

SPIS TREŚCI

PRYMAS U CHORYCH	2
<i>J. Tatoń</i> – Medycyna – laboratorium ludzkiej egzystencji	3
<i>A. Czech</i> – Nowe tereny etyki medycznej	5
Z SENATU	8
<i>H. Cieślak</i> – Zajęcia praktyczne studentek Wydziału Nauki o Zdrowiu	12
Immatrykulacja na Wydziale Nauki o Zdrowiu (M.Z.)	16
<i>G. Opolski</i> – Dalszy rozwój nowoczesnej kardiologii	17
<i>W. Jędrzejczak</i> – Otwarcie Oddziału Onkologii	20
<i>D. Liszewska-Pfejfer, E. Mayzner-Zawadzka</i> – Obchody 100-lecia Szpitala Dzieciątka Jezus	21
<i>J. Heropolitańska-Janik</i> – Co Cukrzycy wiedzą o żywności i żywieniu	23
<i>J. Rudzik</i> – Dalsze sukcesy sportowców	25
WSPOMNIENIA	27
Prof. M. Mossakowski	27
Prof. B. Fitak	28
Lekarze patroni ulic – J. Korczak	30
Komunikat mgr inż. R. Gomuła – Niektóre z istotnych zmian ustawy o zamówieniach publicznych	31

Zdjęcia: Dział Fotomedyczny AM. Fot. okładka I: Prymas J. Glemp i prof. K. Suwalski rozmawiają z chorą z oddziału kardiologicznego. Okł. IV: Władze dziekańskie Wydziału Nauki o Zdrowiu, dziekan prof. L. Marianowski i prodziekan dr hab. P. Małkowski

z życia
**Akademii
Medycznej**
w Warszawie

Nr 2 (117) luty 2002

WYDAWCA: AKADEMIA MEDYCZNA

Rada Programowa:

prof. dr hab. Janusz Piekarczyk – przewodniczący
prof. dr hab. Andrzej Członkowski,
prof. dr hab. Wiesław Gliński,
prof. dr hab. Mirosław Łuczak,
prof. dr hab. Leszek Pączek,
prof. dr hab. Józef Sawicki,
prof. dr hab. Jerzy Stelmachów,
prof. dr hab. Mieczysław Szostek,
prof. dr hab. Hubert Wanyura

Redaguje zespół:

Bogdan Ciszek (redaktor naczelny),
Mariusz Foryś, Mirosława Kurpeta,
Magdalena Zielonka (redaktor prowadzący numeru),
Jacek Żbikowski

Adres redakcji: Biblioteka Główna Akademii Medycznej,
ul. W. Oczki 1, 02-007 Warszawa,
tel./fax: 628-22-37, e-mail: mkurpeta@bibl.amwaw.edu.pl
zapraszamy na nasze strony internetowe:
<http://www.bibl.amwaw.edu.pl/ZŻyciaAM>
Skład tekstu druk i oprawa: Zakład Wydawniczo-Poligraficzny
„U Mianowskiego”, 01-833 Warszawa, ul. Daniłowskiego 3
tel./fax 864 36 44, e-mail: drukarnia@druk.waw.pl

PRYMAS U CHORYCH

Z okazji Światowego Dnia Chorego prymas Józef Glemp odwiedził Centralny Szpital Kliniczny przy ul. Banacha. Spotkał się z personelem medycznym i z chorymi, m.in. na Oddziale Kardiologicznym. Po oddziale oprowadzali Go profesorowie: Grzegorz Opolski i Kazimierz Suwalski.

Jego Eminencja rozmawiał z chorymi, później odprawił mszę św. w szpitalnej kaplicy. „Światowy Dzień chorego jest po to, aby ukazać wielkość powołania do opieki nad chorymi” powiedział w swojej homilii, a następnie wyraził nadzieję, że media, które tak obszernie relacjonowały kryzys w służbie zdrowia, dostrzegą „trud i poświęcenie pielęgniarek i lekarzy”.



MEDYCYNA – LABORATORIUM LUDZKIEJ EGZYSTENCJI

Prof. dr hab. Jan Tatoń

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii AM w Warszawie

Składniki medycyny

Niełatwo jest umieścić medycynę w ściśle określonym punkcie struktury wszystkich intelektualnych i społecznych działań. Jest ona dziedziną unikalną przez to, że tak głęboko i żarliwie wiąże się z praktyką oraz, że tak bardzo zależy od rozwoju nauk ścisłych, biologii, jak i nauk humanistycznych.

Platon uznawał medycynę za istotny składnik całości kultury greckiej, Varro oceniał ją jako naukę humanistyczną, Déscartes pragnął ją ująć w matematycznej formie, współcześni redukcjoniści przedstawiają medycynę po prostu jako szczególną postać chemii i fizyki.

W takim schemacie jednak nie mieszczą się np. nauki kliniczne. Szczególny proces oceny klinicznej i decyzji dotyczących chorych jest przykładem tych metod i działań, które wiążemy z metodą naukową. Jest to więc poszukiwanie prawdy przez obiektywizację metod, logiczne porządkowanie obserwacji, obiektywizację wnioskowania i weryfikację działań. W każdej klinicznej akcji pojawiają się także metody i treści humanistyczne, ujawnia się znaczenie ludzkich wartości. Było to zapewne przyczyną szczególnej pozycji medycyny w ogóle w średniowiecznych uniwersytetach; była ona tam matką dla wielu gałęzi humanistycznej i technologicznej.

Wbrew pozorom ten stan utrzymuje się także dzisiaj, kiedy medycyna jest dalej mostem między naukami ścisłymi, techniką i naukami humanistycznymi. Medycyna ogniskuje też wiele problemów socjologii, ekonomii, nauk politycznych, prawa i innych dyscyplin skierowanych na badanie ludzkiej egzystencji. Pytania, które medycyna rodzi należą do najważniejszych w filozofii, etyce, estetyce, teologii.

Pojęcie „medycyna” stało się więc odpowiednio strukturą złożoną z 3 części;

składnik 1 – **podstawowe nauki przyrodnicze** wyjaśniające fizyczne i chemiczne podstawy procesów zachodzących w żywym, zdrowym lub chorym organizmie,

składnik 2 – **nauki kliniczne** dążące do wyjaśnienia fizycznych i psychicznych procesów w jednostkowym układzie konkretnego pacjenta, stanowiącego psychosomatyczną jedność,

składnik 3 – **praktyka medycyny**, która jest stosowaniem informacji i umiejętności z podstawowych lub klinicznych nauk do konkretnego człowieka w celu leczniczej interwencji.

Składnik 1 medycyny, to jest jej podstawowe nauki przyrodnicze, są niewątpliwie pochodnymi większych i ogólniejszych dyscyplin; ich filozofią jest teoria fizyki i chemii.

Składnik 2, to jest nauki kliniczne, usiłują obok oceny przyrodniczej uzyskać szersze zrozumienie człowieka jako osoby, a więc także jego umysłu i psychologii. Współczesny kartezjanista może uważać nauki kliniczne tylko za pochodne nauk przyrodniczych i także psychologii i socjologii uznając, że ich filozofia jest kombinacją filozofii, biologii i psychologii. Są one ogniskiem, w którym winny spotkać się mądrość i nauka, stanowiąc miejsce jednoczenia się filozofii i nauk humanistycznych z laboratorium.

Można jednak uznać także te nauki kliniczne za syntezę, która przekracza sumę poszczególnych składowych, wtedy ich filozofia jest odrębną filozofią wiedzy klinicznej.

Składnik 3, to jest praktyka medycyny, nie może być rozważana jako suma biologii i psychologii oraz etyki. Tworzy także nową syntezę i swoje prawa.

Wybory REKTORA AM

odbędą się w dniu 15 marca 2002r.

Prorektorów i elektorów do Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego

w dniu 12 kwietnia 2002r.

w godzinach 12⁰⁰ – 15⁰⁰ w Domu Medyków, ul. Oczki 3

Medycyna jako wiedza stosowana do ludzkich celów jest także technologią. Ale stara się ona także zmieniać zachowanie jednostek i społeczności sięgając do psychologii. Działa przez związki osobowe, a więc etyczne, mające na celu pomóc drugiej osobie. Jest aktywnością przepojoną wartościami ludzkimi, opiera się więc na etyce i naukach humanistycznych.

Podstawowe nauki przyrodnicze nie wystarczają do wytworzenia medycyny ani jako nauki klinicznej, ani jako praktyki medycznej. Jako kliniczna nauka, medycyna musi badać jednostkę ludzką, a więc wartości, świadomość, myślenie.

Wiedza medyczna podstawowa lub kliniczna staje się medycyną, w momencie kiedy zostaje użyta na polepszenie zdrowia, do leczenia, to znaczy wtedy, kiedy ingeruje w życie jednostki, aby zmieniać jej los. Praktyka medycyny nie może zadowalać się tylko ogólnymi prawami naukowymi, ale ich stosowaniem w określonym czasie, miejscu i w stosunku do konkretnej osoby.

Medycyna jest aktywnością, której istota polega na wydarzeniu klinicznym, która wymaga szczegółowego, jednostkowego zastosowania wiedzy i sztuki do żyjącej istoty, do rzeczywistości jednego człowieka w celu uzyskania jego lepszego zdrowia, wyleczenia z choroby przez bezpośrednią manipulację w stosunku do organizmu i do psychicznego układu ludzkich wartości. Teoria medycyny jest więc raczej teorią praktycznej rzeczywistości, a nie teorią nauk, które ją umożliwiają.

Jak dotąd nie mówiliśmy nic o medycynie jako o sztuce. W tym przypadku medycyna zyskuje autonomię, podobnie jak inne dziedziny sztuki. Posłużmy się przykładem. Muzyka składa się z akustyki i matematyki, ale działa autonomicznie: daje to nową jednostkę zwaną właśnie „muzyką” – nie można jej już zdefiniować terminami akustyki i matematyki. Medycyna jest też taką sumą chemii z fizyką i nauk humanistycznych, która działa autonomicznie, nie można jej zdefiniować terminami pierwotnych składników.

Medycyna współczesna ma także wymiary społeczne odnoszące się do grup, a nie tylko jednostek. Grupa występuje wtedy jako zamiennik jednostki. Wiedzy używa się także do polepszenia zdrowia społeczności. Medycyna ma wtedy do czynienia z wyborami i priorytetami, a więc polityką. W ten sposób pojawiają się nowe problemy dla medycyny, jak sposób dostarczania opieki medycznej, praktyka i cele medycyny socjalnej, zakres jej działania, ośrodki decyzji, zasady przyjmowania decyzji. Mogą one być lepsze lub gorsze, sprawiedliwe lub niesprawiedliwe.

Lęk przed medycyną – potrzeba hominizacji związku „lekarz pacjent”

Opinia publiczna wylicza wiele „grzechów” współczesnej medycyny. Ich listy są zmienne, często przeciwstawne. Wymienia się np.: technicyzm, nadmierny profesjonalizm i scyentyzm, brak miejsca na wartości osobowości i kulturalne, zbyt manipulacyjną rolę lekarza i brak czynnego uczest-

nictwa pacjenta w procesie leczenia, brak opiekuńczości instytucji medycznych i ich materialną i organizacyjną biedę, słabość postawy zapobiegawczej i niedostatek wychowania zdrowotnego, brak wiedzy psychologicznej w praktyce medycznej, upadek sztuki leczenia, mentalność handlową, zbytnią „medykalizację” życia codziennego, niewłaściwe podejście do studentów medycyny i młodych lekarzy ze strony medycznego establishmentu itd. Czy są to przyzwary medycyny, czy też jej dylematy, których pierwotne źródła umiejscowione są poza tą dziedziną?

Krytycy medycyny proponują różne kuracje. Do tego celu służyć mają setki różnych recept na hominizację medycyny. Często są to rady naiwne i emocjonalne, ograniczone do aktów litości lub sentymentalnej filantropii. Z perspektywy szpitalnej sali widać jaskrawo, że pierwszym bohaterem medycyny jest zawsze człowiek, którego samo istnienie zostało podważone, który traci swoje podstawowe prawa i wartości, który na nowo pyta o sens życia. Z tego powodu potrzebuje medycyny. Pierwszą i centralną postacią w medycynie jest **pacjent**; bez jego materialnych i duchowych potrzeb nie byłoby medycyny. Ten człowiek jest siłą sprawczą, podmiotem, pełnoprawnym uczestnikiem wszystkich działań medycznych. Medycyna obraca się wokół niego. Jej hominizm staje się cechą wrodzoną i systemową. Można go nazwać hominizmem naturalnym lub organicznym. Ten nowy kierunek traktuje technologię medycyny, zgodnie z jej funkcją, jako instrument, a nie cel sam w sobie.

Wszyscy wyczuwamy dwuznaczność sytuacji: czy można zrównoważyć obietnice technologii medycznej z zagrożeniami, które ona stwarza? Nie ma łatwej odpowiedzi. Jest natomiast lęk ludzi, ich nadzieje i obawy. Ludzie boją się powrotu do barbarzyństwa, które może wynikać zarówno z nadużywania technologii, jak i z jej niedorozwoju. Ludzie ciągle oscylują między pragnieniem, aby wszystko rozwiązać przez technologię i ochotą, aby jednak „niszczyć maszyny”.

Usunięcie ograniczeń technicznych i moralnych jednocześnie daje to, co Kierkegaard nazwał „rozpaczą możliwości”, jest to przystosowanie ludzkich wartości do techniki. Wyzwanie technologiczne staje się bardzo konkretne, osobiste i bezpośrednio: na przykład w odniesieniu do wyborów, narzuconych ludziom przez nauki biomedyczne. Jak wybrać między możliwościami skrócenia lub przedłużenia życia człowieka na sali „R”, podjąć decyzję co do wymiany narządów, wpływać na genetyczne wyposażenie?

Każdy pacjent, który odzyskuje normalne życie w wyniku rekonstrukcji tętnic, transplantacji nerki lub chemioterapii raka, jest dowodem na znaczenie technologii medycznej i to niezależnie od jej społecznych kosztów. Ale przychodzi czas, kiedy biorca przeszczepu, chory z nawrotem zawału serca, mimo wytworzenia pomostu wieńcowego, odmówi dalszych technicznych manipulacji, ponieważ mogą mu one już niewiele obiecać. Kobieta, która zgadza się na amniocentezę i zapobiegawcze usunięcie płodu z wadą rozwojową, może odmówić sterylizacji.

Egzystencja ludzi i obraz medycyny

Nigdy w długiej swojej historii medycyna jako zawód nie potrzebowała tak bardzo krytycznej samooceny jak współcześnie. Jaki jest zakres medycyny obecnie? Jaka jest jej odpowiedzialność? Co obejmuje obecnie zawód lekarza? Jak będzie się zmieniał w przyszłości? Co to jest myślenie medyczne? Jakie są związki medycyny z kulturą? Jakie ideologiczne przesłanki są podstawą logiki i zachowania lekarza?

Wszędzie społeczeństwa domagają się od lekarzy badań i modyfikacji obrazu medycyny, uczynienia go bardziej odpowiadającym potrzebom ludzkim.

Pragnie się ograniczyć dominację technicyzmu przez hominizację medycyny. Proponuje się receptory w różnych wydaniach: teistycznym lub ateistycznym, egalitarnym lub elitarnym, klasycznym lub współczesnym, naukowym lub literackim, ekonomicznym lub politycznym.

Medycyna jest najbardziej ludzka ze wszystkich rodzajów wiedzy, najbardziej empiryczna ze wszystkich rodzajów sztuki, najbardziej naukowa ze wszystkich nauk humanistycznych, jej treści stanowią wystarczający grunt dla rozwoju własnych medycznych postaw hoministycznych. Krytyki takie jak np. J. B. Moliera, G. B. Shawa, M. Twaina są może i ciekawe, ale nie merytoryczne. Medycyna musi sama wytworzyć metody, treści i postawy hoministyczne, praktykowane w sposób organicznie związany z medycyną.

Czy mogą być dla humanisty bardziej przejmujące problemy ludzkie aniżeli rak, nieuleczalna choroba, ból i samotność w chorobie, choroba i samotność starca, zaburzenia psychiczne, depresja, narkomania, alkoholizm i deprawacja społeczno-ekonomiczna ludzi? Stąd wypływają opinie o etyce eksperymentu, o ryzyku leczenia, o sprawiedliwości w rozdziale świadczeń medycznych, o użytku technologii do celów ludzkich, o korzeniach społecznych i kulturowych chorób.

Wszystkie problemy ludzkiego życia stają się wyraźne w tych laboratoriach egzystencji, które nazywamy szpitalami. Tam jest miejsce nauk humanistycznych, widzianych przez pryzmat konkretnej osoby. Zrozumienie systemu wartości życiowych przychodzi wraz z myślami o wskazaniu metody leczenia. Tam jest miejsce dla dyskusji nad etyką tajemnicy lekarskiej, zgody chorego na badania lub operację, dla wskazania dehumanizacji medycyny – w chwili, gdy pacjent gubi się w zbyt zinstytucjonalizowanym systemie opieki medycznej.

Nota bibliograficzna

1. Adamiak B., Ferensztajn J., Jarosz M., Lasoń T., Szymańska-Świątnicka E., Wołodźko-Makarska L.: *Występowanie i rodzaje psychologicznych problemów lekarzy*. Pol. Tyg. Lek., 1983, 38, 1011.
2. Gibiński K.: *Etyczne aspekty badań biomedycznych u człowieka*. Nauka Polska, 1977, 11, 41.
3. Juszczyk J.: *Esej o medycynie w roku 1983*, Pol. Tyg. Lek., 1983, 38, 1023.
4. Kępiński A.: *Rytm życia*. WL. Kraków, 1973.
5. Kielanowski T.: *Renesans myśli moralnej w medycynie*. Pol. Tyg. Lek., 1983, 38, 1049.
6. Lacroix A., Assal J. P.: *Therapeutic Education of Patients: New approaches to chronic illness*. Editions Vigot, Paryż, 2000.
7. Sokołowska M.: *Granice medycyny*. WP, Warszawa, 1980.
8. Tatoń J.: *Medycyna w USA*, W-wa, PZWL, 1967.
9. Tatoń J.: *Cukrzyca – podręcznik edukacji terapeutycznej*, W-wa, PWN, 2000.

NOWE TERENY ETYKI MEDYCZNEJ

Prof. dr hab. Anna Czech

Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Diabetologii AM w Warszawie

Środowiska medyczne są poddawane ciągle na nowo i często jakże boleśnie nowym próbom etycznym i moralnym. Stwarzają je szczególnie szybkie i głębokie przemiany form i treści życia społecznego, powstawanie w związku z tym nowych, nie zawsze z punktu widzenia etyki pożądaných wartości, celów, sposobów i warunków funkcjonowania nie tylko lekarza i osób pokrewnych zawodów, ale całych orga-

nizacji i instytucji medycznych, całego środowiska medycznego. Obserwacja wydarzeń dookoła nas przynosi wiele przykładów z tego zakresu. Przynoszą one zapotrzebowanie na rozwój nowych działów etyki, które umożliwiłyby pogłębiającą ocenę, refleksję i analizę. Jest to etyka specjalności zawodowych zespołów lekarskich, szpitali, instytucji, organizacji, środowiska i kultury medycznej jako całości. Musi

ona rozwiązywać problemy, których nie przewidział Hipokrates i klasyczna etyka hipokratejska. Z tego względu przydatne może być przedstawienie niektórych przemyśleń dotyczących tego problemu.

Oczekiwania społeczne i bezosobowość współczesnej medycyny

Spółczesność oczekuje od środowiska medycznego, że będzie ono działało na wielu poziomach w sposób i w oparciu o przejrzyste cele i zasady etyczne gwarantujące przede wszystkim maksymalnie jakościowo rozwiniętą opiekę medyczną dla wszystkich. Myli jednak w tym zakresie możliwości i wartości, które z najwyższym poświęceniem realizuje lekarz jako osoba, z charakterem i sposobami działalności organizacji i dużych instytucji medycznych i takich, które nie są pierwotnie medyczne, ale mają wpływ na relacje lekarz – pacjent. Normy etyczne tych organizacji nie zawsze jednak są dostatecznie silnie zobrazowane i przekazywane do społecznej oceny. Rodzi to konflikty typu „cygan ponosi karę, chociaż winien jest kowal”.

Każda kultura oczekuje od lekarza, że będzie on działał na wielu poziomach. Są to:

1. **Poziom technicznej kompetencji** – umacnianie zdrowia oraz rozpoznawanie i leczenie chorób w sposób obiektywny najbardziej sprawny i skuteczny.
2. **Poziom uczuciowy i psychologiczny** – działania i wpływy lekarskie mające na celu zwiększenie subiektywnego poczucia zdrowia, usunięcie lub ograniczenie subiektywnych skutków choroby dla samej osoby chorego i jego najbliższych oraz psychologiczne przystosowanie osób do tych skutków choroby, których medycyna nie może kontrolować na drodze materialnej.
3. **Poziom społeczny** – dostarczanie społeczeństwu racjonalnej krytyki jakości jego zbiorowego życia z punktu widzenia medycyny, ocena problemów zbiorowych i populacyjnych, jak np. zagrożenie środowiskowe, nadużywanie leków, zaburzenia zdrowia wynikające ze społecznej dezorganizacji lub też optymalizacja wykorzystywania środków ekonomicznych dostępnych na cele medyczne.

Byłoby absurdem sądzić, że można przygotować lekarza do wypełnienia wszystkich tych zadań. Kształcąc się we wszystkich kierunkach jednocześnie, utraciłby kompetencje. We współczesnych społeczeństwach przygotowuje się więc lekarzy funkcjonujących tylko na jednym z tych poziomów. Całość osobowych i technicznych świadczeń, jakich oczekuje każdy pacjent, może być wtedy dostarczona przez zespoły lekarzy i innych pracowników ochrony zdrowia.

Skuteczność w spełnianiu oczekiwań ludzi zależy wtedy od sprawnej organizacji, w której ograniczenia każdego z lekarzy, będą uzupełniane przez kompetencje innych.

Instytucjonalizacja wszystkich dziedzin medycyny jest dawno dokonany fakt. W obrębie każdej instytucji jakość pracy zespołu opieki zdrowotnej i społeczny klimat, w jakim się ona dokonuje, decyduje o obliczu instytucji i praktyce medycyny. Współpracują w tym zakresie lekarze, inny biały personel medyczny oraz personel niemedyczny, wspólnie zapewne dążą do świadczenia usług na możliwie najwyższym poziomie.

W warunkach zespołu trudniej jest zapewnić pacjentowi tak ważne subiektywnie, tak istotne dla odbioru medycyny wrażenie stabilnej kompetencji, a więc wytworzyć jego zaufanie, zachować integralność osoby, troszczyć się o nienaruszalność jego indywidualnych wartości osobowych. Sprzyja temu dodatkowo fakt, że różni specjaliści i pracownicy wchodzą w różne rodzaje kontaktów z chorym. Kontakty te mogą być pełne, stałe lub przelotne, wyrywkowe.

Niedostatek norm etyki odnoszącej się do instytucji medycznych

Żaden właściwie z istniejących obecnie kodeksów etyki zawodów leczniczych nie określa w sposób, który wydałby mi się wystarczająco pełny i praktyczny, jak zapewnić tradycyjne prawa medycznej działalności w stosunku do jednostki w sytuacji, kiedy odpowiedzialność ulega rozproszeniu na cały zespół i instytucje. Żaden z zawodów medycznych nie może wytworzyć takiego kodeksu etyki zespołowej samodzielnie. Właściwie potrzebne są tutaj nowe zasady etyczne, które umożliwiłyby stosowanie moralnych i etycznych norm postępowania odnoszących się właśnie do zespołów i które praktycznie chroniłyby indywidualnych pacjentów podlegających opiece całej grupy zawodowej lub dużej instytucji medycznej.

W normalnej odpowiedzialności instytucji wobec chorego musi uczestniczyć personel niemedyczny, ponieważ tworzy on warunki dla pracy bezpośrednio leczniczej. Tak więc najbardziej delikatną część odpowiedzialności indywidualnego lekarza, to jest opiekę nad dobrem pacjenta, deleguje się do pracowników spoza kręgu medycyny; staje się ona bardziej złożona, trudniejsza do obserwacji i ocen.

We współczesnych szpitalach i to niezależnie, gdzie one się znajdują i jak są obiektywnie bogate cierpi się na obsesję bezwzględności lub względności niedostatku środków i lęk odnośnie ludzkich celów ich działań. Instytucje te są często w społecznym odczuciu podejrzane; uważa się, że mogą łatwiej alienować się od celów ludzkich, aniżeli jednostki, jak tradycyjny, tak łatwo widoczny i zrozumiały dla pacjentów indywidualny lekarz.

Szpital już przez sam fakt swego istnienia deklaruje, że udziela chorym opieki medycznej na najwyższym możli-

wym poziomie, wykorzystując do tego celu publiczne źródła utrzymania. Szpital deklaruje również, że jest dostępny dla wszystkich w sposób równy i demokratyczny, że nie będzie korzystał z sytuacji ograniczających jego pacjentów, oraz że interes szpitala jako instytucji jest spolegliwy i jest interesem człowieka i służby społecznej.

Wynika stąd, np. że szpital musi mieć dobrze utrwalone programy i kompetencje, działać tylko dla dobra pacjenta, stosować się do zasady *primum non nocere*, strzec tajemnicy lekarskiej, a więc traktować chorych uczciwie, troskliwie, z pełnym uznawaniem ich ludzkich wartości i oczekiwań. Te obowiązki z kolei szpital jako instytucja rozdziela na swoje działy, jednostki organizacyjne i w końcu zawsze na indywidualnych lekarzy, którzy w nim pracują, a także na pozostały szpitalny personel. Występuje wtedy lekarz o zbiorowym charakterze, który w istocie ma taką samą etyczną i moralną odpowiedzialność wobec pacjenta, jak dawniej lekarz indywidualny, powiększoną jednak o nowe składniki.

Lekarz w warunkach zespołu musi przyjmować nowe postawy. Od wieków był on jedyną i autorytatywną postacią w opiece nad pacjentem. Podtrzymywała go tradycyjna etyka. W warunkach przypadków nagłych jest on dalej w tej dominującej pozycji niezagrożony także w szpitalu, ponieważ jest najlepiej wykształcony i przygotowany do wydawania szybkich decyzji w sytuacjach wątpliwych. Nie jest on jednak tak dobrze etycznie przygotowany do negocjacji, analiz, kompromisów, które stanowią przeciwieństwo podstawy większości wysiłków grupowych w sytuacjach zwykłych. Konieczne staje się wprowadzenie nowego stylu pracy klinicznej, który lekarz przygotowany do pracy w sposób tradycyjny akceptuje niekiedy z trudnością. A jednak jest to konieczne, jeśli pacjent ma odnieść lepszy pożytek ze współczesnych możliwości technologicznych i organizacyjnych opieki zdrowotnej.

Wewnątrz szpitala istnieje ostry podział ról. Jakościowo inne role przypadają administracji, obsłudze technicznej, a inne lekarzom i pielęgniarkom. Priorytet moralnej odpowiedzialności należy przyznać osobom, które bezpośrednio pracują z chorym, inne grupy pracownicze są nią jednak równie obciążone, winny sprawnie służyć w sposób godny pełnego

zaufania i stwarzać niezawodne warunki do pełnego powołania pracy zespołu medycznego. Odpowiedzialność moralna i prawna obciąża więc absolutnie wszystkich; szpital jest obecnie mechanizmem bardzo uzależniającym organizacyjnie i merytorycznie wszystkie jednostki i grupy pracownicze

Potrzeba nowych przemysłów etycznych

Etyka instytucji i zespołów medycznych jest względnie nową dziedziną, wykazuje dużo luk i zadaje wiele pytań, na które brak ciągle odpowiedzi: np. jak kształtuje się odpowiedzialność szpitala wobec całej społeczności? Jak podzielić odpowiedzialność między różnych lekarzy, np. klinicystów i pracowników laboratoryjnych, personel średni, administrację, obsługę techniczną itd.? Jak dokonywać moralnej oceny pracy zespołowej? Jak rozwiązywać konflikt wartości i zasad wśród jednostek tworzących zespół i instytucję? Czy szpital winien deklorować i to do jakiego stopnia jakiś specyficzny system wartości? Jak uzgadniać w zespole prawne i etyczne wartości decyzji instytucjonalnych? Etyka ma wyprzedzać prawo – czy może szpital zajmować stanowisko etyczne w przypadkach, kiedy nie ma jeszcze regulacji prawnej? Jakie są istotne bliższe i dalsze cele szpitala.

Szpital, zespoły, zorganizowana, wielostopniowa opieka nad chorym, indywidualnym człowiekiem jest zbyt skomplikowana, aby bez trudu przekonać ludzi o moralności swoich celów i perspektyw. Instytucje muszą się więcej starać, aby to udowodnić i pokazać społecznościom i jednostkom swoje hipokratesowskie oblicze. Intensyfikacja naszego szpitalnego życia zależy od odrodzenia w nowych technologicznych i organizacyjnych warunkach sensu ogólnych celów moralnych, ponad zawsze możliwe samolubne interesy, ponad walkę o przetrwanie różnych instytucji, zespołów i grup. O metodach tego ruchu i jego skuteczności winny mówić zarówno nowe kodeksy etyczne, jak i ustawa o ochronie zdrowia; winny decydować zarówno przedstawicielskie instancje zawodu lekarskiego, jak i towarzystwa i opinia o społecznym charakterze.

Nota bibliograficzna

1. Fried Ch.: *Rights and Health Care – Beyond Equity and Efficiency*, New Eng. J. Med., 1975, 293, 242.
2. Illich J. D.: *Medical Nemesis, The Expropriation of Health*, N. York, Pantheon, 1975.
3. Juszczak J.: *Esej o medycynie pisany w roku 1983*. Pol. Tyg. Lek., 1983, 38, 1023.
4. Kantrowitz A.: *Controlling Technology Democratically*, American Scientist, 1975, 63, 505.
5. Müldner-Nieckowski P.: *Nowa deontologia lekarska?* Pol. Tyg. Lek., 1983, 38, 1055.
6. Pellegrino E. D.: *Hospitals as Moral Agents*, w „*Humanism and Medicine*”, Pellegrino E. D., The University of Tennessee Press, Knoxville, 1979.
7. WHO: *The World Health Report 1998 – Life in the 21 century. A vision for all*. Office of world Health Reporting, WHO, Geneva, 1998.

Z SENATU

Mgr Ewa Kępska

Na posiedzeniu Senatu, które odbyło się 25 lutego omówiono następujące sprawy:

1.

Sprawozdanie z działalności Komisji Statutowej w roku 2001

Prof. B. Szczygieł – Przewodniczący Komisji Statutowej przedstawił sprawozdanie z działalności Komisji Statutowej w roku 2001 oraz propozycje zmian w statucie w związku z:

1. Przekształceniem Oddziału Kształcenia Podyplomowego w Wydział Kształcenia Podyplomowego.

2. Ustaleniem mechanizmu uzupełnienia składu organów kolegialnych przez studentów w przypadku wygaśnięcia mandatu wybranej osoby, a także propozycje zmian w „Regulaminie wyborów” stanowiącym załącznik nr 9 do statutu.

Najważniejszą istotą tych zmian jest wprowadzenie zapisu mówiącego, że w przypadku wygaśnięcia mandatu członka organu kolegialnego przed upływem kadencji, w przypadku pracowników Uczelni przeprowadza się wybory uzupełniające, a w przypadku studentów mandat przekazuje się osobie z rezerwowej listy kandydatów. Tworzy się więc listę rezerwową, która umożliwi uzupełnienie składu senatu oraz rady wydziału w przypadku wygaśnięcia mandatu.

2.

Stawki za godziny ponadwymiarowe

Prof. L. Pączek poinformował, iż w związku z wejściem w życie Rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 26.09.2001r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników uczelni państwowych (Dz.U. nr 107, poz. 1182) zmianie ulegają stawki za godziny ponadwymiarowe.

W związku z powyższym proponuje się następujące zmiany w tym zakresie:

1. profesor zwyczajny, profesor nadzwyczajny posiadający tytuł naukowy – 49 zł,

2. profesor nadzwyczajny posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego lub doktora, adiunkt posiadający stopień naukowy doktora habilitowanego – 37 zł,

3. adiunkt posiadający stopień naukowy doktora, starszy wykładowca – 31 zł,

4. asystent, wykładowca, lektor, instruktor – 25 zł.

3

Zmiany w Regulaminie działania Komisji Bioetycznej

Prof. A. Członkowski referując zagadnienie poinformował, iż do chwili obecnej Komisja Bioetyczna działająca w naszej Uczelni rozpatrywała także wnioski składane przez pracowników i jednostki organizacyjne AM, realizacja których odbywała się na podstawie umów złożonych w Dziale Nauki. Koszty związane z realizacją badań wyliczone przez ten dział były podstawą do odprowadzenia na konto Uczelni środków finansowych w postaci narzutu. Wnioski dotyczące badań wykonywanych w ramach prac własnych, działalności statutowej oraz grantów rozpatrywane były bez pobierania opłat.

W chwili obecnej doszło do sytuacji, w której dyrektorzy szpitali domagają się opłat z tytułu prowadzenia badań na ich terenie. Pojawiają się przypadki, w których pracownicy AM występują o zwolnienie ich z obowiązku zawarcia umowy z Uczelnią, w zamian za to zobowiązują się do uiszczenia opłaty, która wynosi od 4 000 zł do 6 000 zł + VAT, za rozpatrzenie przez Komisję Bioetyczną wniosku. Dalsze rozliczenia i umowa realizowane są w tym wypadku ze szpitalem, bez udziału Uczelni. Przy obecnych rozwiązaniach prawnych zawartych w Zarządzeniu Rektora nr 23 z 15 listopada 1999 r. taka możliwość nie istnieje.

Niektóre osoby zwracały się więc do innej komisji, albo dochodziło do sytuacji, w której badanie było prowadzone, czasami zostało zakończone, a później okazywało się, że umowa nie została w ogóle zawarta, pomimo że podmiot był do tego zobligowany.

Proponowana zmiana zarządzenia polega na skreśleniu w §3 ust. 6 i 7, mówiący o wnioskach, realizacja których odbywała się na podstawie umów zawartych w Dziale Nauki.

Pociąga to za sobą fakt, iż wszystkie wnioski są płatne – poza wymienionymi w §3 ust. 5 – czyli wnioski dotyczące badań wykonywanych w ramach prac własnych, działalności statutowej oraz grantów, które zwolnione są z opłat na podstawie oświadczenia kierownika kliniki lub zakładu. Należy dodać, że narzuty AM są w stosunku do prac niewielkie i w gruncie rzeczy koszty, jakie Uczelnia ponosiła opracowując te wszystkie procedury były znacznie wyższe.

Po wejściu w życie proponowanych zmian sponsor wniesie opłatę do Komisji Bioetycznej za rozpatrzenie wniosku, później zadecyduje, czy zawrzeć umowę z Uczelnią, czy ze szpitalem na, terenie którego badanie będzie przeprowadzane.

Dyr. J. Żbikowski poinformował, iż w umowach AM ze szpitalami klinicznymi i miejskimi sprawa ta została rozwiązana. Wszyscy dyrektorzy poza jednym na dzień dzisiejszy je podpisali. W myśl umów AM zobowiązana jest do poinformowania dyrektora szpitala, że takie badanie będzie miało miejsce na jego terenie. Natomiast jeżeli badanie pociąga za sobą koszty dla szpitala, Uczelnia powinna je zrefundować. Na dzień dzisiejszy żaden szpital nie próbował i tym samym nie wykazał, że ponosił jakiegokolwiek koszty z tytułu działalności naukowej.

Prof. J. Tatoń zauważył, że w przypadku badań wieloosrodkowych, międzynarodowych badacz otrzymuje wzór umowy z zagranicy. Inne ośrodki je akceptują, a w naszej Uczelni są z tym kłopoty i co za tym idzie opóźnienia powodują w efekcie odpływ prac z AM.

Kwestor AM stwierdziła, iż największą przeszkodą są nie sprawy finansowe, ale kwestie prawne, a głównie ubezpieczenie tych badań. Zdaniem Pani Kwestor są one rozwiązywane coraz sprawniej. Ponadto można zaobserwować, iż na terenie Uczelni realizowanych jest ilościowo tyle samo badań, co w latach poprzednich, natomiast są to badania o coraz niższym budżecie. Oznacza to, że koszty pośrednie naliczane przez AM i zyski są coraz niższe.

W sytuacji gdy w każdym przypadku, poza wymienionymi w §3 ust. 5 żądać będziemy opłaty za rozpatrzenie wniosku, wówczas wykonawca, któremu zależało będzie na nazwie AM zawrze umowę z Uczelnią, natomiast w przeciwnym wypadku jedynie uiszczy opłatę Komisji Bioetycznej, bez zawierania umowy.

Senat przyjął zmiany zaproponowane przez Prof. A. Członkowskiego. Jednocześnie ustalono, iż rozwiązanie to obowiązywało będzie do końca roku kalendarzowego. Po upływie tego okresu Senat zweryfikuje jego funkcjonowanie w praktyce.

Zdecydowano też o dodaniu do §3 ust. 5 prac doktorskich i habilitacyjnych jako zwolnionych z opłat.

4. Studia doktoranckie

Prof. M. Łuczak wystąpił z wnioskiem o zaakceptowanie następujących zmian w Regulaminie Organizacyjnym Studiów Doktoranckich w Akademii Medycznej w Warszawie:

- rozwiązanie, zgodnie z którym przyjęto by możliwość zastąpienia jednego etatu dwoma miejscami na studiach doktoranckich, co nie spowoduje likwidacji tego etatu, ale jego zatrzymanie na okres studiów doktoranckich,
- zastąpienie nazw Minister Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Minister Edukacji Narodowej odpowiednio Minister Zdrowia oraz Minister Edukacji Narodowej i Sportu,

- w §25 przyjęcie, iż osoba skreślona z listy uczestników studiów doktoranckich po trzecim semestrze i później zobowiązana jest do zwrotu całej kwoty pobranego stypendium /rezygnacja z kontynuowania studiów w czasie I roku studiów nie pociąga za sobą obowiązku zwrotu kosztów/,
- zniesienie w specjalnościach klinicznych zapisu zobowiązującego do uzyskania I^o specjalizacji w specjalności będącej przedmiotem studiów, a wprowadzenie zapisu zobowiązującego do otwarcia specjalizacji,
- doktorant może zostać oddelegowany przez swojego promotora za zgodą Prorektora do wykonywania studiów doktoranckich na okres kilku miesięcy, np. do innego ośrodka w ramach współpracy naukowej; podobnie doktorant może odbywać szkolenie zagraniczne, ale z wyłączeniem słuchaczy pierwszego roku
- z dniem 1 października pensum dydaktyczne studentów studiów doktoranckich wynosiłoby 90 godzin na I roku i 120 godzin w latach następnych.

Przedstawiciel Samorządu Studentów W. Chłudziński zwrócił uwagę na fakt, iż doktorant rezygnujący ze studiów doktoranckich po 3-cim semestrze ponosi finansową odpowiedzialność w postaci zwrotu całej kwoty pobranego stypendium. Pieniądze te są niejako wynagrodzeniem z tytułu realizowanej na rzecz Uczelni pracy. **W. Chłudziński** zadał pytanie, jaką część tych kosztów należy zwrócić.

Odpowiadając **Prof. M. Łuczak** wskazał na zapis w Regulaminie Organizacyjnym Studiów Doktoranckich w Akademii Medycznej w Warszawie, w myśl którego w specjalnych sytuacjach, niezawinionych i niezależnych od studenta Rektor może obniżyć tę kwotę, albo zwolnić doktoranta z obowiązku zwrotu pobranego stypendium.

Prof. L. Marianowski zwrócił uwagę na zapis §2 ust. 2 mówiący o podziale liczby miejsc pomiędzy poszczególne wydziały, który następuje proporcjonalnie do liczby profesorów i doktorów habilitowanych będących członkami danej rady wydziału. Pan Profesor zadał pytanie o sposób interpretowania tego przepisu w stosunku do Wydziału Nauki o Zdrowiu.

Prof. M. Łuczak stwierdził, iż WNoZ jest wydziałem dynamicznie rozwijającym się i w przyszłości będzie to brane pod uwagę przy podziale liczby miejsc pomiędzy wydziały.

JM Rektor zaproponował przyjęcie zapisu, zgodnie z którym liczbę miejsc ustala Senat biorąc pod uwagę potrzeby poszczególnych wydziałów oraz liczbę samodzielnych pracowników nauki.

Zebrani zdecydowali o przyjęciu zaproponowanych zmian w Regulaminie Organizacyjnym Studiów Doktoranckich w Akademii Medycznej w Warszawie.

5.

Utworzenie Kliniki Neonatologii w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii

Prof. W. Gliński poinformował, iż wniosek Prof. K. Czajkowskiego w sprawie utworzenia Kliniki Neonatologii w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii został pozytywnie rozpatrzony przez Radę I WL. W jednostce tej zatrudniona jest Prof. B. Kornacka – wysokiej klasy specjalista w dziedzinie neonatologii. Placówka ta prowadzi bardzo aktywną działalność i istnieją wszelkie wskazania ku temu, by tę dziedzinę pediatrii rozwijać.

Pan Dziekan zaproponował, by jednostka ta została utworzona z dniem 1.10.2002r.

Senat pozytywnie zaopiniował utworzenie Kliniki Neonatologii w II Katedrze i Klinice Położnictwa i Ginekologii.

6.

Utworzenie na Wydziale Farmaceutycznym Oddziału Analityki Medycznej. Uruchomienie studiów licencjackich na kierunku: analityka medyczna

Prof. J. Pachecka wystąpił z wnioskiem o wyrażenie zgody na uruchomienie na Wydziale Farmaceutycznym Oddziału Analityki Medycznej, który będzie realizował studia licencjackie w zakresie analityki medycznej. Oddział ten zostałby utworzony w oparciu o bazę AM oraz bazę studium medycznego przy ul. Grenadierów. Planuje się przeprowadzenie naboru na studia w lipcu i rozpoczęcie kształcenia w specjalności analityka medyczna z dniem 1.10.2002r. Dla absolwentów szkół średnich będą to studia dzienne oraz studia wieczorowe dla absolwentów studium medycznego, którzy dotychczas uzyskali tytuł technika analityki medycznej. Obowiązkiem AM jest zapewnienie części absolwentów studiów licencjackich możliwości kontynuowania kształcenia na poziomie studiów magisterskich. Wydział Farmaceutyczny taką możliwość posiada. Wniosek ten uzyskał poparcie Kolegium Rektorskiego w dniu 18.02.2002r.

Dr H. Rebandel przedstawił zasady naboru na specjalności – analityka medyczna, techniki dentystyczne i elektroradiologia, które zostaną wprowadzone do uchwały o zasadach rekrutacji.

Senat poparł wniosek o utworzenie na Wydziale Farmaceutycznym Oddziału Analityki Medycznej oraz uruchomienie studiów licencjackich na kierunku: analityka medyczna oraz zaakceptował zaproponowane przez dr H. Rebandla zasady rekrutacji na specjalności analityka medyczna, techniki dentystyczne i elektroradiologia.

7.

Komunikaty i wolne wnioski.

1/ Prof. L. Królicki przedstawił projekt zorganizowania na terenie CSK i Zakładu Medycyny Nuklearnej pierwszego w naszym regionie ośrodka Pozytronowej Tomografii Emisyjnej.

W początkowej jego wersji istniał plan utworzenia międzyuczelnianego ośrodka wspólnie z Uniwersytetem Warszawskim. Z uwagi na fakt, iż projekt ten będzie realizowany przez Ministerstwo Zdrowia takie rozwiązanie nie jest możliwe, bowiem środki finansowe przeznaczone są przede wszystkim na badania kliniczne, udział nauki w tym przedsięwzięciu będzie ograniczony do części mniejszej niż 50%. To spowodowało wycofanie się AM z planów wstępnych. W celu umieszczenia całości aparatury na terenie Zakładu Medycyny Nuklearnej niebawem rozpocznie się prace remontowe, polegające na rozbudowie zajmowanych pomieszczeń.

Ponadto z prawnego punktu widzenia właścicielem całości przedsięwzięcia powinna być jedna osoba prawna.

Pan Profesor omówił szczegóły techniczne, założenia, genezę, przewidywane koszty projektu, wykorzystanie urządzenia oraz argumenty przemawiające za podjęciem tego przedsięwzięcia.

Współpraca z Uniwersytetem Warszawskim i ewentualnie z Politechniką, PAN powinna mieć miejsce w ramach projektów naukowych przygotowywanych wspólnie i finansowanych przez KBN. Ponadto nie można wykluczyć współpracy na zasadzie pomocy w obsłudze itp.

JM Rektor poinformował o podpisaniu listu intencyjnego o możliwości ewentualnego podjęcia tego zagadnienia wspólnie z Rektorem Uniwersytetu Warszawskiego.

Zdaniem Pana Rektora należy dokładnie i precyzyjnie opracować kierunki działania w tym zakresie. Podpisanie listu intencyjnego odbyło się w obecności przedstawiciela Ministra Zdrowia, który zadeklarował sfinansowanie dużej części tego zamierzenia. Przedsięwzięcie stwarza ogromne możliwości naukowe i diagnostyczne dla CSK i wszystkich szpitali AM. Obecnie daje się zauważyć niezwykle aktywność wszystkich uczelni, które mają szansę nawiązania w tym zakresie współpracy z naszą Uczelnią. Jest to związane z bardzo drastycznym ograniczeniem środków na naukę. Na dzień dzisiejszy zgłosiły się dwa wydziały Politechniki Warszawskiej – Wydział Fizyki i Wydział Elektroniki, które zadeklarowały chęć nawiązania z Uczelnią współpracy. Po wstępnej rozmowie ustalono, iż przedłożą one precyzyjne programy w tym zakresie.

Uczelnia powinna wyrazić opinię na ten temat z zastrzeżeniem, iż nie wnosi żadnego wkładu finansowego. Ponadto pozostaje sprawa uregulowania współpracy ze szpitalem klinicznym. Urządzenie powinno być własnością AM, która ewentualnie użyczy je szpitalowi.

Prof. L. Królicki stwierdził, iż kwestia relacji w tym zakresie ze szpitalem powinna zostać niezwłocznie rozstrzygnięta, ponieważ finansowanie projektu może rozpocząć się natychmiast po uzyskaniu przez MZ budżetu. Pełny projekt realizacji tego przedsięwzięcia przedłożony zostanie w najbliższych dniach na ręce Pana Rektora, a następnie w pierwszych dniach marca przesłany do MZ.

JM Rektor podkreślił konieczność otwarcia na współpracę w ramach tego projektu dla całego środowiska nauki Warszawy i Polski.

Na pytanie Prof. A. Członkowskiego o koszty eksploatacji i konserwacji tego urządzenia **Prof. L. Królicki** odpowiedział, iż pełny koszty inwestycji przewidywany jest na poziomie od 5 do 6 mln dolarów. Po to by aparat sam się utrzymał, należy wykonać co najmniej 2 000 badań rocznie, a koszt jednego badania to kwota 900 dolarów. Jedno badanie trwa około 30-40 minut.

Ministerstwo Zdrowia zdając sobie sprawę z kosztów utrzymania tej aparatury zapewni środki na wykonywanie badań w ramach procedury wysokospecjalistycznej przynajmniej przez pierwsze lata, a później prawdopodobnie nastąpi przekazanie tej sprawy do ewentualnie utworzonego w miejsce kas chorych Funduszu Ochrony Zdrowia.

Senat jednogłośnie wyraził swą aprobatę do prowadzenia dalszych rozmów w tej sprawie.

2/ Prof. M. Szostek poinformował o piśmie Prof. Staszkiwicza –Dyrektora CMKP skierowanym na ręce JM Rektora w sprawie przeniesienia Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mieszczącej się w chwili obecnej w szpitalu przy ul. Goszczyńskiego do szpitala im. Prof. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej. Organem założycielskim tego szpitala jest od niedawna Akademia Medyczna w Warszawie. Szpital przy ul. Goszczyńskiego nie zamierza przedłużyć umowy z kliniką. Z kolei w szpitalu przy ul. Czerniakowskiej ma miejsce pewna reorganizacja. Klinika Urologiczna mogłaby stanowić bazę, umożliwiającą przeniesienie Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii. Jak wynika z uzyskanych informacji Dyrektor szpitala im. Prof. Orłowskiego wyraża zgodę na przeniesienie jednostki, a Kolegium Rektorskie wyraziło wstępną akceptację w tej sprawie.

Senat poparł wniosek Prof. M. Szostka w sprawie umieszczenia Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii mającej swoją siedzibę w Szpitalu Sióstr Elżbietanek przy ul. Goszczyńskiego 1 w szpitalu im. Prof. Orłowskiego przy ul. Czerniakowskiej 231.

3/ JM Rektor poinformował o Konferencji Rektorów Akademii Medycznych, która odbyła się w Gdańsku i poświęcona była głównie kwestiom podziału funduszy przeznaczonych na dydaktykę. Środki te nie są zdecydowanie wyższe od ubiegłorocznych, chociaż MZ przewiduje ich wzrost, ale na dzień dzisiejszy nie jest w stanie precyzyjnie

określić kwoty. Nasza Uczelnia pod tym względem jest w dobrej sytuacji, z uwagi na fakt, iż uwzględnione zostały podjęte przez AM nowe obowiązki w postaci kształcenia studentów na nowych kierunkach. Nie jest to jednak związane z proporcjonalnym zwiększeniem puli środków z MZ. Na chwilę obecną są one ciągle niewystarczające.

JM Rektor wyraził przypuszczenie, iż przy zrealizowaniu niektórych założeń, istnieje możliwość zakończenia bieżącego roku z finansowego punktu widzenia dużo lepiej, niż to było w przypadku roku poprzedniego.

Uczelnia otrzyma dodatkowe środki przeznaczone na realizację szkolenia podyplomowego, które w tym roku po raz pierwszy trafiają do uczelni medycznych. Jest to kwota około 15 mln zł. Zdaniem **JM Rektora** należy zaproponować taki jej podział, by uwzględniona została liczba ludności makroregionu, z jakim związana jest dana uczelnia. Zakłada się, że jeżeli chodzi o naszą Uczelnię, to powinna być to kwota ponad 3 mln zł. Środki te zostaną bezpośrednio przekazane do Wydziału Kształcenia Podyplomowego na realizację jego zadań. **JM Rektor** przypomniał, iż w związku z tym należy podjąć działania w kierunku powołania Rady Wydziału Kształcenia Podyplomowego i jego władz. Środki na kształcenie podyplomowe dotyczą tego roku kalendarzowego. **JM Rektor** zaapelował do dziekanów o przyspieszenie działań w kierunku oddelegowania osób o wysokich kwalifikacjach do pracy we władzach tego wydziału.

Podkreślił, iż w obecnej sytuacji należy skoncentrować się przede wszystkim na pozyskiwaniu nowych studentów.

Istnieje szereg niebezpieczeństw dla uczelni medycznych w sytuacji, gdy otrzymają one środki poniżej pułapu zabezpieczającego ich normalne funkcjonowanie. Jednym z nich jest widmo zwalniania pracowników. Inne zagrożenia dotyczą też szpitali klinicznych i utraty przez nie płynności finansowej. Przedstawia się propozycje pewnych rozwiązań pozwalających na uniknięcie tych niebezpieczeństw, ale ich wdrożenie zależy od decyzji najwyższego szczebla.

Konferencja Rektorów Akademii Medycznych w sposób zdecydowany podjętą uchwałą poparła obecną politykę resortu zdrowia. Uchwała ta została przesłana do Ministra Zdrowia oraz Premiera.

Podczas obrad KRAM-u miało miejsce w Gdańsku także zgromadzenie przedstawicieli samorządów studentów wszystkich 11 uczelni medycznych przeprowadzone w formie wiecu zorganizowanego na terenie uczelni gdańskiej. Ponadto przedstawiciele samorządów studenckich pięciu uczelni wzięli udział w obradach KRAM i zaprezentowali argumenty za odsunięciem w czasie lekarskiego egzaminu państwowego, ponieważ nie jest on, zdaniem studentów, właściwie przygotowany.

Uczestnicy konferencji podjętą uchwałą jednoznacznie poparli postulaty studentów w tym zakresie, z prośbą by kolejna modyfikacja ustawy o zawodzie lekarza nie określała roku wprowadzenia tego egzaminu. Zdaniem **JM Rektora** w ustawie powinien znaleźć się też zapis, który przekazałoby Ministrowi Zdrowia uprawnienie do wskazania terminu wprowadzenia egzaminu.

Dr H. Rebandel poruszył sprawę przyjmowania do AM studentów wyrażających wolę przeniesienia się z innych uczelni medycznych. W ubiegłym roku nasza Uczelnia zmuszona była z finansowych powodów wydawać decyzje negatywne w tej kwestii. Pan Doktor zapytał, w jaki sposób będą w tym roku załatwiane te sprawy?

JM Rektor odpowiedział, iż w algorytmie przedstawionym podczas posiedzenia KRAM współczynnik studentów przeniesionych z innych uczelni medycznych wynosi 0,5%. Nie jest to więc korzystne dla AM z finansowego punktu widzenia, dlatego też zdaniem **JM Rektora** należy podjąć w tym roku analogiczną decyzję. Nie można wykluczyć, iż w przyszłości, gdy współczynnik wzrośnie, Uczelnia odstąpi od niej.

Dr hab. P. Małkowski zadał pytanie, czy podczas obrad KRAM poruszana była kwestia tworzenia nowych kierunków studiów licencjackich.

JM Rektor odpowiedział, iż leży to w kompetencji Państwowej Rady Akredytacyjnej. Grono Rektorów popiera te koncepcję i będzie wnioskowało w tej sprawie.

Na uwagę **Prof. H. Wanyury**, iż lekarski egzamin państwowy jest wymogiem europejskim **JM Rektor** podkreślił konieczność przede wszystkim jego prawidłowego przygotowania. W tym celu zdaniem **JM Rektora** należy odłożyć jego wprowadzenie o 5-6 lat, tak by istniała możliwość przygotowania odpowiednich programów kształcenia w tym kierunku i objęcia nimi studentów, którzy rozpoczynają studia medyczne. Powinni oni mieć świadomość konieczności zdania takiego egzaminu.

ZAJĘCIA PRAKTYCZNE STUDENTEK WYDZIAŁU NAUKI O ZDROWIU ODDZIAŁU PIELĘGNIARSTWA AKADEMII MEDYCZNEJ W WARSZAWIE

mgr Halina Cieślak – Wydział Nauki o Zdrowiu

37 studentek I roku studiów licencjackich Oddziału Pielęgniarstwa odbyło po II semestrze zajęcia praktyczne w placówkach ochrony zdrowia.

Głównym celem zajęć było kształtowanie wybranych grup umiejętności w warunkach pracy oddziału szpitalnego, w środowisku ludzi dorosłych, w starszym wieku i młodzieży gimnazjalnej. Zajęcia trwały 6 tygodni; obejmowały 240 godz. dydaktycznych w wybranych placówkach szkoleniowych w okresie kwiecień – maj 2001 r. W każdym odcinku szkoleniowym zajęcia praktyczne odbywało 13 studentek. Wybranymi placówkami ochrony zdrowia były: oddział wewnętrzny szpitala im. Dzieciątka Jezus, Dom Pomocy Społecznej dla pracowników służby zdrowia oraz 6 szkół gimnazjalnych.

Odbiorcami usług pielęgniarstwa byli: dziecko zdrowe, dorosły zdrowy w starszym wieku, dorosły chory w oddziale szpitalnym.

Zajęcia praktyczne odbyły się pod bezpośrednim kierunkiem mgr pielęgniarstwa i zespołów terapeutycznych wybranych placówek ochrony zdrowia.

Grupa nauczycieli akademickich po wcześniejszym poznaniu w/w placówek przygotowała szczegółowy plan zajęć praktycznych, który zawierał:

– zadania zawodowe, ze ściśle określonym czasem realizacji,

– umiejętności wynikające z wykonania zadania zawodowego,
– metody i środki dydaktyczne,
– metody oceny i kontroli.

W celu zbadania poziomu osiągnięcia kształtowanych umiejętności zawodowych przez studentkę podczas odbywania zajęć przygotowano „Indywidualną Kartę Studenta” z wykazem umiejętności do zaliczenia w danej placówce.

Skupiono się na tych umiejętnościach, których proces doskonalenia realizowano w I i II semestrze podczas zajęć teoretycznych i ćwiczeń, w ramach realizacji przedmiotów:

– podstawy pielęgniarstwa,
– psychologia,
– pedagogika.

Szczególne uwagę zwrócono na te umiejętności, w których istotną rolę pełniły elementy z zakresu:

– komunikowania się z podopiecznym i zespołem terapeutycznym,
– gromadzenia i analizy danych,
– rozpoznania i planowania działań pielęgnacyjnych,

– planowania działań wspierających zdrowie i realizacji ich u podopiecznego w różnym przedziale wiekowym.

Karta „A”

Przedstawia wykaz osiągniętego poziomu umiejętności przez studentki I roku Oddziału Pielęgniarstwa w szkole gimnazjalnej, gdzie odbiorcą usług pielęgniarstwa była młodzież w wieku 12-15 lat.

Celem ogólnym zajęć praktycznych w gimnazjum było:

- poznanie zadań pielęgniarki szkolnej w nowym systemie organizacji ochrony zdrowia,
- komunikowanie się z uczniami,
- realizowanie działań wynikających z funkcji zawodowych pielęgniarki, tj.: opiekuńczej, wychowawczej, profilaktycznej, promującej zdrowie i terapeutycznej.

W „Indywidualnej Karcie Studenta” wyszczególniono 10 umiejętności praktycznych.

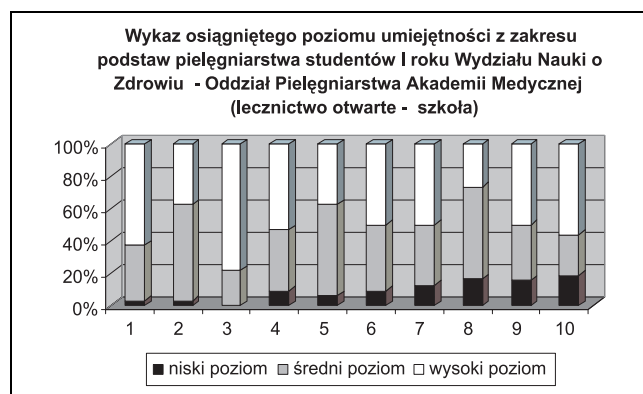
Każdą przedstawioną umiejętność studentka mogła zaliczyć w skali od 1 do 5.

Skalę przyporządkowano poziomom:

- przedział wartości 1-2 oznacza poziom niski,
- przedział wartości 3-4 oznacza poziom średni,
- wartość 5 – oznacza poziom wysoki.

Analiza zgromadzonego materiału została zrealizowana dzięki zastosowaniu pakietu Microsoft Office 2000

Karta „A”



Źródło – badania własne

1. Znajomość zadań pielęgniarki szkolnej w obecnym systemie organizacyjnym ochrony zdrowia
2. Omawianie dokumentacji ucznia prowadzonej przez pielęgniarkę szkolną.
3. Nawiązywanie kontaktu słownego z uczniem w danej placówce.
4. Określanie czynników zagrożenia zdrowia występujących w szkole.

5. Gromadzenie danych o uczniu.
6. Wykonywanie wybranych badań przesiewowych u uczniów.
7. Udzielanie pierwszej pomocy uczniom.
8. Wykonywanie określonych szczepień ochronnych uczniów, wg obowiązującego kalendarza szczepień na 2001 rok.
9. Zachęcanie do działań na rzecz wzmocnienia zdrowia.
10. Opracowanie planu i przeprowadzenie zajęć z zakresu wzmocnienia zdrowia.

Z zestawienia danych wynika, że studentki najlepiej (wartość 5) potrafiły:

- nawiązać kontakt słowny z uczniem,
- przedstawić zadania pielęgniarki szkolnej w nowym systemie organizacyjnym ochrony zdrowia (reformy ochrony zdrowia 1999 r.),
- opracować plan i przeprowadzić zajęcia z zakresu wzmocnienia zdrowia,
- określić czynniki zagrożenia zdrowia występujące w szkole.

Średni poziom umiejętności (przedział wartości 3-4) studentki osiągnęły w zakresie:

- wykonywania określonych szczepień ochronnych wg kalendarza na 2001 r., niektórych badań przesiewowych i udzielania I pomocy,
- charakteryzowania dokumentów ucznia prowadzonych przez pielęgniarkę,
- zbierania informacji o uczniu.

W grupie umiejętności oznaczonych cyfrą 7, 8, 9, 10 osiągnięty poziom umiejętności jest dość zróżnicowany. Pojawiają się pierwsze trudności; średnio 5-6 studentek miało problemy w zaliczeniu tej umiejętności na wyższym poziomie. Myślę, że jest to spowodowane nieugruntowaną wiedzą z zajęć teoretycznych i ćwiczeń z zakresu podstaw pielęgniarstwa, psychologii i pedagogiki. Obniżona frekwencja 6 studentek na ww. zajęciach potwierdza powyższe przypuszczenie.

Karta „B”

Celem pobytu studenta w Domu Pomocy Społecznej było:

- objęcie opieką człowieka starszego zdrowego oraz ocena jego stanu biologicznego, psychicznego i społecznego,
- komunikowanie się z człowiekiem starszym zdrowym,
- ustalenie problemów pielęgniarstwa, opracowanie pisemnej charakterystyki osoby starszej zdrowej.

W „Indywidualnej Karcie Studenta” uwzględniono umiejętności charakterystyczne dla wymienionych odbiorców usług pielęgniarstwa. Kolejność umiejętności ustalono tak,

aby postawa studenta stawała się coraz bardziej poszukująca. Przed przystąpieniem do kształtowania tych umiejętności pracownik dydaktyczny dokonywał ewaluacji doświadczeń zdobytych podczas zajęć teoretycznych.

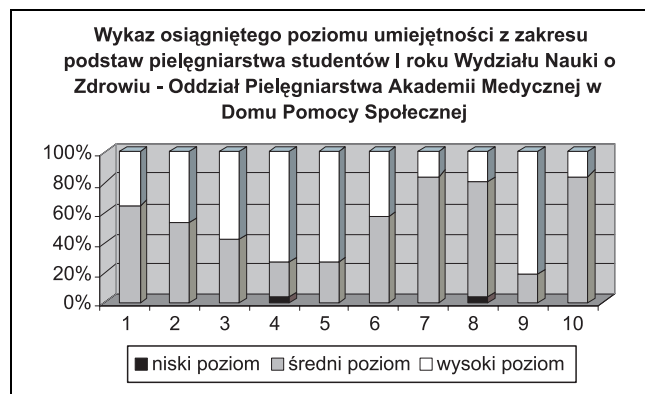
W celu pogłębienia umiejętności starano się zwrócić uwagę na:

- przestrzeganie zasad kształtowania danej umiejętności,
- unikanie błędów, które najczęściej utrudniają komunikację z człowiekiem starszym zdrowym.

Do realizacji zajęć w Domu Pomocy Społecznej przygotowano szczegółowy plan zajęć dydaktyczno-wychowawczych i opracowano scenariusze zajęć praktycznych. W karcie B przedstawiono wykaz umiejętności i osiągnięty ich poziom.

W opracowaniu wyników zastosowano identyczne kryteria jak w karcie A.

Karta „B”



Źródło – badania własne

1. Określanie specyfiki pracy pielęgniarki z podopiecznym w Domu Pomocy Społecznej.
2. Rozpoznawanie stanu bio-psycho-społecznego osoby starszej zdrowej.
3. Odczytywanie zachowania niewerbalnego u osoby starszej zdrowej.
4. Przeprowadzanie rozmowy z człowiekiem starszym zdrowym.
5. Aktywne słuchanie osoby starszej zdrowej.
6. Odczytywanie zachowań asertywnych u osoby starszej zdrowej.
7. Zachęcanie podopiecznych do realizacji działań profilaktycznych w celu wzmacniania zdrowia.
8. Wykonywanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych: tętna, ciśnienia, temperatury.
9. Ustalanie problemów pielęgnacyjnych osoby starszej zdrowej.
10. Opracowanie pisemnej charakterystyki osoby starszej zdrowej.

Z przedstawienia procentowego osiągniętych umiejętności jednoznacznie można stwierdzić, że studentki pogłębiły umiejętności praktyczne z zakresu komunikacji interpersonalnej.

Studentki potrafią:

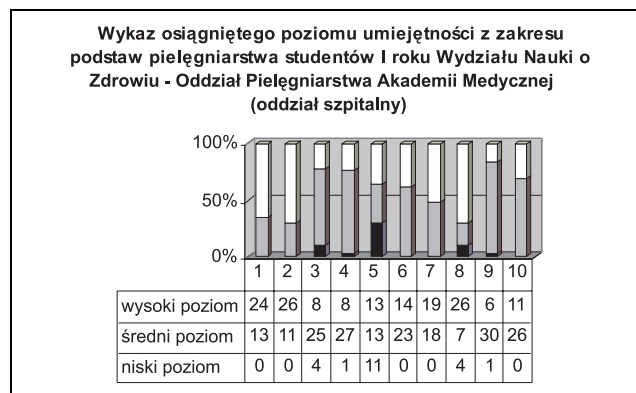
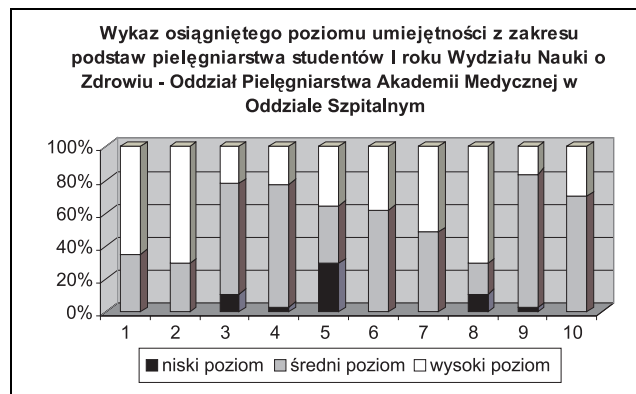
- bardzo dobrze
- przeprowadzać rozmowę z człowiekiem starszym zdrowym,
- aktywnie słuchać osoby starsze zdrowe,
- odczytywać zachowania niewerbalne osoby starszej zdrowej.
- ustalić problemy pielęgnacyjne osoby starszej zdrowej.

Na **poziomie średnim** studentki potrafią:

- zachęcać podopiecznych do realizacji działań profilaktycznych w celu wzmacniania zdrowia,
- określić specyfikę pracy pielęgniarki z podopiecznym w domu pomocy społecznej,
- opracować pisemną charakterystykę osoby starszej,
- wykonywać pomiary podstawowych parametrów życiowych: tętna, ciśnienia, temperatury.

Niski poziom umiejętności osiągnęły dwie studentki w zakresie umiejętności 4 i 8.

Karta „C”



Źródło – badania własne

Zajęcia w oddziale szpitalnym.

Celem dwutygodniowych zajęć była:

- umiejętność rozpoznania problemów pielęgnacyjnych,
- planowanie działań pielęgnacyjno-opiekuńczych dla człowieka dorosłego hospitalizowanego.

Zajęcia praktyczne prowadzone były zgodnie z planem dydaktyczno-wychowawczym. W wykazie umiejętności wynikowych wpisano te umiejętności, które wcześniej były realizowane na ćwiczeniach z podstaw pielęgniarstwa.

1. Nawiązywanie rozmowy z chorym dorosłym, jego rodziną i zespołem terapeutycznym.
2. Gromadzenie danych o pacjencie z dostępnych w oddziale źródeł, w celu oceny jego stanu bio-psycho-społecznego.
3. Przyjmowanie w trybie planowym chorego do oddziału.
4. Charakteryzowanie dokumentacji prowadzonej w oddziale szpitalnym.
5. Ustalenie problemów pielęgniarstwa dla wybranego odbiorcy.
6. Planowanie działań pielęgnacyjnych dla wybranego odbiorcy.
7. Pomaganie choremu w zaspokajaniu potrzeby czystości.
8. Pomaganie choremu w tworzeniu optymalnych warunków do aktywności, wypoczynku i snu.
9. Zachęcanie podopiecznych do pielęgnowania zdrowia.
10. Ocenianie skutków podjętych działań pielęgniarstwa na podstawowym poziomie.

Zestawiając dane z zakresu 10 wyszczególnionych umiejętności wynikowych stwierdza się, że na **poziomie wysokim** studentki potrafią:

- komunikować się z chorym dorosłym, jego rodziną i zespołem terapeutycznym,
- pomagać choremu w tworzeniu optymalnych warunków do aktywności, wypoczynku i snu,
- gromadzić z różnych źródeł dane o pacjencie w celu oceny jego stanu bio-psycho-społecznego,
- pomagać choremu w zaspokojeniu potrzeby czystości.

Na **średnim poziomie** ukształtowane umiejętności dotyczą:

- charakteryzowania dokumentacji pacjenta prowadzonej w oddziale,
- zachęcania podopiecznych do pielęgnowania zdrowia,
- oceny skutków podjętych działań pielęgniarstwa.

Jeżeli chodzi o umiejętność nr 3:

- 8 studentek potrafi przyjąć chorego do oddziału na wysokim poziomie,
- 25 studentek wykonuje tę umiejętność na poziomie średnim,
- 4 studentki na poziomie niskim.

Na omówienie zasługuje umiejętność oznaczona cyfrą 5 – formułowanie problemów pielęgnacyjnych:

- 13 studentek potrafi ustalić problemy pielęgnacyjne na wysokim poziomie,
- 13 ustaliło problemy pielęgnacyjne na poziomie średnim,
- 11 studentek ma trudności w ustalaniu problemów pielęgnacyjnych u podopiecznego.

Podsumowanie osiągniętego poziomu umiejętności po odbyciu 6 -tygodniowych zajęć praktycznych w gimnazjum, domu pomocy społecznej i oddziale szpitalnym:

Studentki potrafią na poziomie dobrym i bardzo dobrym:

- charakteryzować specyfikę placówek szkoleniowych, znają dokumentację odbiorcy usług pielęgniarstwa,
- komunikować się werbalnie i niewerbalnie z podopiecznymi,
- rozpoznawać stan podopiecznego,
- planować działania pielęgniarstwa i oceniać skutki podjętych działań,
- wykonywać i dokumentować podstawowe parametry funkcji życiowych.

Studentki mają trudności w:

- formułowaniu problemów pielęgnacyjnych u chorego w oddziale szpitalnym (11 studentek),
- przyjęciu chorego do oddziału (4 studentki),
- pomaganiu choremu w tworzeniu optymalnych warunków do aktywności, wypoczynku i snu (studentki).

Uzyskane wyniki dotyczące kształtowanych umiejętności w trzech placówkach szkoleniowych są zadowalające dla studentów, pracowników dydaktycznych i zespołów terapeutycznych danej jednostki. Dokonana analiza wybranych grup umiejętności osiągniętych wcześniej na zajęciach teoretycznych z zakresu: podstaw pielęgniarstwa, psychologii i pedagogiki pogłębionych na zajęciach praktycznych, wskazuje jednoznacznie na utrwalony poziom umiejętności i zapewne przyczyni się to do profesjonalnego przygotowania tych studentów do przyszłego zawodu.

Niższe poziomy umiejętności są wskazówką dla:

- **studenta:** co należy powtórzyć, pogłębić i utrwalić,
- **nauczyciela:** w jakim stopniu i jak należy pracować na kolejnych zajęciach, aby osiągnąć poziom średni i wysokie kształtowanych umiejętności.

Analizując osiągnięty wysoki poziom niektórych umiejętności informuję, że w grupie 37 -osobowej jest 11 osób, które wcześniej uczyły się w pomaturalnym Medycznym Studium Zawodowym. Materiał merytoryczny dotyczący podstaw pielęgniarstwa, psychologii i pedagogiki był przez tę grupę dwukrotnie zrealizowany.

Uzyskane wyniki są zgodne z oczekiwaniami studentów dotyczącymi zajęć praktycznych.

W anonimowym sondażu:

– 100% studentek stwierdziło, że wcześniej zdobyta wiedza i umiejętności z podstaw pielęgniarstwa i psychologii ułatwiły im pogłębienie wymaganych umiejętności w placówkach szkoleniowych.

– Szczególnie podkreślano znaczenie opanowanej wiedzy z zakresu podstaw pielęgniarstwa i psychologii. 85% studentek wyraziło opinię, że dzięki odbytym ćwiczeniom w pracowni pielęgniarstwa mogło udzielić I pomocy swoim podopiecznym na dobrym poziomie, zgodnie z ich oczekiwaniem.

– 80% studentek wyraziło opinię, że ich oczekiwania w odniesieniu do zajęć praktycznych spełniły się,

– 20% studentek wolałoby wykonywać więcej wstrzyknień i pobierać krew do badań laboratoryjnych.

Podczas podsumowania zajęć praktycznych wytłumaczono studentkom, że ten zakres umiejętności będzie realizowany w kolejnych zajęciach praktycznych odbywających się w szpitalu na II roku studiów.

Studentki wyszczególniły trzy trudności, które pojawiły się w trakcie zajęć praktycznych:

– duża liczba osób w grupie (10-11),

– mała liczba ciężko chorych do pielęgnacji w oddziale szpitalnym,

– brak wiedzy merytorycznej z zakresu socjologii medycyny.

W pytaniach otwartych sondażu diagnostycznego studentki bardzo pozytywnie wyraziły się o współpracy z zespołem terapeutycznym w trzech placówkach ochrony zdrowia. Bardzo dobra współpraca przyczyniła się do poszerzenia wiedzy z zakresu nauk medycznych i była pomocna w pogłębieniu kształtowanych umiejętności wynikowych.

Przedstawiona analiza osiągniętych umiejętności podczas zajęć praktycznych studentów I roku Wydziału Nauki o Zdrowiu Oddziału pielęgniarstwa stanowi wprowadzenie do dalszej pracy empirycznej. Wnioski odnoszą się tylko do analizowanej 37 – osobowej grupy studentek I roku i zapewne przyczynią się do lepszej realizacji zadań dydaktycznych w kolejnych zajęciach praktycznych w klinikach.

Analizy szczegółowe, badania, kryteria oceny oraz piśmiennictwo u autora.

Immatrykulacja studentów zaocznych w Wydziale Nauki o Zdrowiu

22 lutego br. odbyła się immatrykulacja studentów Wydziału Nauki o Zdrowiu, którzy podejmą w Radomiu studia w trybie zaocznym, na kierunku pielęgniarstwie. Indeksy wręczono 89 nowym studentom, w większości – czynnym zawodowo pielęgniarkom z regionu radomskiego.



Dziekan prof. L. Marianowski wręcza indeks

Uroczystość otworzył dziekan Wydziału prof. **Longin Marianowski**, obecni byli członkowie władz dziekańskich oraz wydziałowych oraz przewodnicząca Okręgowej Rady Izby Pielęgniarek i Położnych mgr **Hanna Gutowska**.

Z Radomia, przybyli: mgr **Joanna Werdin** – dyrektor Zespołu Szkół Medycznych oraz mgr **Bożena Pacholczak** – dyrektor Specjalistycznego Szpitala Zespólnego; oba te miejsca stanowić będą bazę dydaktyczną dla procesu kształcenia.

Pan Dziekan, zwracając się do studentów, gratulował im podjętej decyzji o kontynuacji kształcenia, teraz już na poziomie akademickim.

Podnoszenie kwalifikacji w zawodzie pielęgniarstwie to już nie tylko wymóg dobrze pojętego profesjonalizmu, to także standardy UE, do których kraje kandydujące muszą się dostosować.

Akt ślubowania studenckiego, poprzedzający rozdanie indeksów – po raz pierwszy w bieżącym roku – powiększył dynamicznie rosnącą w ostatnich latach populację studentów naszej Uczelni.

W uroczystości uczestniczył Chór AM pod kierownictwem p. Beaty Herman. (M.F.)

DALSZY ROZWÓJ NOWOCZESNEJ KARDIOLOGII

OTWARCIE ODDZIAŁU KARDIOLOGII INWAZYJNEJ KATEDRY I KLINIKI CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I KARDIOLOGII

prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

W styczniu 2002 roku otwarto **Oddział Kardiologii Inwazyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie**. Oddział z osobną bazą łóżkową znajduje się obecnie wraz z Pracownią Hemodynamiki Kliniki Kardiologii w bloku E Centralnego Szpitala Klinicznego (CSK). Od 2001 roku Pracownia Hemodynamiki pełni 24-godzinny ostry dyżur, uczestnicząc w programie leczenia świeżego zawału serca metodą pierwotnej przezskórnej angioplastyki wieńcowej.

Lekarze pracujący na przemian w układzie dwóch zespołów hemodynamicznych (kierownicy zespołów – **dr K. Putkiewicz, dr J. Kochman**) zapewniają całodobowy dostęp do inwazyjnej diagnostyki kardiologicznej chorych hospitalizowanych w CSK, pacjentów z innych warszawskich szpitali, jak i chorych transportowanych z makroregionu mazowieckiego, z jednostek szpitalnych współpracujących z Katedrą i Kliniką Chorób Wewnętrznych i Kardiologii od około 2 lat – czasu intensywnego rozwoju kardiologii inwazyjnej w naszej Klinice.

Ten istotny fakt z życia Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM w Warszawie zbiegł się z opublikowaniem w tygodniku „WPROST” ogólnopolskiego ran-



Wejście do Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie.

kingu szpitali („WPROST” 5/2002 z 3 lutego 2002 roku). Wśród 5 najlepszych polskich klinik specjalistycznych o profilu kardiologiczno-kardiochirurgicznym znalazł się nasz ośrodek (tab. 1).

Tabela 1. Pięć najlepszych polskich klinik specjalistycznych o profilu kardiologiczno-kardiochirurgicznym wg rankingu tygodnika „WPROST” (5/2002) z lutego 2002 roku.

Ośrodek	Kierownik Ośrodka
Klinika Chirurgii Serca i Naczyń Instytutu Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Szpitalu im. Jana Pawła II w Krakowie	doc. dr hab. med. Jerzy Sadowski (do 2001 roku – prof. dr hab. med. Antoni Działkowiak)
Instytut Kardiologii w Warszawie-Aninie	prof. dr hab. med. Zbigniew Religa (do 2000 roku – prof. dr hab. med. Zygmunt Sadowski)
III Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej w SP Szpitalu Klinicznym nr 7 w Katowicach-Ochojcu	prof. dr hab. med. Michał Tendera
I Klinika Kardiochirurgii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach	prof. dr hab. med. Andrzej Bochenek
Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM w Warszawie w SP CSK	prof. dr hab. med. Grzegorz Opolski

W tygodniku „WPROST” zamieszczono również dwa inne rankingi dotyczące schorzeń kardiologicznych: „leczenie pozawałowe” oraz „leczenie choroby wieńcowej”. Autorzy rankingu uszeregowali poszczególne szpitale wg punktów przyznawanych za:

- aktywność placówki (liczbę zabiegów dokonywanych w ciągu roku),
- rodzaju zabiegów dostępnych w danym ośrodku (w tym zwłaszcza zabiegów przy zastosowaniu najbardziej nowoczesnych technik),
- liczbę ciężkich przypadków,
- długość pobytu w szpitalu (im krótszy, tym większa ilość przyznanych punktów),
- ilość stwierdzanych zakażeń szpitalnych,
- warunki pobytu (premiowane punktami: sale o jak najmniejszej liczbie chorych, jak największa stawka żywieniowa chorych i urozmaicenie pokarmów, wysokie standardy



Wnętrze Oddziału Kardiologii Inwazyjnej Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie w bloku E Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha.

Tabela 2. Ogólnopolska klasyfikacja jednostek szpitalnych świadczących usługi kardiologiczne w kategorii: „leczenie pozawałowe” oraz w kategorii: „leczenie choroby wieńcowej” wg rankingu tygodnika „WPROST” (5/2002) z lutego 2002 roku.

LECZENIE POZAWAŁOWE			LECZENIE CHOROBY WIĘNCOWEJ		
Lp.	SZPITAL	Liczba punktów	Lp.	SZPITAL	Liczba punktów
1.	Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie	240	1.	CSK w Warszawie	217
2.	CSK w Warszawie	226	2.	4 Wojskowy Szpital Kliniczny we Wrocławiu	194
3.	WSZ w Koninie	191	3.	SW w Legnicy	185
4.	SW w Legnicy	186	4.	WSS w Zgierzu	182
5.	Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu	166	5.	WSZ w Koninie	174
6.	SW im. M.Kopernika w Koszalinie	164,8	6.	SW w Jeleniej Górze	168
7.	Szpital im. Jana Pawła II w Nowym Targu	151	7.	Miedziowe Centrum Zdrowia w Lubinie	166
8.	WSS w Zgierzu	148	8.	Szpital im. Matki Teresy w Drawsku Pomorskim	165
9.	Szpital SP ZOZ w Kamieniu Pomorskim	147	9.	SW im. M.Kopernika w Koszalinie	164,9
10.	Szpital w Śremie	142	10.	Szpital Powiatowy w Krośnie Odrzańskim	157
10.	Szpital Wolski w Warszawie	142	11.	SZ im. L.Perzyny w Kaliszu	155
11.	Szpital Powiatowy w Krośnie Odrzańskim	141	12.	Szpital Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi	146
12.	WSZ w Lesznie	138,7	13.	Szpital Rejonowy w Końskich	143,5
13.	Szpital Kliniczny nr 2 w Poznaniu	138	14.	Państwowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	142
13.	Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu	138	15.	Szpital ZOZ w Kłodzku	139
13.	Państwowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli	138	16.	Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu	138
14.	SZ im. L.Perzyny w Kaliszu	137	17.	Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie	134
15.	Szpital nr 1 w Gliwicach	132	18.	WSZ w Lesznie	133,5

Skróty stosowane w tabelce: CSK – Centralny Szpital Kliniczny; SP – Samodzielny Publiczny; SW – Szpital Wojewódzki; SZ – Szpital Zespolony; WSS – Wojewódzki Szpital Specjalistyczny; WSZ – Wojewódzki Szpital Zespolony; ZOZ – Zakłady Opieki Zdrowotnej



Pracownia Hemodynamiki Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie



Kierownik II Zespołu Hemodynamicznego Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM w Warszawie – dr Janusz Kochman – w trakcie zabiegu angioplastyki wieńcowej

sanitarne, stan węzłów sanitarnych i wyposażenie sal itp.).

Wyniki obu rankingów zobrazowano w tabeli 2.

Jak widać, założenia przyjęte przez Autorów tego rankingu, preferowały placówki o dobrej organizacji pracy, zależnej w większym stopniu od sprawnego zarządzania całym szpitalem niż pojedynczym oddziałem. Siłą rzeczy lepiej wypadły w tym rankingu oddziały właśnie wyremontowane, z salami dla 2, maksymalnie 3 chorych. Stąd też nie dziwi obecność na pierwszych miejscach placówek z całej Polski, nie zawsze tych związanych z ośrodkami akademickimi, ale częściej lepiej dofinansowywanych z budżetów lokalnych. Miło nam, że pomimo tej specyficznej konkurencji zajęliśmy w obu rankingach także wysokie miejsca. Pragniemy w tym miejscu podziękować Dyrektorom CSK – byłemu: **prof. dr hab. med. Mariuszowi Łapińskiemu** oraz obecnym – **doc. Bolesławowi Samolińskiemu**, **dr Wojciechowi Figłowi**, **inż. Andrzejowi Krysztofikowi**, **mgr Elżbiecie Gertrudzie-Makulskiej**. Bez ich życzliwej pomocy nie doszłoby do otwarcia w CSK Oddziału Klinicznego Kardiochirurgii Katedry i Kliniki Kardiologii (kierownik – **prof. dr hab. med. Kazimierz Suwalski**) w 2001 roku, uruchomienia całodobowego leczenia świeżego zawału serca metodą przeszłonowej angioplastyki wieńcowej, jak i obecnego otwarcia Oddziału Kardiologii Inwazyjnej w 2002 roku. Otwarcie Oddziału towarzyszyło również próbne uruchomienie programu modelowej stratyfikacji ryzyka ostrych zespołów wieńcowych w Oddziale Ratownictwa Medycznego (Izbie Przyjęć CSK). System ten opiera się m.in. na szybkim, równoczesnym, kilkunastominutowym oznaczeniu trzech markerów martwicy miokardium: mioglobiny, troponiny oraz CK MB masy. Doświadczenia pierwszego miesiąca funkcjonowania systemu są bardzo pozytywne.

Rankingi rankingami, ale pisząc te słowa przekonany jestem, że poziom opieki kardiologicznej świadczonej w Aka-

demii Medycznej w Warszawie porównywalny jest we wszystkich trzech klinikach sprofilowanych (Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii AM w Warszawie w CSK, Katedra i Klinika Kardiologii II Wydziału Lekarskiego AM w Szpitalu Bródnowskim oraz Klinika Chorób Wewnętrznych i Kardiologii IS AM w Szpitalu Dzieciątka Jezus). Kierujący tymi Klinikami – **prof. dr hab. med. Danuta Liszewska-Pfejfer**, **prof. dr hab. med. Mirosław Dłużniewski** oraz piszący te słowa wywodzą się bowiem z tej samej – Warszawskiej Szkoły Kardiologicznej **prof. Zdzisława Askanasa**. Z tej samej Szkoły wywodzili się również nasi poprzednicy – **prof. dr hab. med. Tadeusz Kraska** oraz **prof. dr hab. med. Jerzy Kuch**.

W kontekście szerszych zmian logistycznych związanych z przejmowaniem przez Akademię Medyczną szpitali klinicznych, wypada wyrazić nadzieję, że przyszłe władze Uczelni kontynuować będą intensywny rozwój CSK – wiodącej bazy leczniczej, dydaktycznej i naukowej AM w Warszawie, a także innych potrzebnych naszej Uczelni, znakomych szpitali klinicznych.

Przed regionalnym kardiologicznym nadzorem specjalistycznym, a także władzami rektorskimi, stanie problem integracji systemu leczenia świeżego zawału serca w makroregionie warszawskim, w porozumieniu z pozostałymi 4 jednostkami szpitalnymi wykonującymi tego typu zabiegi (Instytut Kardiologii w Aninie, filia Instytutu Kardiologii przy ul. Spartańskiej, Szpital MSWiA przy ul. Wołoskiej oraz Szpital CSK WAM przy ul. Szaserów). W naszym przekonaniu możliwy jest do stworzenia zintegrowany system współpracy CSK z tymi jednostkami, zapewniający każdemu pacjentowi Mazowsza z ostrym zespołem wieńcowym transport i możliwość nowoczesnego leczenia inwazyjnego – z jednoczesnym zabezpieczeniem kardiochirurgicznym – w jednym z 5 ośrodków.

OTWARCIE ODDZIAŁU ONKOLOGII W KLINICE HEMATOLOGII, ONKOLOGII I CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

Prof. dr hab. Wiesław Wiktor Jędrzejczak

Dydaktyka w zakresie onkologii w naszej Uczelni do niedawna odbywała się całkowicie na bazie Centrum Onkologii. Od czterech lat stopniowo rozszerzamy nauczanie tego przedmiotu korzystając z bazy, jaką jest Klinika Hematologii, Onkologii i Chorób Wewnętrznych.

Nauczanie medycynie nie może polegać wyłącznie na mówieniu o czymś. Konieczne jest demonstrowanie chorych, pokazywanie zarówno przypadków, których leczenie ukoronowane jest sukcesem, jak i błędów i niepowodzeń.

Nasza Klinika od czterech lat zaczęła hospitalizować i poddawać chemioterapii pacjentów z guzami litymi, stając się unikalną w Polsce placówką, łączącą obie dziedziny: hematologię i onkologię. Klinika nawiązuje w tej mierze do wzorów anglosaskich i niemieckich, gdzie stosuje się takie połączenia, odchodząc od wzorów radzieckich, które te dziedziny oddzielają.

To połączenie ma istotną zaletę dla chorych: lekarz, który jest jednocześnie hematologiem i onkologiem znacznie lepiej radzi sobie ze zwalczaniem działań ubocznych cytostatyków. Klinika nie zamierza zresztą konkurować z Centrum Onkologii. W tej mierze istotną rolę odgrywa trzecia część nazwy Kliniki: choroby wewnętrzne. W odróżnieniu od Centrum Onkologii klinika opiekuje się tymi chorymi na nowotwory, którzy mają współistniejące poważne nienowotworowe choroby wewnętrzne. Jak wiadomo, onkolodzy z Centrum Onkologii zazwyczaj mają nie więcej niż I stopień

specjalizacji z chorób wewnętrznych i nie są przygotowani do zajmowania się takimi chorymi. Są wreszcie chorzy, którzy mają dwa nowotwory: guz lity i białaczkę i w takich przypadkach tylko nasza Klinika może coś poradzić.

Podniesieniem rangi onkologii w ramach Kliniki jest niewątpliwie otwarcie nowego Oddziału, który w sposób zintegrowany będzie obsługiwał tych chorych. W związku z powstaniem w Klinice w oddzielnej lokalizacji Banku Komórek Krwiotwórczych, zwolniły się pomieszczenia wcześniej zajmowane przez laboratoria. Pomieszczenia te poddano zabiegom adaptacyjnym: na delikatny fiolet pomalowano ściany, a stolarkę okienną na kolor żółty, zainstalowano sygnalizację przyzywową, doprowadzono tlen i w ten sposób powstał 19-łóżkowy oddział, w dwu- i trzyosobowych salach. Tym samym Klinika dysponuje łącznie 92 łózkami i jest największą w Polsce całkowicie specjalistyczną Kliniką w tej dziedzinie.

Oddziałem Onkologii będzie kierować dr med. **Andrzej Deptała**, kończący właśnie staż do specjalizacji z onkologii klinicznej, specjalista z chorób wewnętrznych i hematologii. Oddział ma się przede wszystkim zajmować chemioterapią nowotworów przewodu pokarmowego, tak aby uzupełnić ofertę klinik chirurgicznych szpitala, ale oczywiście w miarę potrzeby będzie leczyć też takie chemiowrażliwe nowotwory, jak rak piersi, rak jajnika, drobnokomórkowy rak płuc czy rak jądra.



*od lewej: dr Andrzej Deptała – ordynator nowego oddziału, dyrektor SP CSK dr hab. Bolesław Samoliński, kierownik kliniki prof. Wiesław Jędrzejczak, prof. Kazimierz Ostrowski
fot. A Gil*



od lewej: prof. Janusz Nauman, ks. Władysław – kapelan szpitala, w głębi dr A. Deptała i prof. W. Jędrzejczak

fot. A. Gil

Marzy nam się także, aby powstanie Oddziału było zaczątkiem integracji wszystkich rozproszonych placówek naszej Akademii zajmujących się choćby częściowo onkologią, tak aby mógł powstać Ośrodek Onkologiczny Akademii Medycznej w Warszawie, żeby onkologia stała się taką samą dziedziną uniwersytecką, jak inne działy medycyny i aby to wszystko umożliwiło jak najlepsze kształcenie studentów, a także w przyszłości lekarzy w tym zakresie.

Jak zwykle do powstania Oddziału przyczynili się sponsorzy, w tym przypadku firmy ORLEN oraz „Przyjaźń” (Przedsiębiorstwo Rurociągów Naftowych), za co im bardzo dziękujemy. Przyznane nam dotacje trzeba jednak było z

sensem wydać i tu niewątpliwie główną rolę odegrała pani Alicja Gil-Olkusznik i Fundacja „Krew to życie”.

Oddział otwarto 28 stycznia 2002 roku i już tego samego dnia przyjęto pierwszych chorych. Klinika ma kontrakt z Mazowiecką Regionalną Kasą Chorych na hospitalizacje onkologiczne, na procedury specjalistyczne w zakresie chemioterapii i leczenia wspomagającego nowotworów oraz kontrakty z Ministerstwem Zdrowia na procedury wysoko-specjalistyczne dotyczące wykorzystania taksoidów w raku jajnika i raku piersi. To oczywiście w uzupełnieniu kontraktu na hematologię i przeszczepianie szpiku.

OBCHODY 100-LECIA SZPITALA KLINICZNEGO DZIECIĄTKA JEZUS

Prof. dr hab.med. Danuta Liszewska-Pfeffer, prof. dr hab.med. Ewa Mayzner-Zawadzka

W minionym roku uroczynie obchodziliśmy jubileusz 100-lecia działalności Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w jego obecnej siedzibie. Była to także okazja do przypomnienia, że pełna historia istnienia Szpitala w Warszawie sięga XVIII wieku, gdyż już w 1758 roku mocą dekretu króla Augusta III powołany został Szpital Generalny Dzieciątka Jezus, któremu podlegały wszystkie szpitale warszawskie. Od tej chwili Szpital nieprzerwanie służy mieszkańcom Warszawy i całej Polski oraz nierzadko również chorym z zagranicy, stanowi ważny ośrodek naukowy i dydaktyczny. Bogaty program obchodów 100-lecia spowodował, że jego realizacja rozłożyła się w czasie – rozpoczęła się w październiku 2000 r., a zakończy w I kwartale 2002 roku. Kulminacyjnym punktem obchodów była uroczystość w Filharmonii Narodowej połączona ze wspaniałym koncertem zorganizowanym bezinteresownie przez przyjaznych Szpitalowi znakomitych Artystów, która odbyła się w dniu 22 października 2001 roku. Uroczystość zgromadziła około 1000 pracowników Szpitala i zaproszonych gości. Z okazji 100-lecia Szpitala, 80 długoletnich, zasłużonych jego pracowników uhonorowanych zostało, postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej Aleksandra Kwaśniewskiego, odznaczeniami państwowymi. Przyznane one zostały za zasługi dla medycyny polskiej i za osiągnięcia w pracy zawodowej. W czasie uroczystości w Filharmonii najwyższe odznaczenia zostały wręczone 7 osobom przez ministra Marka Dukaczewskiego. Kolejna uroczystość wręczenia odznaczeń państwowych pracownikom Szpitala Dzieciątka Jezus zorganizowana została w dniu 17 grudnia 2001 r. na terenie Szpitala w sali wykładowej Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu A.M. Na wstępie J. Magnificencja Rektor Akademii Medycznej w Warszawie prof. Janusz Pie-



karczyk, w obecności reprezentującego Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej min. Edwarda Szymańskiego, Kierowników Klinik z terenu Szpitala i licznych jego pracowników oraz zaproszonych gości dokonał uroczystego odsłonięcia tablicy upamiętniającej 100-lecie istnienia Szpitala w jego obecnej siedzibie. Tablica ta umieszczona została w hallu głównym Szpitala przy wejściu od ulicy Lindleya 4. W dalszym ciągu uroczystości, w pięknie udekorowanej sali wykładowej Kliniki Ortopedii, zgromadzonych powitała przewodnicząca obchodów 100-lecia prof. D. Liszewska-Pfeffer, a następnie wysłuchali wystąpień kolejno dyrektora Szpitala mgr Sylwestra Bielenina oraz J. Magnificencji Re-



Prof. Tadeusz Orłowski przemawia do zebranych na uroczystości w Szpitalu Dzieciątka Jezus w dniu 18.01.2002 r., obok prof. D. Liszewskiej-Pfejfer

ktora A.M. prof. Janusza Piekarczyka. Podkreślili oni doniosłość działalności Szpitala Dzieciątka Jezus dla rozwoju polskiej medycyny i wyrazili podziękowania pod adresem zgromadzonych pracowników Szpitala, wyróżniających się długoletnią i owocną pracą zawodową i naukową. Głównym punktem programu było wręczenie przez min. Edwarda Szymańskiego złotych, srebrnych i brązowych Krzyży Zasługi 72 zasłużonym pracownikom Szpitala. W imieniu odznaczonych ze słowami podziękowania wystąpiła pani Renata Piassecka-Krawczyk, oddziałowa z Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii Instytutu Stomatologii A.M.

Z okazji 100-lecia Szpitala Dzieciątka Jezus, staraniem Komitetu Organizacyjnego Obchodów, wydany został okolicznościowy medal jubileuszowy upamiętniający tę ważną rocznicę, przyznawany za zasługi dla Szpitala na wniosek Kierowników Klinik i Zakładów Szpitala Dzieciątka Jezus, Dyrekcji Szpitala i Komitetu Organizacyjnego Obchodów 100-lecia. Medal wręczany jest wraz z dyplomem. W czasie uroczystości w dniu 17.12.2001 r. prowadzonej przez członków Komitetu Organizacyjnego Obchodów 100-lecia prof. D. Liszewską – Pfejfer, Prof. Ewę Mayzner – Zawadzka i prof. Andrzeja Góreckiego wręczono część przyznanych medali jubileuszowych. W uroczystości uczestniczył jak zwykle dyrektor Szpitala mgr S. Bielenin. Otrzymali je członkowie Komitetu Honorowego Obchodów 100-lecia, przedstawiciele współpracujących ze Szpitalem zasłużonych Instytucji, prezesi 2 głównych firm sponsorujących, którzy w istotny sposób pomogli nam w organizacji obchodów 100-lecia (Centrum Finansowe Puławska oraz Polski Fundusz Gwarancyjny). Spośród pracowników Szpitala w pierwszej kolejności medal jubileuszowy otrzymali: dyrektor Bielenin i 2 byłe naczelnice pielęgniarki Szpitala, a następnie obecni i byli zasłużeni pracownicy z Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu A.M., na czele z prof. Andrzejem Góreckim oraz z Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii na czele z prof. Ewą Mayzner-Zawadzka. Dr Janusz Garlicki odczytał pełen ciepłych słów list od Ojca prof. Mariana Garlickiego byłego, wieloletniego kierownika

Kliniki Ortopedii, który nie mógł przybyć na uroczystość. Zakończeniem uroczystości był występ chóru Akademii Medycznej w Warszawie, pod kierunkiem pani Beaty Herman, który wykonał piękny program złożony z kolęd. Tak wyglądał program „dla ducha”, a smaczny jak zwykle, program „dla ciała” przygotowała kuchnia szpitalna.

Dalsze medale jubileuszowe wręczone zostały niektórym zespołom klinicznym Szpitala przez przewodniczącą Obchodów 100-lecia prof. D. Liszewską-Pfejfer oraz przez dyrektora Szpitala mgr S. Bielenina, w grudniu, w czasie uroczystości wigilijnych. Miało to miejsce w odniesieniu do Kliniki Urologii, Okulistyki, I Kliniki Położnictwa i Ginekologii, II Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz kliniki Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Instytutu Transplantologii.

Kolejna duża uroczystość na terenie Szpitala poświęcona wręczeniu medali jubileuszowych odbyła się w dniu 18.01.2002 r. ponownie w sali wykładowej Kliniki Ortopedii. Otrzymali je wyróżniający się długoletnią i owocną pracą obecni i byli członkowie naszych Zespołów klinicznych i Zakładów na czele z naszymi wielkimi Nauczycielami i Mistrzami prof. Stefanią Jabłońską, prof. Tadeuszem Orłowskim gorąco witany przez zebranych, pracownicy Przychodni Przychodni Przychodni, kierownictwo administracyjne Szpitala, osoby z obsługi technicznej Szpitala, a także członkowie Rady Społecznej Szpitala, współpracujący z nami profesorowie A.M., sponsorzy, którzy wydatnie pomogli nam w organizacji obchodów 100-lecia (firmy farmaceutyczne Pfizer i Aventis oraz Fundacja „Centrum Rozwoju Medycyny” działająca przy naszym Szpitalu). Medale jubileuszowe otrzymali w tym dniu obecni i byli zasłużeni pracownicy następujących Zakładów i Klinik: Kliniki Immunologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Kliniki Medycyny Transplantacyjnej i Nefrologii, Zakładu Immunologii Klinicznej Instytutu Transplantologii A.M., na czele z prof. T. Orłowskim, prof. M. Lao, prof. L. Pączkiem i byłym Rektorem A.M. prof. A.Górskim, z kliniki Dermatologii na czele z prof. S. Jabłońską, prof. M. Błaszczak-Kostanecką i dziekanem prof. W.Glińskim, z Kliniki Chorób Wenerycznych na czele z prof. S.Majewskim, z I Zakładu Radiologii Klinicznej z prof. B. Benendo-Kapuścińską, a także pracownicy byłego Oddziału Radioterapii z ordynatorem p. dr Alicją Jeleniewską-Niewiarowicz.

W imieniu odznaczonych podziękował prof. Tadeusz Orłowski, który przypomniał chlubne fakty z historii Szpitala, ważne nie tylko dla dziejów medycyny w Polsce, a także znaczące w walce o wolność naszej Ojczyzny. Pan Profesor podkreślił, że cechą charakterystyczną naszego Szpitala była i jest atmosfera życzliwości i ciepła, jaką otaczamy chorych. Na zakończenie zebrani z zainteresowaniem obejrzeni 15-minutowy film zawierający sceny z naszej codziennej pracy w służbie chorym przygotowany przez wytwórnię BESTA-Film, która była producentem serialu pt. „Szpital Dzieciątka Jezus”.

Kolejna i ostatnia już uroczystość wręczania medali jubileuszowych pozostałym wyróżnionym pracownikom nasze-

go Szpitala i jego Przyjaciołom przewidziana jest w marcu 2002 r.

W ramach obchodów naszego 100-lecia firma farmaceutyczna Fournier zaproponowała zorganizowanie na terenie naszego Szpitala akcji bezpłatnego oznaczania stężenia cholesterolu we krwi u pracowników Szpitala i ich rodzin. Z możliwości tej skorzystało 250 osób.

Z miłą dla nas inicjatywą wystąpiła Galeria Sztuki „Carmen” przy ul. Wielickiej w Warszawie. Podczas otwarcia wystawy obrazów malarza Stanisława Mazusia w dniu 1 grudnia 2001 r. artysta wykonał portret znanej aktorki Małgorzaty Foremniak, a dochód z licytacji tego dzieła przekazany został na rzecz dzieci z Kliniki Ortopedii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, który jak podkreślono w 2001 roku obchodzi 100-lecie swojego istnienia. Co z zaplanowanego programu obchodów 100-lecia Szpitala Dzieciątka Jezus pozostało nam jeszcze do wykonania? W hallu głównym Szpitala planujemy zorganizowanie wystawy pamiątek z długoletniej działalności Szpitala oraz fotografii wykonanych w czasie obchodów 100-lecia. W niedługim czasie chcemy zorganizować aukcję dzieł sztuki ofiarowanych nam przez artystów zrzeszonych w Oddziale Warszawskim Polskich Artystów Plastyków. Przygotowujemy monografię o dziejach i dniu dzisiejszym naszego Szpitala, jednakże to niełatwe zadanie będzie wymagało dłuższej pracy.



Doniesienie z badania pilotażowego nt. „CO CUKRZYCY WIEDZĄ O ŻYWNOŚCI I ŻYWIENIU?”

mgr inż. Joanna Heropolitańska-Janik

Wydział Nauki o Zdrowiu Akademii Medycznej w Warszawie

Wstęp

Cukrzycę można określić mianem kolejnej choroby cywilizacyjnej, bo chorych przybywa z roku na rok. Według badań Międzynarodowego Instytutu Cukrzycy w Melbourne w latach 1994-2010 nastąpi zwiększenie liczby chorych na cukrzycę, zwłaszcza typu II, o ponad 200%. Szacuje się, że w 2010r. liczba osób chorych na cukrzycę wyniesie 215mln, a w 2025r. – 300mln. Ten wzrastający trend można określić jako epidemię cukrzycy. Epidemia cukrzycy dotyczy także Polski, bo 1,7 mln Polaków choruje na tę chorobę (Tatoń 2001).

Dokonując analizy czynników powiązanych z możliwością wystąpienia cukrzycy należy stwierdzić, iż naukowcy najczęściej wymieniają nieregularne i nieracjonalne odży-

wianie się (Tatoń 2001, Abramczyk 2000, Mędraś 2000, Wójcikowski 1999). Nasuwają się pytania: Jakim poziomem wiedzy żywieniowej legitymują się osoby chore na cukrzycę? Czy zmiana nieprawidłowych nawyków żywieniowych związana jest z innymi czynnikami niż poziom wiedzy żywieniowej?

Materiał i metodyka

Badanie pilotażowe nt. „Co cukrzyca wiedzą o prawidłowym odżywianiu” zostało przeprowadzone wśród 50 osób chorych na cukrzycę, w styczniu 2002 r. w Szpitalu Bródnowskim.

W celu realizacji podjętego tematu wykorzystano badanie ankietowe. Kwestionariusz ankiety został rozdany chorym i

Tabela Charakterystyka badanej populacji.

Cecha populacji	Ogółem [%]
Płeć	
1. kobieta	50,0
2. mężczyzna	50,0
Wiek	
1. do 55 lat	48,0
2. powyżej 56 lat	52,0
Wartość wskaźnika masy ciała BMI	
1. od 18 do 25	44,0
2. powyżej 25,1	56,0
Wykształcenie	
1. podstawowe	8,0
2. zawodowe	8,0
3. średnie	62,0
4. wyższe	22,0
Rodzaj wykonywanej pracy	
1. praca na pełnym etacie	36,0
2. praca w niepełnym wymiarze	0,0
3. bezrobotny	14,0
4. emeryt/ rencista	48,0
5. student/ uczeń	2,0
Status społeczny	
1. żonaty/ zamężna	66,0
2. kawaler/ panna	20,0
3. rozwiedziony/a	6,0
4. wdowiec/ wdowa	8,0
Liczba osób w gospodarstwie	
1. do 3 osób	58,0
2. od 4 osób	42,0
N=50	

Źródło: *Badania własne.*

w umówionym terminie odebrany. Zawierał on pytania obejmujące wybrane elementy ze sfery wiedzy o żywności i żywieniu. Pytania miały charakter otwarty i zamknięty.

Analiza materiału empirycznego zgromadzonego w badaniu została zrealizowana dzięki zastosowaniu pakietu Microsoft Office 2000.

Wyniki i dyskusja:

1. Charakterystyka badanej populacji

W badanej populacji po 50,0% stanowiły kobiety i mężczyźni. W badanej populacji dominowały osoby w wieku powyżej 56 lat (56,0), legitymujące się wykształceniem średnim (66,0%) oraz pozostające w związkach małżeńskich (66,0%). Ponad ²/₅ respondentów (48,0%) było emerytami, bądź rencistami.

Ponad połowa badanej populacji (56,0%) charakteryzowała się nieprawidłową wartością wskaźnika masy ciała BMI, przekraczającą wymagania zawarte w normach, powyżej wartości 25.

2. Ocena poziomu wiedzy o żywności i żywieniu chorych na cukrzycę

Definicja prawidłowego żywienia dla respondentów nie była rozumiana jednoznacznie.

Z przeprowadzonej analizy materiału empirycznego wynika, że dla 36,0% respondentów „prawidłowe żywienie” oznaczało odżywianie zgodne z zaleceniami konkretnej diety, zaś dla 30,0% badanej populacji – dzienny dobór kalorii i produktów spożywczych dostosowany do indywidualnych potrzeb organizmu.

Odżywianie zgodne z zaleceniami konkretnej diety częściej wskazywały kobiety niż mężczyźni (test $\chi^2 = 3,95$, $p < 0,05$). Mężczyźni częściej definiowali „prawidłowe żywienie” jako odpowiedni dobór kalorii i produktów spożywczych niż kobiety (odpowiednio mężczyźni 40,0% odpowiedzi, kobiety 28,0%), a także jako duże spożycie owoców i warzyw oraz małą zawartość tłuszczów w diecie (odpowiednio 24,0% i 8,0%). Różnice te nie wykazały zależności istotnie statystycznych. Jednocześnie warto zauważyć, iż jedynie mężczyźni uważali, że „prawidłowe żywienie” oznacza spożywanie potraw, które się lubi (6,0%). Najczęściej byli to respondenci w wieku powyżej 55 lat oraz emeryci i renciści.

Wskazanie na element definicji „prawidłowego żywienia” – urozmaicone posiłki zależało, istotnie statystycznie, od takich cech demograficzno – społecznych respondentów jak: wiek (test $\chi^2 = 8,13$, $p < 0,05$) i wartość wskaźnika masy ciała BMI (test $\chi^2 = 4,4$, $p < 0,05$). Im respondenci byli starsi i im wartość wskaźnika masy ciała BMI była wyższa od 25, tym częściej respondenci wskazywali tę odpowiedź.

94,0% respondentów (47 osób) uważało, że sposób odżywiania ma istotny wpływ na zdrowie. Swoją odpowiedź najczęściej uzasadniali zależnością między dietą a występowaniem chorób (38,0% odpowiedzi), a także związkiem sposobu odżywiania z dobrym samopoczuciem (26,0%). Wiedzą na temat pierwszej zależności respondenci wykazali się odpowiadając na kolejne pytanie.

Wszyscy uczestnicy badania (100,0%), bez względu na cechy demograficzno – społeczne byli świadomi powiązania nadmiernej ilości tłuszczów w diecie a prawdopodobieństwem wystąpienia miażdżycy. Większość respondentów wiedziała, że przejadanie się jest ryzykiem prawdopodobieństwa wystąpienia nadwagi lub otyłości (94,0%), niedobory fluoru i wapnia w diecie mogą przyczynić się do występowania próchnicy (94,0%), nadmierne spożywanie soli kuchennej należy do przyczyn nadciśnienia (90,0%).

Prawie co drugi respondent (42,0%) nie zauważał zależności pomiędzy wysokim spożyciem cukru a występowaniem cukrzycy typu 2. Do tej grupy badanych w największym stopniu zaliczali się badani pracujący zawodowo (60,0%) oraz do 55 roku życia (54,0%).

Najrzadziej dostrzeganą „żywnościową przyczyną” występowania niektórych chorób była niedostateczna ilość warzyw, owoców i pieczywa z ziarnami zbóż w diecie, zwią-

ksząca ryzyko wystąpienia nowotworu przewodu pokarmowego. Zależność tę najrzadziej wskazywali respondenci, dla których wartość wskaźnika masy ciała BMI przekraczała wartość 25 (test $\chi^2 = 8,87$, $p < 0,05$).

Z analizy materiału empirycznego wynika, że chorzy na cukrzycę charakteryzowali się stosunkowo dużą wiedzą na temat zasad prawidłowego żywienia. Wśród zasad „prawidłowego żywienia”, które respondenci wskazywali najczęściej znalazły się:

- należy zjadać codziennie co najmniej trzy posiłki (96,0%),
- mięso ryb jest zdrowsze niż mięso zwierząt rzeźnych (96,0%),
- należy spożywać regularnie posiłki (94,0%),
- należy ograniczyć spożycie tłuszczów zwierzęcych (94,0%),
- aby być zdrowym, oprócz prawidłowej diety, należy wykonywać codziennie ćwiczenia gimnastyczne (94,0%),
- nie należy wychodzić z domu bez śniadania (92,0%),
- nie należy przejadać się (92,0%),

Podsumowując można stwierdzić, że osoby chore na cukrzycę charakteryzowały się ogólnie wysokim poziomem wiedzy o żywności i żywieniu oraz znajomością zasad racjonalnego żywienia. Większość uczestników badania (47 osób) uważało, że sposób odżywiania ma istotny wpływ na zdrowie. Swoją odpowiedź najczęściej uzasadniali zależnością między dietą a występowaniem chorób (38,0% odpowiedzi), a także związkiem sposobu odżywiania z dobrym samopoczuciem (26,0% odpowiedzi). Respondenci prawidłowo zidentyfikowali „żywieniowe” przyczyny występowania niektórych chorób, z wyjątkiem ryzyka wystąpienia własnej choroby, jaką jest cukrzyca.

Pomimo zadowalającej oceny poziomu wiedzy żywieniowej cukrzyków dość niepokojący okazał się fakt, iż co trzeci respondent (38,0%) stwierdził, że zdobyte informacje żywieniowe z różnych źródeł nie miały znaczącego wpływu na jego sposób odżywiania, zaś 16 % określiły charakter wpływu jako krótkotrwały. Brak wpływu docierających informacji na sposób odżywiania był istotnie statystycznie zależny od płci, wieku respondentów i wartości wskaźnika masy ciała BMI. Najczęściej odpowiedzi tej udzielali respondenci charakteryzujący się wartością wskaźnika masy ciała BMI powyżej 25 (test $\chi^2 = 15,18$, $p < 0,05$), osoby powyżej 55 roku życia (test $\chi^2 = 5,97$, $p < 0,05$) oraz mężczyźni (test $\chi^2 = 4,15$, $p < 0,05$).

Wnioski

Zrealizowane badanie pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

– pomimo zadowalającego poziomu wiedzy żywieniowej respondenci nie mają motywacji do praktycznego wykorzystania tych informacji w celu wprowadzenia zmian we własnym sposobie odżywiania,

– istnieje potrzeba dalszych badań nad poziomem wiedzy o żywności i żywieniu osób chorych na cukrzycę oraz ich potrzeb w sferze edukacji żywieniowej w celu podwyższenia efektywności procesu edukacyjnego tych osób,

– w celu osiągnięcia długotrwałych zmian zachowań o charakterze prozdrowotnym należy w trakcie nauczania uświadomić choremu, że jest w stanie samodzielnie osiągnąć indywidualne pragnienia, np. zredukowanie masy ciała i zmotywować go do ich realizacji.

Piśmiennictwo i analiza szczegółowa u autora.

SUKCESÓW SPORTOWYCH – ciąg dalszy Spotkanie reprezentantów uczelni w piłce nożnej z J M Rektorem

mgr Jerzy Rudzik – Studium Wychowania Fizycznego i Sportu

W dniu 12 lutego w sali posiedzeń Senatu naszej uczelni, JM Rektor Akademii Medycznej – prof. dr hab. med. Janusz Piekarczyk przyjął studentów – reprezentantów uczelni w piłce nożnej. W spotkaniu uczestniczył Dyrektor Administracyjny uczelni – mgr inż. Jacek Żbikowski, Kierownik Studium Wychowania Fizycznego i Sportu – mgr Tadeusz Glinkowski i trener zespołu – autor niniejszej informacji.

W trakcie spotkania JM Rektor wręczył studentom

złote medale i dyplomy za zdobycie trzykrotnego, kolejnego Akademickiego Mistrzostwa Warszawy i woj. mazowieckiego.

Studenci podzielili się refleksjami z rywalizacji z drużynami reprezentującymi największe warszawskie uczelnie.

J. M. Rektor wysoko ocenił wysiłek włożony w przygotowanie i godne reprezentowanie uczelni przez studentów. Wyniki przez nich uzyskane są tym bardziej cenne, jeśli



Rektor prof. J. Piekarczyk, kierownik Studium WF mgr T. Glinkowski, dyr. adm. AM mgr inż. J. Żbikowski i trener J. Rudzik wśród odznaczonych sportowców

weźmiemy pod uwagę liczbę studentów i możliwości treningowe rywalizujących z nami szkół wyższych.

Dodajmy, że o sukcesie naszego zespołu decydowały: zaangażowanie, odpowiedzialność, determinacja i ambicja. Przed rozpoczęciem rozgrywek mistrzowskich zespół rozgrywa wiele spotkań kontrolnych (w roku akad. 2000/2001 było ich 14), włącznie z zespołami wyższych klas rozgrywkowych.

W drużynie występuje zgodność motywacji i intencji działania, wszystkich łączy wspólnie przeżywane sukcesy i porażki, zespół jest zdolny do podejmowania dużych obciążeń i dużego ryzyka w toku zespołowego działania. Tworzymy zgraną drużynę – nie ma w niej wątpliwości, dokąd zmierzamy.

Sport jest sposobem na odprężenie i relaks. Idealnie nadaje się na hobby, zainteresowanie, które można pogłębiać, rozbudowywać przez stawianie sobie kolejnych, niedostępnych dotąd celów.

Wysiłek, pot, zmęczenie i duma. Cóż może być wspanialszego? Satysfakcja ze zwycięstwa jest zwykle proporcjonalna do trudów, jakie trzeba pokonać na drodze do niego.

W grach zespołowych, a taka jest piłka nożna, nikt w pojedynkę poważnych zawodów nie wygra. Decyduje współdziałanie na boisku, a także stosunki w zespole poza nim. Dlatego po zwycięstwie cieszą się wszyscy jednakowo – gwiazdy, pozostali zawodnicy z boiska, a także ci z ławki rezerwowych.

Ważne jest, że nasi studenci wygrywają, choć nie każdy

mecz układa się po ich myśli. Zawsze podejmują wyzwanie i zawsze jest tak, jakby to robili pierwszy raz. Oni mają mentalność zwycięzców, dla nich nie ma taryfy ulgowej, bo to oni podnoszą poprzeczkę.

Pamiętajmy, że nasi studenci, wkrótce absolwenci, poza przygotowaniem zawodowym, powinni być zdrowi, sprawni fizycznie i wysportowani, bo wymaganiami nowego tysiąclecia sprostać będzie mógł człowiek odporny na stresy. Takie są wymagania współczesności i takie wymagania będą stawiane tym, którzy będą chcieli robić zawodowe kariery. Kto zatrudni otyłego, wiecznie zadyszanego absolwenta?

Na zakończenie spotkania JM Rektor życzył studentom dalszych sukcesów. Najbliższa okazja będzie w maju, kiedy to we Wrocławiu będziemy bronić tytułu Akademickiego Mistrza Polski.

P. S. Po rundzie jesiennej 2001/2002 piłkarska reprezentacja Akademii Medycznej jest liderem Akademickich Mistrzostw Warszawy (w tej edycji startuje 14 uczelni).

Skład drużyny Akademii Medycznej:

Paweł Radomski, Maciej Sosnowski, Kamil Lewandowski, Tomasz Kowalczyk, Robert Zegan (wszyscy z Wydziału Farmacji), Łukasz Antolak, Michał Kamionek, Wojciech Jankowski, Michał Małek, Piotr Wójcik, Dominik Odrobina, Karol Panek, Tomasz Szymański, Rafał Jedynak, Tomasz Pawiński (wszyscy Wydziały Lekarskie), Artur Lewandowski – **kapitan zespołu**, Piotr Wieczorek, Krzysztof Cwikła, William Tsiomo (Oddział stomatologii).

WSPOMNIENIA

Profesor Mirośław Jan Mossakowski (1929-2001)



W dniu 26 grudnia 2001 zmarł w Warszawie po długiej chorobie Profesor dr hab. nauk medycznych Mirośław Jan Mossakowski, Prezes Polskiej Akademii Nauk, znakomity lekarz i uczony o znaczącym dorobku, niestrudzony organizator życia naukowego w Polsce.

Był wybitnym neuropatologiem, autorem ponad 120 prac, często cytowanych w literaturze i podręcznikach neuropatologii. Do Jego ważnych osiągnięć należą: zdefiniowanie leukodystrofii o podwójnym bloku metabolicznym, histoenzymatyczna charakterystyka guzów mózgu, opisanie nowego typu komórek glejowych, zaproponowanie hipotezy o tzw. gliopatii wątrobowej, badania nad patomechanizmami choroby niedokrwiennej mózgu, obserwacje nad odkładaniem się złogów amyloidowych przy niedokrwieniu mózgu i szeregu obserwacji nad uszkodzeniem mózgu w przebiegu zespołu nabytych niedoborów immunologicznych. Na uwagę zasługuje również, że był redaktorem i współautorem dwudziestu trzech pozycji podręcznikowych. Wartościowe osiągnięcia naukowe przyniosły Mu uznanie w kraju i w świecie. Został wybrany na członka Rosyjskiej Akademii Nauk Medycznych, Meksykańskiego Instytutu Kultury, Europejskiej Akademii Nauki i Sztuki oraz nadano Mu członkostwo honorowe w kilku towarzystwach naukowych. Aka-

demie Medyczne w Białymstoku, Gdańsku i Lublinie, a także Uniwersytet Jagielloński uczyniły go swoim honorowym doktorem.

Prezesem Akademii był Profesor trzy lata. Sekretarzem Wydziału Nauk Medycznych czternaście lat, dyrektorem Instytutu – Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie dwadzieścia sześć lat i dwadzieścia dziewięć lat bardzo aktywnym członkiem Polskiej Akademii Nauk. Pracował w Komisji d/s Tytułu i Stopni Naukowych, uczestniczył w posiedzeniach Rządu RP, w posiedzeniach KBN-u i wielu innych instytucji o dużym znaczeniu dla życia naukowego. Był członkiem wielu rad naukowych, również w placówkach zagranicznych, uczestniczył w redagowaniu kilku czasopism. Miał dzięki temu wielkie doświadczenie w działaniach społecznych i administracyjnych, które wykorzystywał w organizowaniu pracy naukowej. Część doświadczenia zdobył również w naszej Uczelni. Jako młody lekarz pracował przez sześć lat w Klinice Neurologicznej Akademii Medycznej w Warszawie i dobrze ten okres wspominał. Współpraca Jego Instytutu z naszą Uczelnią, w różnych formach trwa do dzisiaj. Jego ważnym dziełem było uformowanie Instytutu Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej w obecnej postaci i dzięki rozlicznym staraniom wybudowanie nowoczesnej pięknej bazy dla Instytutu na ul. Pawińskiego, która dobrze służy nie tylko badaniom neuropatologicznym, ale również fizjologicznym i badaniom w zakresie chirurgii doświadczalnej. Ponadto na bazie swojego Instytutu Profesor Mossakowski stworzył interesujący i efektywnie działający model łączenia badań teoretycznych z działalnością kliniczną. Widział badania medyczne realizowane w uczelniach, instytutach i Polskiej Akademii Nauk jako istotną część wysiłku narodowego ukierunkowanego na potrzeby społeczeństwa. Wielokrotnie podkreślał ogromne znaczenie badań prowadzonych w uczelniach, które są szczególnym wkładem do rozwoju kultury narodowej.

Profesor M.J. Mossakowski był dobrym szefem, wymagającym, ale życzliwym, nigdy nie zostawiającym swojego pracownika z trudnościami. Każdy, kto przychodził do Niego z pomysłem, mógł liczyć na pomoc. Często pozwalał sobie na ironiczne uwagi, ale zawsze pomagał w miarę swoich możliwości. Nigdy nie wyrażał opinii, w nierzadkich w naszym środowisku sporach, bez wysłuchania drugiej strony. Nawet w bardzo trudnych sytuacjach, zachowywał bezstronność i spokój. Był niezwykle pracowity. Jego dzień pracy trwał niekiedy 13-15 godzin. Nawet gdy życie w Nim gasło, trwał przy swoich obowiązkach. Z trudem pożegnał, pięknym i niezdarkowym przemówieniem, swojego przyjaciela i bliskiego współpracownika profesora Witolda Rudowskiego. Z dużym wysiłkiem uczestniczył w Dniach Nauki Polskiej w Moskwie, wygłaszając przemówienia, prowadząc dwustronne rozmowy i reprezentując polskie środowisko naukowe z godnością.

Wygłaszał piękne, przemyślane i dobrze przygotowane

przemówienia. W jednym z nich (U.J., 28-09-2000) powiedział : "... w świecie nauki narasta dyskusja nad jej nowym modelem. Coraz częściej pojawia się refleksja, że granice między dyscyplinami są pożyteczne wyłącznie dla administratorów, księgarzy i bibliotekarzy. Gdy się od tych granic abstrahuje, można dostrzec naukę jako jeden rozgałęziony system, którego części są wprawdzie nieraz luźno powiązane, ale żadna nie istnieje bez związku z innymi." Jest to uwaga, którą warto zapamiętać, wygłoszona przez uczonego i świadka niespotykanego wcześniej rozwoju naukowego XX wieku, świadcząca o głębokich przemyśleniach nad istotą nauki.

Pozostawił po sobie swój niemały dorobek naukowy, szereg cennych uwag o nauce i pracy i grono współpracowników, którym trudno jest się pogodzić z Jego odejściem.

Prof. dr hab. Janusz Komender
Warszawa, dn. 20 lutego 2002 r.

Profesor Bohdan Fitak (1934-2002)



Z wielkim bólem przyjęliśmy wiadomość o śmierci **Prof. Bohdana FITAKA** w dn. 7 lutego 2002 roku. Był On bowiem wzorem naukowca, wybitnym specjalistą w zakresie analizy farmaceutycznej i szlachetnym człowiekiem. To niespodziewane zrzęcenie losu poruszyło społeczność akademicką Wydziałów Farmaceutycznych w całej Polsce.

Bohdan FITAK urodził się 21 lutego 1934 roku w Warszawie. Ukończył studia na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie w 1955 roku. Był nauczycielem akademickim od 1960 roku. W Akademii Medycznej był zatrudniony kolejno na stanowisku asystenta, st. asystenta, adiunkta, docenta i profesora nadzwyczajnego. Stopień doktora nauk farmaceutycznych uzyskał w roku 1968, dr hab. n. farm. w 1973 roku. W latach 1980-1990 pracował na stanowisku docenta w Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej. Od 1990 roku do chwili obecnej był zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego (AM) i kierownika Zakładu Analizy Leków na Wydziale Farmaceutycznym AM w Warszawie.

W ciągu wielu lat prowadził ćwiczenia oraz wykłady dla studentów Wydziału Farmaceutycznego, a także wykłady, ćwiczenia i egzaminy z chemii ogólnej dla studentów Oddziału Stomatologii. Ostatnio prowadził zajęcia z analizy leków i analizy instrumentalnej dla studentów II, IV i V roku studiów Wydziału Farmaceutycznego oraz ćwiczenia ra-

chunkowe w ramach przedmiotu biochemia dla studentów I Wydziału Lekarskiego.

Był opiekunem lub kierownikiem ponad 40 prac magisterskich. Od kilku lat był wykładowcą i kierownikiem kursów w ramach szkolenia podyplomowego na I^o specjalizacji z farmacji aptecznej. Był opiekunem stażu podyplomowego 3 cudzoziemców oraz kierownikiem specjalizacji na I lub II^o kilku mgr farmacji.

W przeszłości B. Fitak był członkiem, a potem sekretarzem Wydziałowej Komisji Rekrutacyjnej, wykładowcą na kursach przygotowawczych na studia, przewodniczącym rad pedagogicznych, kierownikiem studenckich obozów naukowo-społecznych, opiekunem Studenckiego Koła Naukowego, dwukrotnie członkiem jury Ogólnopolskich Konferencji STN, członkiem Komisji Egzaminacyjnej na I^o specjalizacji, członkiem Rektorskiej Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów, członkiem Rady Szkoły ds. Młodzieży (AM w Warszawie) oraz nauczycielem chemii w Technikum Fototechnicznym. W ciągu kilku lat B. Fitak był członkiem Głównej Komisji Kwalifikacyjnej ds. stopni specjalizacji zawodowej nauczycieli chemii szkół średnich oraz członkiem Komisji Egzaminacyjnej w Instytucie Kształcenia Nauczycieli.

W latach 1986-89 B. Fitak był konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia i kierownikiem programu międzynarodowego realizowanego w Azji Płd.-Wsch. Do chwili obecnej współpracował z WHO, biorąc udział w opracowaniu części analitycznej dwóch monografii dotyczących roślin leczniczych stosowanych w medycynie tradycyjnej. Był współautorem ponad 100 publikacji, w tym słownika chemii praktycznej, patentu, skryptu dla studentów oraz tłumaczem 3 książek WHO. Kilka publikacji eksperymentalnych opublikował w czasopismach objętych Current Contents. Ponadto był współautorem 29 komunikatów na konferencjach krajowych i 4 zagranicznych.

B. Fitak był recenzentem 2 prac habilitacyjnych, 3 prac doktorskich, jednej dla KBN oraz licznych prac dla czasopism naukowych, przemysłu farmaceutycznego (dokumenty dla Komisji Rejestracji Leków i prac magisterskich). Wypromował jednego doktora.

B. Fitak był członkiem PTFarm. (w latach 1970-76 sekretarzem Sekcji Analitycznej), członkiem założycielem University of Texas M.D. Anderson Assoc. (Houston) oraz członkiem International Association of Bioinorganic Scientists (San Diego). Od 1996 roku był przewodniczącym Komisji Analizy Farmaceutycznej Komitetu Chemii Analitycznej PAN oraz członkiem Komitetu Chemii Analitycznej PAN. Od kilku lat był redaktorem w zespole redakcyjnym czasopisma *Chemia Analityczna* (imp. fact. powyżej 0.56).

Od 2000 roku był konsultantem wojewódzkim w dziedzinie analityki farmaceutycznej dla województwa mazowieckiego.

Noty biograficzne Bohdana Fitaka opublikowano w KTO JEST KIM W POLSKIEJ MEDYCYNIE (Warszawa 1987), Marquis WHO's WHO (Chicago 1985) oraz Dictionary of International Biography (Cambridge 1998).

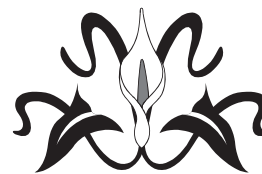
Prof. Bohdan Fitak aktywnie uczestniczył w życiu uczelni. Za osiągnięcia dydaktyczne i naukowe był wielokrotnie nagradzany przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Rektora Akademii Medycznej w Warszawie. Został m.in. odznaczony Złotym Krzyżem Zasługi (1981), Medalem "Wzorowego Pracownika w Służbie Zdrowia", Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski (1990), Medalem Komisji Edukacji Narodowej – za szczególne zasługi dla oświaty i wychowania (2000). W 1998 roku otrzymał nagrodę zespołową naukową II^o za pracę pt. "Toxicity studies of a new selenium compound, selol, in rats" oraz "Pharmacokinetics of selol, a new agent containing selenium, in rats". Za całokształt osiągnięć dydaktyczno-wychowawczych nagrodzono Go w 1990 roku, a za unowocześnienie programu i metod nauczania z dziedziny analizy leków w roku 2000.

Nie wszyscy wiedzą o tym, że B. Fitak interesował się także muzyką klasyczną. Był również taternikiem, alpinistą, zapalonym turystą, znającym niemal wszystkie szlaki turystyczne południowej Polski. Był pływakiem i żeglarzem. Jego hobby to także filatelistyka. Był przewodniczącym Koła Filatelistycznego Nr 324 przy AM w Warszawie. Został nagrodzony nagrodą zespołową dydaktyczną I^o za zorganizowanie Wystawy Filatelistycznej z okazji Uroczystości Jubileuszu 75-lecia Wydziału Farmaceutycznego w czerwcu 2001 roku przez Rektora AM w Warszawie.

Prof. Bohdan Fitak – wybitna postać polskiej farmacji – żył tylko 68 lat. Będzie nam Go bardzo brakowało.

W obliczu tak ogromnej straty – pełni smutku – zachowamy na zawsze w naszej pamięci obraz Człowieka o wielkim umyśle, szerokich zainteresowaniach, całkowicie oddanego sprawom rozwoju farmacji, wspaniałego nauczyciela akademickiego, wybitnego naukowca, zasłużonego dla Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie, autora licznych publikacji naukowych, eksperta WHO, cenionego specjalistę w zakresie analizy leków.

Pracownicy ZAKŁADU ANALIZY LEKÓW



Lekarze patroni ulic Warszawy (14)

JANUSZ KORCZAK

Dr med. Tadeusz Kocon

Janusz Korczak, właściwie Henryk Goldszmidt urodził się 22.07.1878 (lub 1878) r. w Warszawie, zmarł w sierpniu 1942 (lub 1943) r. w niemieckim obozie zagłady w Treblince, dokąd został wywieziony transportem z „Umschlagplatzu”. Jego działalność można podzielić na trzy kierunki: lekarską, pedagogiczną i pisarską. Te ostatnie dziedziny łączyły się ze sobą i przeplatały.

Pochodził z rodziny żydowskiej od kilku pokoleń zasymilowanej w kulturze i tradycji polskiej. Żył w rodzinie uważanej za polską i dlatego jego rodzeństwo otrzymało imiona chrześcijańskie. Sam Henryk Goldszmidt nie przywiązywał wagi do wierzeń religijnych. Nie znał języka hebrajskiego, ani używanego w Polsce dialektu żydowskiego. Dziadek jego był lekarzem mieszkającym i praktykującym w Hrubieszowie, a ojciec znanym w Warszawie adwokatem.

Do szkół uczęszczał w Warszawie. Maturę zdał w Gimnazjum im. Króla Władysława IV w Warszawie na Pradze w 1897 r. Fakt ten Koło Absolwentów Szkoły uczciło przez umieszczenie na trawniku przed szkołą pamiątkowego kamienia z tablicą o odpowiednim napisie. Studiował na Wydziale Lekarskim Cesarskiego Uniwersytetu Warszawskiego. Po ukończeniu studiów Henryk Goldszmidt rozpoczął pracę w 1903 r. w Szpitalu dziecięcym im. Bersonów i Baumanów w Warszawie przy ul. Śliskiej 51. Szpital ten istnieje do dziś. W Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego z roku 1998 jest zamieszczona historia szpitala, a nazwisko dr Henryka Goldszmidta wymienione jest dwukrotnie. W 1904 r., gdy rozpoczynała się wojna rosyjsko-japońska dr Goldszmidt jako rosyjski poddany został powołany do wojska. W 1904 r. wyjechał z armią na wschód, aż za Morze Bajkałskie i dotarł z nią do Mandżurii. W 1905 r. powrócił do Warszawy i do pracy w szpitalu przy ul. Śliskiej. Dlatego w historii szpitala jest on notowany dwukrotnie.

Wykształcenie lekarskie uzupełniał za granicą – w klinikach Berlina, Paryża i krótko Londynu. Zapoznawał się tam z leczeniem dzieci i opieką nad dziećmi – w zakładach wychowawczo-opiekuńczych.

W Warszawie praktykował wśród ludności biednej. Gdy szedł na wizytę domową, to kierujący do niego lekarze i personel szpitala mówili, że jest lekarzem pomagającym w chorobie, a także może dać pieniądze na lekarstwa. Miał pacjentów nie tylko wśród biedoty, ale była wśród nich

hrabina, generałowa, urzędnicy miejscy i inni. W czasie I Wojny Światowej służył w Wojsku Polskim i był ordynatorem lazaretu dywizyjnego, a następnie pracował w szpitalach w Łodzi i w Warszawie, na Kamionku. Mundur wojskowy ze stopniem majora włożył także w 1939 r., bo przewidywał, że zostanie powołany do wojska. Przez pewien czas chodził codziennie w tym mundurze.

W czasie studiów rozpoczął współpracę z prasą. Pisywał do kilku czasopism. Zbliżył się także do działających wtedy organizacji lewicowych. Zainteresował się pracą pedagogiczną, zwłaszcza gdy zwiedzał za granicą zakłady opiekuńczo-wychowawcze dziecięce i młodzieżowe. Dlatego w 1911 r. wspólnie ze Stefanią Wilczyńską założyli Żydowski Dom Sierot w Warszawie. Mieścił się on przy ul. Krochmalnej 92, a w czasie okupacji był przeniesiony na ul. Śliską. W domu tym realizowano propagowane i zalecane przez Korczaka metody wychowawcze oparte na działaniu samorządu wychowanków, sądach koleżeńskich i wdrażaniu do życia społecznego. Domem Sierot Korczak kierował do 1942 r. W 1919 r. był współzałożycielem i współorganizatorem sierocińca dla dzieci polskich „Nasz Dom” mieszczącego się w Pruszkowie, a potem w 1927 r. przeniesionego do Warszawy (Bielany).

Dla Domu Sierot uzyskał także dom w Wawrze i organizował tam kolonie letnie.

Korczak pisał i wydawał także książki dla dzieci. Największą popularnością cieszyła się książka *Król Maciuś I*. Wydał także kilka oryginalnych utworów dla dzieci i o dzieciach.

Janusz Korczak znany jest też z innej działalności. Był wykładowcą w Wolnej Wszechnicy Polskiej i w Instytucie Pedagogiki Specjalnej. Pełnił także funkcję kuratora sądowego Sądu dla Nieletnich. Wygłaszał wiele pogadank radiowych dla dzieci i dorosłych na tematy zdrowotne (1935–1936). Pogadanki te zapowiadał jako „gadanki Starego Doktora”. Redagował lub współpracował z wieloma pismami dla dzieci i młodzieży, np. „W słońcu”, „Mały Przegląd” (1920–1929). Po roku 1936 pisma wysyłane z Domu Sierot podpisywał równocześnie jako dr Henryk Goldszmidt, Janusz Korczak i Stary Doktor.

Ulica Janusza Korczaka znajduje się na Woli, jest równoległa do ul. Karolkowej i biegnie od ul. Kasprzaka do ul. Szarych Szeregów.

Znawcy życia i działalności Janusza Korczaka powiążą z jego osobą ul. **Starego Doktora** i ul. **Króla Maciusia**. Ulica Starego Doktora znajduje się w Gminie Wawer, w Osiedlu

Marysin Wawerski i biegnie na północ od ul. Korkowej. Nieco dalej w kierunku zachodnim jest ul. Króla Maciusia, równoległa do ul. Korkowej.

KOMUNIKAT

NIEKTÓRE Z ISTOTNYCH ZMIAN USTAWY O ZAMÓWIENIACH PUBLICZNYCH

Mgr inż. Ryszard Gomuła
– Kierownik Działu Zaopatrzenia AM

Uprzejmie informujemy, że w drugim półroczu 2001 roku Sejm RP uchwalił dwie, bardzo obszerne poprawki do Ustawy o zamówieniach publicznych z 10 czerwca 1994r., które poważnie zmieniają dotychczasowe zasady wydatkowania środków publicznych (Dz.U. Nr 76 poz. 813 z 25 lipca 2001r, oraz Dz.U. Nr 113 poz. 1208 z 9 października 2001r.)

Istota tych zmian wynika, w głównej mierze, z nowej treści art. 14c Ustawy, który ma obecnie następujące brzmienie:

Art. 14c. Zamawiający jest obowiązany niezwłocznie po sporządzeniu planu finansowego, jeżeli jest jednostką sektora finansów publicznych albo do dnia 31 marca roku kalendarzowego, jeżeli jest inną jednostką obowiązana do stosowania przepisów ustawy, przekazać do publikacji w Biuletynie Zamówień Publicznych ogłoszenie o planowanych w danym roku kalendarzowym zamówieniach publicznych, których wartość w przypadku zamówienia na roboty budowlane przekracza równowartość kwoty 500 000 EURO albo łączna wartość w każdej kategorii dostaw lub usług przekracza równowartość kwoty 500 000 EURO oraz art. 3 Ustawy, który stanowi:

Art. 3. 1. Ustawę stosuje się do udzielania zamówień publicznych na dostawy, usługi lub roboty budowlane.

2. Zamawiający nie może w celu uniknięcia stosowania ustawy lub uniknięcia procedur udzielania zamówień publicznych określonych ustawą dzielić zamówienia na części oraz zaniżać wartości zamówienia.

Powyższe oznacza, że Akademia Medyczna ma w postępowaniach o zamówienia publiczne kierować się planem finansowo-rzeczowym, opartym o kategorie dostaw lub usług. Ustawodawca wyjaśnił w art. 2 Ustawy, że pod pojęciem „kategorii dostaw lub usług – należy przez to rozumieć

piąty poziom grupowania dostaw lub usług stosowany w klasyfikacjach statystycznych wydawanych na podstawie ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. Nr 88, poz. 439, z 1996 r. Nr 156, poz. 775, z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 121, poz. 769 oraz z 1998 r. Nr 99, poz. 632 i Nr 106, poz. 668)”, tzn. w oparciu o Polską Klasyfikację Wyrobów i Usług (w skrócie PKWiU).

Przez kategorię dostaw lub usług należy rozumieć poziom opisany pięcioma cyframi, rozdzielonymi dwoma znakami przystankowymi (czyli: **xx.xx.x**)

Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług jest dostępna w Internecie pod adresem: www.pkwiu.owg.pl/pkwiu1.asp lub w formie papierowej w Dziale Sprzedaży Dzienników Ustaw i Dzienników Urzędowych przy ul. J.Ch. Szucha.

Trzeba od razu podkreślić, że Dział Zaopatrzenia nie zawsze jest w stanie prawidłowo sklasyfikować zamawiane towary bez pomocy składającego zapotrzebowanie, szczególnie w zakresie wyrobów i odczynników chemicznych oraz wyposażenia laboratoryjnego, gdzie wielokrotnie wymienia się jedynie symbol katalogowy lub nazwę własną producenta. Zapotrzebowania takie będziemy musieli odsyłać do nadawców z prośbą o uzupełnienie symbolu piątego poziomu grupowania PKWiU, lub zwracać się do dostawców z prośbą o uzyskanie właściwych symboli PKWiU, co nie zawsze jest skuteczne, gdyż nie są oni zobowiązani do stosowania Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług na ofertach lub fakturach.

Art. 4 ust. 1 Ustawy o zamówieniach publicznych wskazuje, iż rygory ustawy muszą być przestrzegane przez *jednostki sektora finansów publicznych w rozumieniu Ustawy o finansach publicznych*, do których zalicza się m.in. państwowe szkoły wyższe, jednostki badawczo-rozwojowe, samo-

dzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, Polską Akademię Nauk i tworzone przez nią jednostki organizacyjne, itd. Inaczej mówiąc Akademia Medyczna, będąca jedną i niepodzielną osobą prawną, ma obowiązek planowania, grupowania i prowadzenia zamówień publicznych w sposób scalony (scentralizowany) dla wszystkich swoich jednostek organizacyjnych.

Trzeba dodać, że zgodnie z treścią wymienionych przepisów, przez środki publiczne należy rozumieć m.in. przychody jednostek organizacyjnych i osób prawnych zaliczanych do sektora finansów publicznych, pochodzące z dotacji, działalności i z innych źródeł.

Wypełnienie postanowień znowelizowanej Ustawy o zamówieniach publicznych nakłada na wszystkie jednostki organizacyjne AM, czyli Instytuty, Katedry i Kliniki, Zakłady, Pracownie oraz Dziekanaty i działy administracyjne, obowiązek planowania dostaw i usług w okresie jednego roku, w ramach przewidywanych środków finansowych i w układzie rzeczowym określonym przez kategorie dostaw lub usług, o których mowa powyżej.

Dział Zaopatrzenia, dla przeprowadzenia prawidłowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, wykorzystuje wiedzę o zamówieniach zrealizowanych w ciągu poprzedniego roku finansowego. Jeśli zatem w roku 2001 Akademia Medyczna zakupiła w kategorii oznaczonej 24.66.4 produkty chemiczne na kwotę (netto) przekraczającą równowartość sumy 350 000 EURO, to każdy z zamawianych w roku 2002 produktów z tej grupy należy zakupić w jednym z trybów, określonych Ustawą o zamówieniach publicznych (art. 13). Z kolei w całym roku 2001 dokonano zakupu marchwi (kategoria 01.12.1) na kwotę netto nie przekraczającą równowartości 3 000 EURO i pozwala to na zakup marchwi w roku bieżącym bez stosowania Ustawy (z wolnej ręki). W kategorii 30.02.1 (komputery i inne urządzenia do przetwarzania informacji) wydano w roku 2001 równowartość kwoty 180 000 EURO, co powoduje, że każde składane w bieżącym roku zapotrzebowanie na sprzęt w tej kategorii musi być zakończone postępowaniem przetargowym, gdyż ustawodawca mówi:

Art. 68. 1. Zapytanie o cenę może być stosowane, gdy przedmiotem zamówienia są dostawy rzeczy lub usługi powszechnie dostępne o ustalonych standardach jakościowych, a wartość zamówienia nie przekracza równowartości kwoty 130 000 EURO.

Znowelizowana Ustawa o zamówieniach publicznych nie zmieniła obowiązujących do tej pory trybów postępowania, możliwych do zastosowania w procesie realizacji dostaw i usług, zmieniła natomiast kryteria, jakimi powinien kierować się zamawiający wybierając jeden z tych trybów. Jako najbardziej konkurencyjny i nie wymagający spełnienia żadnych dodatkowych kryteriów pozostaje – oczywiście – nadal tryb przetargu nieograniczonego.

Inne tryby postępowania, wymienione w znowelizowanej Ustawie, tzn. przetarg ograniczony i przetarg dwustopniowy, a szczególnie – negocjacje z zachowaniem konkurencji,

zapytanie o cenę i zamówienia z wolnej ręki, mogą być stosowane w sposób ograniczony i jedynie w sytuacji, gdy spełnione jest jedno lub kilka kryteriów wskazanych przez ustawodawcę. Np. art. 71 Ustawy mówi, że

Art. 71. 1. Zamawiający może udzielić zamówienia z wolnej ręki tylko wtedy, gdy zachodzi jedna z następujących okoliczności:

1) z przyczyn technicznych (...)

2) (...)

3) ze względu na wyjątkową sytuację nie wynikającą z przyczyn leżących po stronie zamawiającego, której nie mógł on przewidzieć, wymagane jest natychmiastowe wykonanie zamówienia publicznego, a nie można zachować terminów określonych dla innych trybów udzielenia zamówienia,

4) uprzednio prowadzone postępowanie w trybie przetargu nieograniczonego zostało unieważnione z powodu braku wymaganej liczby ofert, jeżeli pierwotne warunki zamówienia nie zostały w sposób istotny zmienione, a ze względu na szczególny rodzaj dostaw, (...) można je uzyskać od jednego dostawcy (...).

Określenie właściwego trybu postępowania o zamówienie publiczne wynikać będzie z:

(a) kategorii dostaw lub usług (piąty poziom grupowania dostaw lub usług wg PKWiU) i planowanych w danym roku kalendarzowym zamówieniach publicznych w tej kategorii, lub sumy wartości zamówień tej samej kategorii udzielonych w poprzednim roku kalendarzowym,

(b) specyfikacji (rodzaju, swoistości, osobniczości, odrębności, znamienności) dostawy lub usługi, merytorycznie i rzeczowo wskazanej przez składającego zapotrzebowanie,

(c) udokumentowanych okoliczności, wskazujących jednoznacznie na konieczność realizacji konkretnie takiej, a nie innej dostawy lub usługi,

(d) historii dotychczasowych realizacji dostaw lub usług, które można nazwać – w świetle składanego zapotrzebowania – podstawowymi, i które mogą uzasadnić stwierdzenie, że składane zapotrzebowanie stanowi uzupełnienie, w sensie dostawy, zakupionego już w trybie Ustawy o zamówieniach publicznych urządzenia lub aparatu.

Treść Ustawy oraz komentarze Departamentu Prawnego Urzędu Zamówień Publicznych znajdują się na stronie internetowej www.uzp.gov.pl

Jeszcze raz podkreślając, że dla potrzeb postępowania o zamówienie publiczne Dział Zaopatrzenia musi dysponować podziałem zapotrzebowanych towarów wg kategorii PKWiU, prosimy o ewentualne wypełnienie załączonych, przykładowych formularzy, determinujących tryb prowadzenia zamówienia publicznego.

Dział Zaopatrzenia będzie również zobowiązany za składanie następnych zapotrzebowań na załączonym wzorze, który nie jest wprowadzanie administracyjnie obowiązkowy, ale może ułatwić i przyspieszyć naszą pracę.

□