swego zawodu. Przykładem konieczności odwołania się do kodeksu deontologicznego może być np. problematyka stosowania lub odłączania aparatury podtrzymującej życie. Na niedawno odbytym w Toruniu sympozjum "Prawo a medycyna u progu XXI wieku" jeden z referentów wykazał, że zarówno w przepisach ustawy o zawodzie lekarza, jak i w przepisach kodeksu karnego trudno szukać podstaw do rozstrzygania problemów prawnych, związanych z aparaturą podtrzymującą życie. Odpowiedź znaleźć można natomiast w "Zbiorze zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza" uchwalonym przez Polskie Towarzystwo Lekarskie. Jest to jeden z wielu przykładów, jak bardzo potrzebne jest uregulowanie szeregu zagadnień medycznych na płaszczyźnie deontologicznej. Adresuje to do Izb Lekarskich, które przystąpiły już do nowelizacji kodeksu deontologicznego. I choć żaden kodeks deontologiczny nie jest w stanie przewidzieć wszystkich powikłań życia i sytuacji zawodowych, to jednak zawarte w nim normy, jeżeli bywają stale uzupełniane, stanowią czynnik pozwalający, mimo całej złożoności sytuacji, godzić interesy ogółu z interesem jednostki, obowiązki i prawa lekarza - z dobrem pacjenta.

Czasem pytamy, czy wniosłe normy etyczne, za którymi przecież nie stoi żadna siła, są w stanie wywierać jakikolwiek wpływ na działalność lekarza? Czy lepszy skutek nie odniosłoby nadanie im mocy prawnej? Otóż, prawo dąży zawsze do uogólnień i nie może wnikać w szczegółowe sytuacje naszego zawodu. Przed paru laty na tej samej sali prof. Witek przypominał w czasie wykładu inauguracyjnego, że prawo np. nie może zmusić lekarza do leczenia osób zakaźnie chorych, nie może też zobowiązać chirurga do przeprowadzenia zabiegu operacyjnego bezpośrednio po przesłodobowym dyżurze. Między prawem a etyką istnieje poważna różnica. Nie wszystko co legalne, jest moralne. Stąd też pytanie, które w książce o etyce lekarskiej stawia jeden z jej autorów: "Odpowiedzialność wobec prawa, czy odpowiedzialność wobec sumienia?" i odpowiada: "Oba te rodzaje odpowiedzialności nie powinny być przeciwstawiane, lecz winny wzajemnie się uzupełniać, gdyż gdyby poprzestać tylko na odpowiedzialności

wobec prawa, lekarze w swej pracy myśleliby więcej o tym, jakie znaleźć okoliczności odciążające wobec prawa, niż o tym, jak chorym pomagać.

Wielka lawina procesów przeciwko lekarzom w Stanach Zjednoczonych doprowadziła m.in. do tego, że lekarze tam rozszerzyli do niebywałych rozmiarów akcję informowania pacjenta o mechanizmie planowanego postępowania leczniczego, żądając na piśmie potwierdzenia zgody na, w nader czarnych barwach, przedstawiony tok postępowania. Uczynili to nie po to, by zadośćuczynić jednej z zasad etyki lekarskiej, lecz by zabezpieczyć się przed ewentualnymi prawnymi "wybiegami" pacjenta, dążącego do uzyskania materialnego odszkodowania. Doszło do tego, że jeden z amerykańskich chirurgów zawiesił w swej poczekalni tablicę z napisem: "jeśli chcecie państwo być operowani, proście o to swego adwokata".

Otóż przestrzeganie wprowadzonego w Polsce kodeksu deontologicznego powinno nie tylko zapobiegać konfliktom między lekarzem a pacjentem, ale również sprzyjać wytworzeniu atmosfery wzajemnego zaufania. U nas przeważa pogląd, że nadmiernie szczegółowe informowanie pacjenta o wszystkich teoretycznie możliwych i rzadkich powikłaniach wpływa niekorzystnie na jego stan psychiczny; wystarczy w zupełności, zgodne z prawdą, przedstawienie ogólnego zarysu leczenia i zakresu ryzyka.

Propozycje takich szczegółowych rozwiązań spraw trudnych, na które w swojej codziennej pracy natrafia lekarz i które stanowią często źródło konfliktów między lekarzem a pacjentem, można znaleźć nie tylko we wspomnianym kodeksie deontologicznym, ale przede wszystkim w dziele zbiorowym "Etyka i deontologia" pod redakcją T. Kielanowskiego, profesora z naszej Akademii.

Tak np. eutanazja ciągle wraca jako przedmiot dyskusji lekarzy i prawników, chociaż zarówno eutanazja czynna, jak i bierna, nie znalazła w Polsce swoich zwolenników. Nie można jednak mówić ani o nieetycznym postępowaniu, ani o odpowiedzialności karnej np. za podanie leku uśmierzającego ból osobie, u której stosowanie nadzwyczajnych środków przedłużających życie nie ma już szans powodzenia, a lekarz jest świadomy, że zaaplikowane środki nie tylko łagodzą cierpienie, ale mogą również skracać agonię. Podanie każdego leku niesie ze sobą pewne ryzyko, musi więc ono być dopuszczalne również w związku z podaniem narkotyków uśmierzających ból w stanach terminalnych. Nie należy zapominać, że do szczytnych obowiązków lekarza należy nie tylko ochrona zdrowia i ratowanie życia, ale również łagodzenie cierpień.

Salus aegroti suprema lex ("dobro chorego naczelnym prawem") mawiano od stuleci; z tej zasady wypływają wszystkie normy szczegółowe w deontologii i prawie medycznym. W praktyce okazuje się niestety, że interpretacja zasady dobra chorego jest w dobie obecnej coraz trudniejsza. Którego chorego ratować wówczas, gdy możliwości nasze ograniczone są do jednego lub kilku, a potrzebujących jest więcej? Czy lekarz ma prawo wartościowania życia ludzkiego, uważając, że tego, a nie innego pacjenta należy podłączyć do aparatury podtrzymującej życie, a drugiego tym samym skazać na nieuchronność zejścia śmiertelnego? Jest rzeczą oczywistą, że wartościowanie życia ludzkiego nie powinno być dopuszczalne w codziennej pracy lekarza, ale przy aktualnym stanie wyposażenia placówek służby zdrowia mogą pojawiać się sytuacje kolizyjne, które zmuszą do odstępstwa od tej zasady. Jest to niezwykle trudna decyzja, którą lekarz musi podjąć, często dość niespodziewanie - najlepiej w zespole doświadczonych kolegów.

Ostatnio pojawiło się wiele zagadnień prawnych związanych ze sztucznym unasienieniem i zapłodnieniem pozaustrojowym. Problematyka ta jest obecnie przedmiotem żywej dyskusji nie tylko prawników i socjologów. Tu chciałbym tylko zasygnalizować, że poważne zastrzeżenie budzi wszczepienie zapłodnionego jaja

innej kobiecie w celu donoszenia i urodzenia przez nią dziecka, a następnie odebrania go tzw. zastępczej matce przez małżeństwo, od którego pochodziło jajo i nasienie. Jeszcze większe opory dotyczą wszelkiej działalności związanej z tzw. inżynierią genetyczną, zakładającą manipulacje na embrionach.

Ważnym dla współczesnego społeczeństwa problemem jest zagrożenie jego kondycji biologicznej. Tymczasem stan biologiczny wody i powietrza stale pogarsza się, a ilość przyjmowanych przez człowieka substancji chemicznych związanych z uprawą roli, hodowlą, konserwacją żywności i z leczeniem farmakologicznym jest zastraszająca. Można sobie wyobrazić, że w pokoleniowym wymiarze czasu prowadzić to musi do degeneracji genetycznej. Wśród lekarzy budzi się więc "sumienie ekologiczne"; ono właśnie każe zastanowić się nad koniecznością zmiany modelu ochrony zdrowia. Jeżeli stan lekarski jako całość nie stanie w szeregu inicjatorów walki o czystość biosfery i nieskażoną żywność, to nie tylko zniweczone zostaną dotychczasowe osiągnięcia medycyny, ale dojdzie do najpoważniejszego w historii współczesnej konfliktu między stanem lekarskim a społeczeństwem.

Problematyka pogranicza prawa i etyki w działalności współczesnego lekarza jest ogromna. Stąd też musiałem ograniczyć się do poruszenia tylko kilku wybranych zagadnień. Jestem przekonany, że istniejący od niedawna samorząd lekarski może spełnić niezwykle pożyteczną rolę właśnie w omawianej przeze mnie dziedzinie. Zadaniem Izby Lekarskiej jest m.in. krzewienie zasad etyki lekarskiej i czuwanie nad ich przestrzeganiem. Sądję, że niezwykle ważnym zadaniem Izby jest zbliżenie stanowisk medyków i prawników oraz wypracowanie takich formuł, które pomogłyby współczesnemu lekarzowi rozwiązywać jego dylematy w interesie społeczeństwa.
Koleżanki i Koledzy!

Skoro przekonujemy się, że posiadanie sporych dóbr materialnych nie daje ich posiadaczom pełni zadowolenia, że nie chroni ich przed zawałem i rakiem, natomiast nierzadko prowadzi do nerwic, to warto się zastanowić, czy w poszukiwaniu pełnej realizacji swojej osobowości i prawdziwej satysfakcji z pełnionego zawodu, nie należy przestawić swych dążeń z pozycji "mieć" na pozycję "być". "Być" tzn. doskonalić się intelektualnie i etycznie. Myślę, że powinna tu istnieć pełna harmonia między stroną materialną i duchową.

Wielki lekarz i humanista francuski, Albert Schweitzer, nie twierdził, że lekarza musi cechować bezgraniczne poświęcenie, ale uważał, że winien on szukać kompromisu, "który by ustalił, ile powinniśmy z własnego życia i szczęścia ofiarować innym, a co wolno nam zachować dla siebie, kosztem życia i szczęścia innych".

Takiego rozwiązania życzę Wam, Drogie Koleżanki i Koledzy na najbliższe lata.

Prof. dr hab. Stefan Raszeja

Kształcenie podyplomowe w AMG - stan aktualny i perspektywy

"Obowiązkiem lekarza jest stałe podnoszenie kwalifikacji"
(Zbiór zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza).

Kształcenie podyplomowe, czyli kontynuacja studiów medycznych od chwili uzyskania dyplomu aż do zakończenia pracy zawodowej, jest dla lekarza po prostu koniecznością. Wynika to m.in. z tej

prostej przyczyny, że wiedza medyczna rośnie w sposób wymierny, ulegając podwojeniu średnio w ciągu 6 lat. Zasób wiedzy, jakim dysponuje absolwent, uzyskując dyplom lekarza, jest po 10 latach praktycznie już tylko w połowie przydatny w pracy zawodowej i winien być uzupełniony nowymi informacjami, wynikającymi z postępu wiedzy i techniki medycznej. Ilość publikacji z zakresu medycyny i z pogranicza wynosi w skali światowej około 1.5 miliona rocznie i są one ogłaszane w kilku tysiącach czasopism. Stwarza to konieczność bieżącego opracowywania i przekazywania syntetycznych, względnie poglądowych informacji, niezbędnych dla zawodowego doskonalenia lekarzy. Minał już bezpowrotnie okres możliwości opanowania "wiedzy encyklopedycznej" w medycynie, którą z podziwem obserwowaliśmy jeszcze u naszych nauczycieli. Dla przeciętnego lekarza choćby pobieżne zapoznanie się z publikacjami, dotyczącymi wybranej dziedziny medycyny, jest coraz trudniejsze. Zresztą dostępność do bieżącego piśmiennictwa medycznego jest u nas, poza ośrodkami akademickimi, znikoma. A podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników ochrony zdrowia, w tym zwłaszcza lekarzy, jest podstawowym warunkiem wysokiej jakości opieki medycznej w zakładach lecznictwa i w gabinetach lekarskich.

Kształcenie podyplomowe jest nie tylko obowiązkiem, ale i prawem lekarzy. Należy więc stworzyć warunki do podnoszenia kwalifikacji, a jednocześnie prowadzić kontrolę realizacji tego obowiązku.

Istnieje wiele możliwości pogłębiania wiedzy i doskonalenia zawodowego lekarzy:

1. korzystanie z wydawnictw naukowych, zwłaszcza z czasopism medycznych i informatorów przemysłu farmaceutycznego
2. udział w zjazdach i sympozjach naukowych poświęconych zwłaszcza problemom diagnostyki i terapii
3. udział w wykładach, seminariach, kursach, szkoleniach indywidualnych i stażach klinicznych
4. udział w posiedzeniach towarzystw naukowych
5. wykorzystywanie filmów naukowych
6. nawiązywanie kontaktów z przedstawicielami przemysłu farmaceutycznego, a także ze specjalistami (informacja ustna względnie pisemna, dotycząca rozpoznania i leczenia konkretnego chorego).

Każda z tych metod ma swoje wady i zalety, różna jest też ich popularność wśród lekarzy, ale wszystkie przyczyniają się do podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Należy więc stworzyć możliwości wyboru korzystania z wymienionych metod kształcenia w zależności od predyspozycji osobniczych, specjalności, uwarunkowań lokalnych itp. Nie bez znaczenia jest także stwarzanie odpowiednich czynników motywujących dążenie do podnoszenia kwalifikacji przez lekarzy. Powstaje zagadnienie odpowiedniego programowania, organizacji, rejestracji i kontroli wywiązywania się lekarzy z obowiązku podnoszenia kwalifikacji. Przy czym właśnie rejestracja i kontrola mają istotne znaczenie dla skuteczności każdego działania związanego z kształceniem podyplomowym. To ostatnie stwierdzenie nie jest reliktem naszego wieloletniego "zbiurokratyzowania", ale opinią, do której po długotrwałych dyskusjach doszły szerokie gremia środowisk lekarskich w krajach Zachodu: "Obowiązek sumienia jest dobry, ale formalne potwierdzenie udziału w kształceniu podyplomowym jest lepsze". (Kongres Niemieckich Iz Lek. 1990 r.).

W przyszłości całym zagadnieniem kształcenia podyplomowego, także w Polsce, zajmie się samorząd lekarski czyli Izby Lekarskie. Obecnie zadania te spełniają: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP) i jego agendy terenowe, którymi są Oddziały Terenowe (OT CMKP) przy akademiach medycznych oraz Wojewódzkie Ośrodki Doskazywania Kadr Medycznych (WODKM), a także akademie medyczne i instytuty resortu zdrowia.

Dotychczasowe doświadczenie wskazuje, że organizacja kształcenia podyplomowego winna być ściśle związana z

merytorycznym nadzorem specjalistycznym.

Akademie medyczne, dysponując odpowiednią kadrami i zapleczem dydaktyczno-naukowym, powinny stanowić regionalne ośrodki kształcenia podyplomowego, aktywizujące wdrażanie współczesnej wiedzy medycznej do codziennej praktyki.

AMG ma już długoletnią tradycję w kształceniu podyplomowym i legitymuje się niemałym dorobkiem. Niezależnie od, niestety, nazbyt często zmieniających się ogólnokrajowych form organizacyjnych, koordynacją działań Uczelni w tym zakresie kierował od ponad 20 lat prorektor ds. klinicznych i kształcenia podyplomowego. Przewodniczył m.in. od 1972 r. Rektorskiej Komisji ds. Kształcenia Podyplomowego, a od roku 1974 także Zespołowi Regionalnego Nadzoru Specjalistycznego, czyli pośredniemu członkowi między krajowym a wojewódzkim zespołem nadzoru specjalistycznego i kształcenia podyplomowego. Prawie dziesięcioletnie doświadczenie naszej Uczelni wskazuje na pełną zasadność trójstopniowej organizacji. Zasadniczym celem i obowiązkiem nadzoru regionalnego było przecież podnoszenie poziomu usług świadczonych przez terenowe placówki służby zdrowia wszystkich szczebli i specjalności. Po zlikwidowaniu nadzoru regionalnego w roku 1982, organizację dydaktyki podyplomowej w AMG podjęła ponownie odpowiednia komisja senacka.

Z dniem 1 października 1989 r. powołany został Oddział Terenowy CMKP przy AMG, obejmujący swym zasięgiem 3 województwa: elbląskie, gdańskie i słupskie. W zakresie kształcenia podyplomowego OT praktycznie kontynuuje działalność zlikwidowanego nadzoru regionalnego, stwarzając Uczelni formalno-prawne i finansowe warunki do organizowania dydaktyki podyplomowej w regionie, łącznie ze ścisłym współdziałaniem z poszczególnymi WODKM-ami.

W swej dwuletniej działalności OT w Gdańsku programował, organizował i finansował (z funduszy CMKP) wszystkie formy kształcenia podyplomowego, realizowane przez jednostki AMG.

Za najważniejsze zadanie w pracy OT uznano organizację systematycznego szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), którzy wykonują około 90% wszystkich usług świadczonych przez służbę zdrowia. W Gdańsku szkolenie lekarzy POZ prowadzi Zakład POZ AMG pod kierownictwem prof. Hebanowskiego. W roku 1990 w szkoleniach lekarzy POZ uczestniczyli w regionie 793 osoby, a zajęcia prowadziło 35 nauczycieli akademickich. Organizowano również szkolenia indywidualne w zakresie stosowania nowoczesnych metod diagnostycznych (USG, endoskopia gastroenterologiczna), kursy przygotowujące do egzaminów specjalistycznych na I stopień i regionalne sesje o tematyce społeczno-medycznej dla ogółu lekarzy. Jedną z nich poświęcono była współczesnemu pogładowi na genezę i leczenie choroby alkoholowej. Jeszcze na rok bieżący przewidziano sesję na temat nikotynizmu a w roku przyszłym - "Dzień terapii", który zainauguruje doroczne "Gdańskie Dni Terapii". Celowym byłoby stworzenie bardziej atrakcyjnych form szkolenia z wykorzystaniem technik audiowizualnych.

W związku z likwidacją z dniem 30 września br. OT CMKP, Senat AMG powołał Uczelniany Ośrodek Medycznego Kształcenia Podyplomowego, który ma przejąć zadania wykonywane dotychczas przez Oddział Terenowy.

Należy wyrazić nadzieję, że dotychczasowe zrozumienie i życzliwość naszego środowiska akademickiego, a zwłaszcza klinicystów, będą nadal towarzyszyły realizacji statutowych zadań Uczelni w zakresie dydaktyki podyplomowej.

Prof. dr hab. Witold Zegarcki

Rozważania o procesie dydaktycznym i jego ocenie

wywołane lekturą artykułu prof. M. Hebanowskiego "Za i przeciw ocenie procesu dydaktycznego dokonywanej przez studentów" (GazetaAMG nr 9/91).

Zaprezentowana rozbieżność poglądów w odpowiedzi na pytanie ankiety: "czy celowe będzie wprowadzenie anonimowych ocen procesu dydaktycznego wyrażanych przez studentów", moim zdaniem, może wynikać z następujących powodów:

1. "zwolennicy oceny" prawdopodobnie nie zadali sobie trudu, aby zapoznać się z zakresem pojęcia "proces dydaktyczny"
2. "przeciwnicy oceny" to osoby, które, być może, zaprotestowały przeciw, przede wszystkim, moralnie wątpliwej stronie tego procederu (nie dość, że oceniałby nieprofesjonalista, to w dodatku anonimowo).

Podręczniki pedagogiki określają "proces dydaktyczny" jako ciąg systematycznych i powiązanych ze sobą czynności, które mają na celu:

- a/ uświadomienie uczniom celów i zadań nauczanego przedmiotu
- b/ zaznajomienie z materiałem, przy zastosowaniu odpowiednio dobranych środków
- c/ kierowanie procesami uogólniania w zakresie nauczanego przedmiotu
- d/ utrwalanie wiadomości
- e/ nauczanie wiązania teorii z praktyką
- f/ kontrolę i ocenę wyników nauczania

Dodać przy tym należy, iż proces dydaktyczny jest świadomy, co oznacza, iż jego przebieg i zmiany zachodzące w uczniach zależą od wysiłków, umiejętności nauczyciela, rodzaju stosowanych środków.

Jak zatem z powyższego wynika, zakres pojęcia "proces dydaktyczny" jest wyjątkowo szeroki.

Można rozważać, które z przedstawionych elementów (celów) procesu dydaktycznego studenci jako nieprofesjoniści mogliby oceniać; być może sposób kontroli i oceny wyników nauczania, na pewno wysiłek i umiejętności nauczyciela, może sposób utrwalania wiadomości, ale pozostałe elementy tworzące pojęcie "proces dydaktyczny" - jeśli mają być miarodajne, winny opierać się na wiedzy, doświadczeniu pedagogicznym.

Niewłaściwość propozycji "oceny procesu" (innego niż "proces dydaktyczny") przez nieprofesjonalistę można przedstawić obrazowo na przykładzie pacjenta siedzącego na fotelu dentystycznym, (pacjentem mógłby być kapitan żeglugi wielkiej, zegarmistrz, aktor albo kominiarz; każda z tych osób posiada specyficzną wiedzę i umiejętności, jak też różnorodne doświadczenie zawodowe), któremu proponuje się (w imię jakichś wyższych racji np. uzdrowienia stosunków lekarz-pacjent) - ocenę procesu leczenia jego zęba.

Jaką wartość miałaby ocena wypowiedziana przez każdego z tych pacjentów o kolejności podejmowanych przez lekarza czynności, o stosowaniu określonych narzędzi, leków itp, itd.?

Czy z powyższego ma wynikać, że student nie może się wypowiadać na temat nauczania i nauczyciela? Oczywiście, że student nie tylko może, ale i powinien rozmawiać na ten temat ze swoimi nauczycielami, co więcej, nauczyciel winien zachęcać studentów do rozmowy o nauczaniu i uczeniu się, student jest bowiem podmiotem dydaktycznych starań i wysiłków nauczyciela.

I tak jak troskliwy lekarz - lecząc, jest w stałym kontakcie z pacjentem, rozmawia z nim, tak idealnie przebiegającemu procesowi dydaktycznemu winien towarzyszyć nieprzerwany dialog nauczyciela z uczniem.

Czym innym jest jednak rozmowa nauczycieli ze studentami o nauczaniu, która może być dla nauczycieli i inspirująca, i korygująca, a nade wszystko - jest elementem tworzącym więź między nauczającym a uczniem; czymś jednak innym jest propozycja oceny "procesu dydaktycznego" i to w dodatku anonimowo.

Ktoś powie: w Stanach Zjednoczonych studenci dokonują oceny swoich nauczycieli, wypełniając ankiety tak często, jak chcą.

Na to należy odpowiedzieć: Polska to nie Stany Zjednoczone, bowiem warunki nie te, ani mentalność nie taka sama, a nade wszystko inne doświadczenia

Ten ostatni element sprawia, iż u nas propozycja anonimowej oceny nauczycieli przez studentów, jeszcze przez czas jakiś, kojarzyć się może raczej z zachętą do pisania donosów, a to ani dydaktycznie konstruktywne, ani, mimo wszystko, czasy ... jakby nie te.

Prof. dr hab. med. Krystyna Kozłowska

Nowe techniki w medycynie - cytofluorymetria przepływowa

Cytofluorymetria przepływowa jest ilościową metodą umożliwiającą pomiar wielu parametrów charakteryzujących komórki, co pozwala nie tylko na identyfikację, ale również umożliwia ocenę stanu czynnościowego komórek.

Aparat do pomiarów cytofluorymetrycznych składa się z lasera, detektorów światła oraz systemu hydraulicznego, zapewniającego równomierny przepływ zawiesiny komórek przez układ pomiarowy. Określenie ilości światła pochłoniętego i odbitego przez każdą komórkę, która znajduje się w promieniu lasera, pozwala na ocenę rozmiaru i kształtu komórki. Zastosowanie detektorów wrażliwych na światło o długości fali przewyższającej długość fali światła wytwarzanego przez laser umożliwia pomiar fluorescencji każdej komórki. Konieczne jest jednak użycie odpowiednich fluorochromów tj. związków, które po wnikięciu do komórki lub związaniu się z jej powierzchnią będą w świetle lasera fluoryzować. Jeżeli do zawiesiny komórek dodamy czynnik, który zachowując właściwości fluorochromu, specyficznie wiąże się tylko z określonym typem komórek, to wielkość fluorescencji będzie miarą ilości tych komórek. Najczęściej stosowanymi, specyficznymi wskaźnikami są przeciwciała oraz fragmenty DNA i RNA. Wykorzystywane są również związki, których fluorescencja zależy od zmian stężeń lub aktywności fizjologicznych składników komórki takich jak enzymy, jony Ca^{2+} , H^{+} .

Wyjściowym materiałem do analizy, obok krwi, może być popłuczyna z drzewa oskrzelowego, płyn z jamy otrzewnowej, zawiesiny komórek nowotworowych, komórek szpiku, czy też izolowanych kultur komórkowych. Obiektem badań może być także nasienie, komórki bakteryjne itp.

Istotnym elementem w ocenie tej nowej technologii jest możliwość stosunkowo szybkiego uzyskania wyników. Wraz z przygotowaniem prób oraz matematycznym opracowaniem wyników, całkowity czas wykonania analizy waha się od kilkudziesięciu minut do kilku godzin.

Cytofluorymetria przepływowa znajduje swoje zastosowanie przede wszystkim w rozpoznawaniu i różnicowaniu białaczek, niedokrwistości, nowotworów, czy też różnego rodzaju niedoborów immunologicznych. W transplantologii umożliwia szybką ocenę zgodności antygenowej dawcy i biorcy, a także ocenę skuteczności leczenia immunosupresyjnego po dokonaniu przeszczepu. Ponadto metody fluorocytometryczne pozwalają na identyfikację

infekcji bakteryjnych, wirusowych i pasożytniczych, na ocenę zawartości DNA w nasieniu, czy też analizę chromosomów. Tak ogromny zakres zastosowań wskazuje, że technika ta może być szeroko wykorzystywana w badaniach naukowych i w diagnostyce lekarskiej. Jedynymi czynnikami ograniczającymi jej stosowanie może być dostęp do specyficznych wskaźników (przeciwciała, sondy DNA, fluorochromy) oraz zdolności koncepcyjne badacza.

W niedalekiej przyszłości urządzenie takie dostępne będzie w naszej Uczelni.

Doc. dr hab. Jan Stepiński

Wspomnienie o Profesor Helenie Szostakiewicz-Sawickiej

W dniu 10 sierpnia br. zmarła Prof. dr hab. med. Helena Szostakiewicz-Sawicka, emerytowany kierownik Zakładu Anatomii Topograficznej.

Prof. Szostakiewicz-Sawicka urodzona 6 maja 1919 roku w Grodnie, w rodzinie lekarskiej, rozpoczęła studia na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu im. Stefana Batorego w Wilnie. Po zamknięciu uczelni przez władze litewskie w 1939 roku kontynuowała studia częściowo w ramach tajnego nauczania zorganizowanego przez profesorów USB, częściowo w Uniwersytecie Kowieńskim, by wreszcie czwarty rok studiów rozpocząć w Uniwersytecie Wileńskim. Przez cały okres okupacji Prof. H. Szostakiewicz-Sawicka pracowała w szpitalach wileńskich, najdłużej jako pielęgniarka w Szpitalu dla Jeńców Wojennych.

W latach 1943-44 była żołnierzem Inspektoratu Armii Krajowej, a następnie przydzielona została do Czołówki Sanitarnej "K" II Zgrupowania Partyzanckiego Armii Krajowej. Po zakończeniu działań wojennych podzieliła dramatyczny los wielu Polaków, stając się więźniem obozów pracy na terenie Związku Radzieckiego.

27 lutego 1949 roku Prof. Szostakiewicz-Sawicka powróciła do ojczyzny i tu w Gdańskiej Akademii Medycznej ukończyła studia, otrzymując w 1951 r. dyplom lekarza.

Pracę naukowo-dydaktyczną rozpoczęła jako studentka w Zakładzie Anatomii Prawidłowej kierowanym przez prof. Michała Reichera. W oparciu o rozprawę doktorską pt. "Położenie serca u naczelnych i jego znaczenie dla antropogenezy" Rada Wydziału Lekarskiego nadała Jej w 1961 roku stopień doktora medycyny. W 1967 r. Prof. Szostakiewicz-Sawicka uzyskała stopień naukowy doktora habilitowanego na podstawie pracy "Prawa zastawka przedsionkowo-komorowa u naczelnych".

W roku 1984 otrzymała tytuł profesora nadzwyczajnego, równocześnie obejmując kierownictwo Zakładu Anatomii Topograficznej. Obowiązki kierownika pełniła do chwili przejścia na emeryturę. Po roku 1989 nadal brała żywy udział w życiu naukowym i dydaktycznym Zakładu, służąc młodszym kolegom radą i bogatym doświadczeniem naukowym. Czyniła to nawet wówczas, gdy śmiertelna choroba coraz bardziej utrudniała Jej pracę. Oprócz działalności naukowo-dydaktycznej pasją Prof. Heleny Szostakiewicz-Sawickiej była również praca związana z medycyną praktyczną - pracowała czynnie przez wiele lat jako lekarz okulista.

Prof. Helena Szostakiewicz-Sawicka jest autorem kilkudziesięciu oryginalnych prac naukowych z zakresu anatomii. Od początku

swojej działalności naukowej interesowała się rozwojem rodowym naczelnych. Część dorobku - to kontynuacja prac Jej mistrza i nauczyciela, prof. Michała Reichera. Dotyczyły one przede wszystkim prymatologii i antropogenezy. Z czasem główne zainteresowania naukowe, którym pozostała wierna do końca swego pracowitego życia, były związane z anatomią serca zarówno w aspekcie onto- jak i filogenezy. Swoją bogaty i oryginalny dorobek wielokrotnie prezentowała na licznych kongresach, zjazdach i konferencjach naukowych, krajowych i zagranicznych. Była współautorem kolejnych wydań podręczników z zakresu anatomii, łącznie z klasycznym już dziełem "Anatomia człowieka" Bochenka-Reichera.

Prof. Szostakiewicz-Sawicka z pasją prowadziła zajęcia dydaktyczne, a młodzież akademicka darzyła Ją wielkim szacunkiem i sympatią.

Za swoją działalność naukową i dydaktyczną była wielokrotnie wyróżniana i nagradzana. Była odznaczana m.in. Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalami 30-lecia Akademii Medycznej i 50-lecia Gdańskiego Towarzystwa Naukowego. Prof. Helena Szostakiewicz-Sawicka była aktywnym członkiem wielu towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Polskiego Towarzystwa Anatomicznego (kierowała jego Gdańskim Oddziałem od 1970 roku), Polskiego Towarzystwa Antropologicznego, Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Polskiego Towarzystwa Zoologicznego oraz Gdańskiego Towarzystwa Naukowego, w którym przez 5 lat pełniła funkcję sekretarza II Wydziału, a od 1973 roku była przewodniczącą Komisji Prymatologicznej. Od 1977 roku Prof. Szostakiewicz-Sawicka należała do ścisłego Komitetu Redakcyjnego czasopisma "Folia Morphologica".

Wszystkich, którzy się z Nią zetknęli, ujmowała swoją wielką skromnością i życzliwością oraz gotowością niesienia wszelkiej pomocy potrzebującym.

Była wzorem naukowca, pracę badawczą przedkładała ponad inne zajęcia, spędzając w Zakładzie większość swojego życia.

Nie ma w naszym gronie "Profesor Lusi", tak nazywali Ją najbliżsi przyjaciele, jednak pamięć o Niej będzie nam towarzyszyła w codziennej pracy.

Prof. dr hab. Olgierd Narkiewicz
Doc. dr hab. Marek Grzybiak

Projekt powołania Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla pracowników AMG

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Kodeksu pracy (rozdz. 3 art. 215-222) zakład pracy zobowiązany jest do otaczania opieką zdrowotną i profilaktyczną wszystkich swoich pracowników. Zarządzenie to w naszej Uczelni realizowane jest jedynie w bardzo ograniczonym zakresie, w stosunku do pracowników szpitali, na terenie których zorganizowane są poradnie zakładowe, i to głównie w zakresie doraźnych usług leczniczych. Brak natomiast zorganizowanej opieki profilaktycznej najczęstszych schorzeń, w tym układu krążenia i schorzeń nowotworowych. Nie egzekwowane są także podstawowe badania okresowe pracowników, brak też systemu badań dla personelu pracującego w warunkach szkodliwych dla zdrowia.

Aktywność komórek bhp w tym względzie jest co najmniej znikoma. Pracownicy AMG formalnie podlegają poradni dla pracowników szkół wyższych w ZOZ przy Alei Zwycięstwa, jednak rzadko korzystają z usług tej poradni, często natomiast zwracają się o doraźną pomoc lekarską do poradni specjalistycznych dla pracowników PSK 1, co jest zrozumiałe ze względów lokalizacyjnych. Odbywa się to często nieformalnie na zasadach grzecznościowych, bez prowadzenia odpowiedniej dokumentacji. Szczególnie dotkliwie odczuwany jest brak zorganizowanej opieki stomatologicznej dla pracowników PSK nr 1 i Uczelni. Gabinet stomatologa zakładowego, wraz z etatowo przypisanym personelem (2 etaty lekarskie) znajduje się w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej. Ponadto 1 etat dla potrzeb pracowniczych znajduje się w dyspozycji Zakładu Protetyki.

W związku z koniecznością poprawienia dotychczas złe funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej nad pracownikami – władze Uczelni podjęły działania zmierzające do uruchomienia poradni zakładowej dla pracowników wszystkich wydziałów Uczelni, jak i Państwowego Szpitala Klinicznego Nr 1 oraz administracji AMG pod nazwą ZAKŁADU PROFILAKTYKI I PROMOCJI ZDROWIA.

Zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami i podjętymi działaniami, poradnia zakładowa będzie umiejscowiona na 3-cim piętrze Przychodni PSK Nr 1. W skład tej jednostki wejdą:

1. poradnie ogólne łącznie z poradnią ZOZ-u dla szkół wyższych
2. poradnia stomatologiczna
3. poradnia ginekologiczna
4. poradnia lipidowa

Poradnie te mieszczące się na terenie PSK Nr 1, obejmą opieką około 4.000 pracowników zatrudnionych w Uczelni i PSK oraz studentów AMG. Istniejące dotychczas na terenie PSK 2 i 3 poradnie zostaną zachowane w obecnym miejscu i włączone w system funkcjonowania Zakładu Profilaktyki i Promocji Zdrowia. Kierownik tej placówki będzie koordynatorem całości pracy zatrudnionego tam personelu, jak również personelu poradni zakładowych PSK 2 i 3. Powołany zespół będzie miał dostęp do bazy diagnostycznej szpitali oraz możliwość korzystania z usług konsultacyjnych (innych poradni specjalistycznych).

Opracowany zostanie system badań przesiewowych w zakresie najczęstszych schorzeń, w tym układu krążenia i chorób nowotworowych. Egzekwowany będzie obowiązek wykonywania przez pracowników badań okresowych.

Dyrektorzy wszystkich szpitali klinicznych zobowiązani będą do ustalenia harmonogramu badań profilaktycznych i egzekwowania ich przeprowadzenia przez lekarzy zakładowych z obowiązkowym wpisem do pracowniczych książeczek zdrowia. O wyznaczonych terminach badań dla pracowników poszczególnych jednostek organizacyjnych Uczelni, jak i godzinach przyjęć specjalistów w Zakładzie Profilaktyki i Promocji Zdrowia, kierownicy jednostek będą odpowiednio wcześniej informowani. Do ustalenia rodzaju i częstości wykonywanych badań profilaktycznych zobowiązani będą lekarze zakładowi z odpowiednimi komórkami bhp. Ponadto rozważana będzie możliwość odpłatnego objęcia opieką innych, pozauczelnianych jednostek. Wydano odpowiednie dyspozycje wykonawcze w tej sprawie, przewidując uruchomienie Zakładu z początkiem stycznia 1992 r.

Pilnie poszukiwany jest kandydat na kierownika i koordynatora pracy tej placówki. Konstruktywne uwagi w tej sprawie będą mile widziane.

Prof. dr hab. Czesław Stoba
prorektor

Pracownia Komputerowych Prezentacji Graficznych

W grudniu 1991 r. zostanie uruchomiona na terenie Akademii Medycznej, w Samodzielnej Pracowni Fotografii Naukowej, Pracownia Komputerowych Prezentacji Graficznych. Pracownia została wyposażona w unikalną aparaturę firmy AGFA (aktualnie jedyną w Polsce) do naświetlania przeźroczy barwnych, opracowanych komputerowymi technikami graficznymi. Urządzenie to, AGFA MATRIX PCR, naświetla kolorowe przeźrocza z rozdzielczością 4096 x 2736 punktów na filmie 35 mm (KODAK).

Urządzenie AGFA MATRIX PCR Akademia Medyczna otrzymała w darze od Szpitala O.L.V.G. w Amsterdamie z okazji 20-lecia współpracy.

Pracownia Komputerowych Prezentacji Graficznych będzie działała na zasadzie odpłatności. Pozwoli ona przygotowywać bardzo wysokiej jakości barwne przeźrocza do prezentacji wyników badań naukowych, jak również przeźroczy do celów dydaktycznych.

Pracownia wyposażona jest także w wysokiej jakości 7-kolorową drukarkę HP-Paint Jet, co umożliwi wydruk barwny na papierze o szerokości 10 cali lub na odpowiedniej folii przezroczystej. Tak przygotowane materiały nadają się doskonale do prezentacji na zjazdach i sympozjach w formie plakatów (posterów).

Pracownia jest usytuowana na terenie Samodzielnej Pracowni Fotografii Naukowej w budynku Zakładów Teoretycznych AMG i obsługiwana jest przez pracownika AMG p. Mikołaja Burkę.
Informacja: tel. 47-82-22 wewn. 10-89.

Prof. dr hab. Wiesław Makarewicz
prorektor

Krótką informacja o Fundacji im. Jana Heweliusza

Fundacja dla Wspierania Nauk Przyrodniczych im. Jana Heweliusza powstała 24 kwietnia 1990 r. z inicjatywy społeczności naukowej Gdańska. Inspiracją do założenia tej Fundacji było uznanie pilnej potrzeby ożywienia gdańskiego środowiska naukowego i przywrócenie właściwej roli nauki w życiu społeczno-gospodarczym regionu gdańskiego i kraju.

CELE

Nadrzędnym celem Fundacji jest integracja i intensyfikacja pracy twórczej naukowców na rzecz racjonalnego wykorzystania dóbr przyrody ze szczególnym uwzględnieniem ochrony środowiska i zdrowia ludzkiego.

Do statutowych celów Fundacji należą:

- finansowe i materialne wspieranie prac badawczych i rozwojowych w zakresie nauk przyrodniczych;
- programowe przygotowanie kadr akademickich i przemysłowych do wprowadzenia w Polsce najnowszych osiągnięć światowej nauki i techniki;
- organizowanie i współfinansowanie przedsięwzięć mających na celu upowszechnianie najnowszej myśli naukowo-technicznej.

STAN PRAWNY

Fundacja im. Jana Heweliusza jest instytucją prywatną o pełnej osobowości prawnej. Fundacja może prowadzić samodzielną działalność naukowo-badawczą i gospodarczą, być partnerem lub członkiem organizacji i towarzystw o podobnych celach oraz uczestniczyć w różnych przedsięwzięciach gospodarczych zarówno w kraju jak i za granicą. Fundacja nadzorowana jest przez ministra Edukacji Narodowej i może korzystać z wszelkich form współpracy i pomocy ze strony Rządu RP. z wyjątkiem dotacji.

SPOSOBY DZIAŁANIA

- Fundacja nawiązuje kontakty, inicjuje współpracę naukowo-badawczą i rozwojową między osobami i instytucjami w zakresie nauk przyrodniczych obejmujących: matematykę, fizykę, chemię, biologię, medycynę, nauki o ziemi, oceanach i przestrzeni kosmicznej oraz wszelkie nauki techniczne z nimi związane. Dotyczy to szczególnie rozwiązywania problemów interdyscyplinarnych, które z powodu barier finansowych, administracyjnych lub kompetencyjnych nie mogą być rozwiązywane samodzielnie przez poszczególne jednostki.
- Fundacja poszukuje, pozyskuje oraz przekazuje właściwym instytucjom i osobom środki finansowe, materialne i inne, ułatwiające realizację podjętych przez nie zadań naukowo-badawczych i wdrożeniowych.
- Fundacja poszukuje realizatorów zadań naukowo-badawczych i wdrożeniowych wskazanych lub sugerowanych przez sponsorów.
- Fundacja poszukuje sponsorów realizacji zadań naukowo-badawczych o tematach i programach opracowanych przez środowiska naukowe.
- Fundacja zabiega o kompetentne i niezależne opiniowanie tematów i realizacji ww. zadań w celu zapewnienia im wysokiego poziomu naukowego i użyteczności społecznej. Opinie te Fundacja udostępnia sponsorom.
- Fundacja zapewnia poufność projektów i recenzji prac naukowo-badawczych oraz dyskrecję w kontaktach między partnerami.
- Fundacja organizuje konferencje naukowe, treningi i kursy szkoleniowe dla specjalistów polskich i zagranicznych oraz wydaje i rozpowszechnia publikacje propagujące zagadnienia przez nią realizowane.

Wszelkie zyski pochodzące z dotacji, darowizn lub działalności gospodarczych Fundacja angażuje w jej działalność statutową.

Adres Fundacji:

Fundacja Dla Wspierania Rozwoju Nauk Przyrodniczych
Im. Jana Heweliusza w Gdańsku

Politechnika Gdańska, ul. Majakowskiego 11/12, 80-952 Gdańsk
Bank Gdański I/O Gdańsk-Wrzeszcz 301804-911540-132-3

Informacje, informacje ...

Mgr. Henrykowi Niewadziolowi (z-cy dyrektora admin. ds. eksploatacyjnych AMG) powierzono pełnienie obowiązków dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 od dnia 6.11.1991 r. do dnia 29.02.1992 r.

Z dniem 6.11.1991 r. odwołano ze stanowiska dyrektora Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 lek. med. Marka Wyszczełskiego.

Inż. Zbigniewowi Krawcowi (z-cy dyrektora admin. ds. technicznych AMG) powierzono pełnienie obowiązków dyrektora Zarządu Inwestycji AM od dnia 25.10.1991 do dnia 31.01.1992 r.

Z dniem 25.10.1991 r. odwołano ze stanowiska dyrektora Zarządu Inwestycji mgr. inż. Ryszarda Łozińskiego.

* * * * *

Mgr inż. Jerzy Kołodziej, dyrektor naczelny Gdańskiego Przedsiębiorstwa Budownictwa Przemysłowego w Gdyni przekazał Zakładowi Antonii Topograficznej w formie daru aparaturę (mikroskop wraz z wyposażeniem) wartości 17.652.000 zł.

* * * * *

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego na posiedzeniu w dn. 16 listopada 1991 r. powierzył funkcję przewodniczącego nowo powstającej sekcji dermatochirurgii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego doc. dr. hab. Adamowi Włodarkiewiczowi.

* * * * *

W dniach 24-26.09.1992 roku odbędzie się w Gdańsku XXIV Zjazd Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego z udziałem naukowców z całego świata.

* * * * *

Katedra i Klinika Ortopedii Akademii Medycznej w Gdańsku organizuje XXIX Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego w salach wykładowych Zakładów Teoretycznych naszej Uczelni w dniach 17 do 19 września 1992 r.

W programie Zjazdu:

- Operacyjne leczenie bocznych skrzywień kręgosłupa
- Obrażenia stawu kolanowego
- Tematyka wolna

Przewidywane są ponadto sesje satelitarne, wystawa sprzętu medycznego oraz sesje telewizyjne i plakatowe.

Komitety Organizacyjny:
Katedra i Klinika Ortopedii AMG
ul. Nowe Ogrody 4, 80-803 Gdańsk
tel. 32-18-64

Stowarzyszenie "Zdrowy Człowiek"
Polskie Towarzystwo Gerontologiczne
Polskie Towarzystwo Higieniczne
Fundacja Zabezpieczenia Społecznego

zapraszają do udziału w ogólnopolskiej konferencji naukowej pt.

"Człowiek i społeczeństwo wobec starości"

która odbędzie się w dniach 16-17.12.1991 r. w auli Polskiego Towarzystwa Higienicznego w Warszawie przy ul. Karowej 31.

Celem konferencji jest spojrzenie na starość i ludzi starych w zmieniającym się otoczeniu społecznym, gospodarczym i kulturowym. Starość nie zawsze musi kojarzyć się z chorobą, niemożnością, rezygnacją. W dobie powszechnych przemian ustrojowych, wobec faktu demograficznego starzenia się społeczeństw, sprawy i problemy ludzi starych stają się zasadniczymi z punktu widzenia polityki społecznej państw. Jak ustrzec się przed zbyt wczesną starością i jak zachować zdrowie w późnym wieku, to kolejny obszar zagadnień będących przedmiotem konferencji.

W spotkaniu udział wezmą przedstawiciele szeregu dyscyplin, zajmujący się omawianą problematyką - lekarze, socjologowie, psycholodzy, politycy społeczni, ekonomiści, działacze społeczni, dziennikarze.

Zgłoszenia uczestnictwa w konferencji prosimy nadsyłać do dnia 29 listopada br. pod adresem: Stowarzyszenie "Zdrowy Człowiek", 00-681 Warszawa, ul. Hoża 35/30 (tel. 21-56-08).

* * * * *

2 listopada 1991 r. zmarł doc. dr hab. Jan Maciej Chmielewski, emerytowany kierownik Kliniki Neurochirurgii AMG.

* * * * *

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

6 grudnia - zebranie PT Diagnostyki Laboratoryjnej
godz. 10.00 - sala wykładowa Woj. Szpitala
Zakaźnego, ul. Smoluchowskiego 18

Dr E. Nowakowska, mgr A. Malinowska "Opóźnione odczyny hemolityczne w aspekcie klinicznym i serologicznym"

Firma CORMAY proponuje nowe produkty

Firma Sarstedt przedstawia swoją ofertę sprzętu jednorazowego użytku

6 grudnia – zebranie PT Kardiologicznego oraz PT Lekarskiego
godz. 13.30 – sala im L. Rydygiera

Prof. Giuseppe Specchia z Włoch "Unstable angina – therapeutic approach".

10 grudnia – zebranie PT Immunologicznego
godz. 13.15 – sala ćwiczeń Zakładu Patomorfologii (II piętro)

Prof. A. Zółtowska "Histogeneza komórek miojdných i ciałek Hassalla grasicy"

11 grudnia – zebranie PT Dermatologicznego
godz. 10.30 – Klinika Dermatologiczna AM

Dr M. Sztaba-Kania "Ocena ilościowa i próba określenia jakościowego krążących kompleksów immunologicznych u chorych na łuszczycę"

11 grudnia – zebranie PT Gerontologicznego
godz. 14.00 – biblioteka Zakładu Histologii AM

Dr W. Bogusławski "Struktura i funkcje receptora dla LDL"

J. Foerster "Leczenie hiperlipoproteinemii u osób w podeszłym wieku"

14 grudnia – zebranie PT Stomatologicznego
godz. 11.00 – sala im. prof. Mozołowskiego, gmach Zakładów Teoretycznych

Dr J. Nather, L. Zajączkowska, M. Sołtys "Przegląd materiałów kompozycyjnych stosowanych w stomatologii zachowawczej"

Dr J. Kaczmarczyk "Możliwość występowania jatrogennych uszkodzeń przyzębia u młodocianych przy stosowaniu materiałów kompozycyjnych".

17 grudnia – zebranie PT Lekarskiego
godz. 14.00 – sala im. L. Rydygiera Instytutu Chirurgii AM

Prof. T. Korzon "Niektóre problemy współpracy Kliniki Chirurgii Szczękowej z innymi specjalnościami".

18 grudnia – zebranie PT Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

godz. 11.00 – sala wykładowa Woj. Szpitala Zakaźnego ul. Smoluchowskiego 18

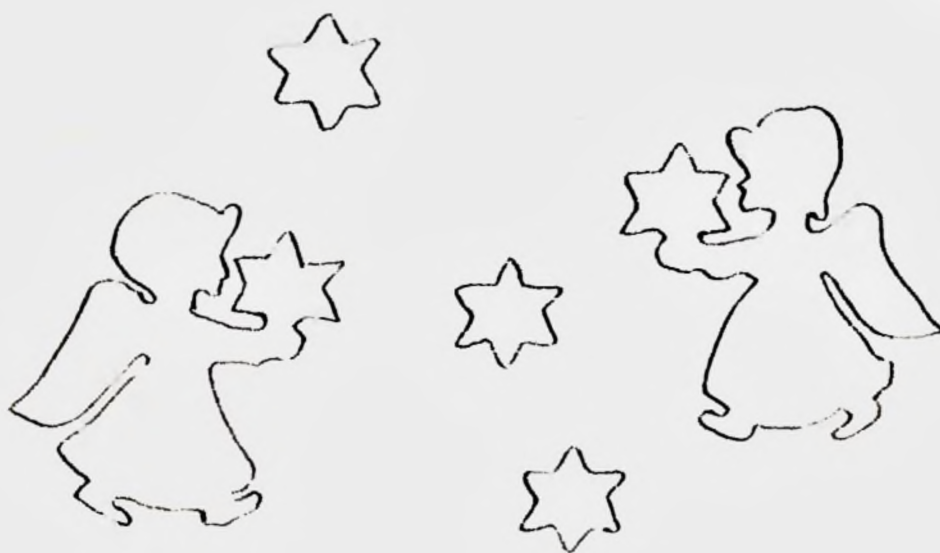
Prof. W. Zielińska "Leczenie przewlekłych zapaleń wątroby – dotychczasowe koncepcje i ich podstawy"

Prof. W. Zielińska i wsp. "Wstępne wyniki leczenia chorych z przewlekłym czynnym zapaleniem wątroby HBs Ag(+), HBe Ag(+) niskimi doustnymi dawkami ludzkiego interferonu alfa (HuIFNa)"



**Wszystkim Czytelnikom życzymy,
aby świąteczne dni
Bożego Narodzenia pełne były
radości, pokoju i wzajemnej
życzliwości**

Redakcja



Redaguje zespół: Marek Hebanowski, 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. 1220/91, nakł. 1000 egz. form. A-4.