



MEDYK BIAŁOSTOCKI



MIESIĘCZNIK BIAŁOSTOCKIEJ AKADEMII MEDYCZNEJ

www.amb.edu.pl

NR 5(28)

BIAŁYSTOK MAJ 2005 R.

ISSN 1643-3734



W NUMERZE:



Nie będzie rewolucji – zapewnił prof. **Robert Filisak**, nowo wybrany dziekan Wydziału Lekarskiego AMB

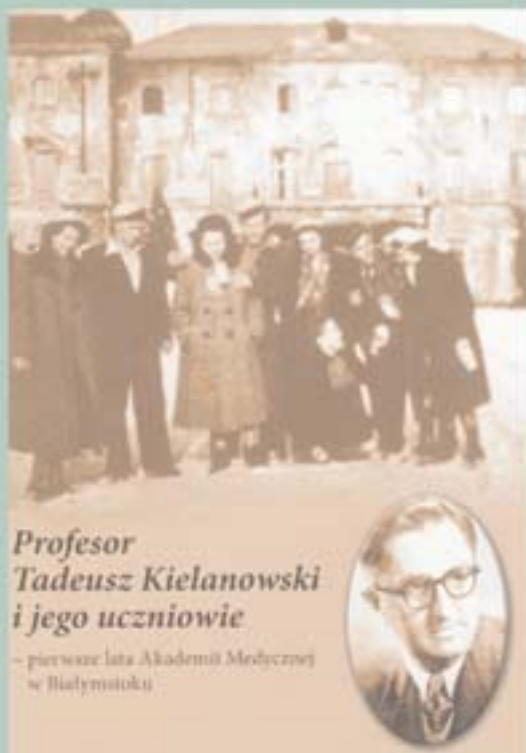


„Tylko życie poświęcone innym warto jest przeżycia”
powtarzał za A. Einsteinem
prof. **Mirosław J. Mossakowski**,
kolejny doktor honoris causa AMB



Kto, co i kogo ratuje?
Spór o ratownictwo medyczne

Rzeczypospolita
Polska powierzała
godność prezydenta
ludziom
najznakomitszym
głęboko
wykształconym,
gorącym patriotom.
Ignacy Mościcki
– chemik i trzeci
prezydent RP



*Profesor
Tadeusz Kielanowski
i jego uczniowie*

– pierwsze lata Akademii Medycznej
w Białymstoku



Kapliczka w Parku
Branickich, obok
której codziennie
przechodzimy,
została
odrestaurowana.
Redakcja MB
przyczyniła się
do tego

SPIS TREŚCI

OD REDAKTORA



Od redaktora	str. 3
Kierownictwo uczelni i kierownictwo wydziałów AMB. Kadencja 2005-2008	str. 4
Rozmowa miesięca z prof. Robertem Flisiakiem	str. 5
Odczynniki z wolnej ręki	str. 6
Protest lekarzy w klinikach uniwersyteckich	atr. 6
W oderwaniu od rzeczywistości	str. 7
Patrząc z boku	
Łopatologicznie	str. 9
Jak klocek do klocka	str. 12
3 numery alarmowe	str. 14
Zawody ratowników medycznych	str. 16
Kaplica Matki Boskiej Ostrobramskiej	str. 17
Przeszłość idzie razem z nami	str. 18
W majowym nastroju	str. 20
Więści z biblioteki	
Prepaid w bibliotece lub tak zwyczajnie po polski przedpłata	str. 21
Temida i Eskulap	
Tajemnica lekarska cz. II	str. 22
Doktorzy Honoris Causa	
Profesor Mirosław Jan Mossakowski	str. 24
Neurobiolog – intuicjonista i wizjoner	str. 25
Bezpieczne podróżowanie	str. 27
Co nowego w naukach biomedycznych	
Wielkie odkrycie nieznanego mnicha	str. 28
Z historii nauk farmaceutycznych	
Ignacy Mościcki – chemik i prezydent RP	str. 30
Próba niszcząca	str. 31
Wspomnienia i refleksje	
Już nie ma Alicji	str. 32
Kim jest pacjent?	str. 32
Miasta naszego regionu	
Królewska Łomża	str. 34
Uwaga na trzewiki	str. 36
400 słów	
O konikach	str. 36
Rośliny w Biblii	
Betsaba i róże	str. 37
Z działki pracowniczej	
Emerytury na starych zasadach	str. 38
Lektury czytane po północy	
Uczeni w anegdocie	str. 39
Wydarzenia i aktualności	str. 40
Młody Medyk	str. 43

*Materiały do numeru przyjmujemy
do dn. 10 każdego miesiąca.*

Skład redakcji:
 Redaktor naczelny: Lech Chyczewski
 Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz: Krzysztof Worowski
 Sekretarz redakcji: Danuta Ślósarska
 Członkowie: Alina Midro, Wojciech Sobaniec, Tadeusz Laudański,
 Wiktor Łaszewicz, Andrzej Litorowicz, Jan Długosz, Ilona Lengiewicz,
 Anna Worowska, Adam Hermanowicz, Joanna Jasielczuk, Sylwia Bartuś
 Współpracownicy: Jan Pietruski, Wojciech Dębek,
 Antoni Sydor (Tarnów), Marek Kamiński (USA)
 Dział studencki: Paweł Szambora, Anna Maksymiuk, Emilia Sobolewska,
 Walentyn Pankiewicz
 Skład komputerowy: Marzena Szleszyńska
 Strona internetowa: Andrzej Bortacki

Druk: Zakład Poligraficzny **ABIS**
 15-227 Białystok, ul. Zwierzyniecka 72, tel. 0 695 487 014

Adres redakcji:
 Biblioteka Główna Akademii Medycznej
 15-089 Białystok 8,
 ul. Kilińskiego 1,
 tel. (085) 748 54 85 (Danuta Ślósarska)
 e-mail: medyk@amb.edu.pl
 http://www.amb.edu.pl

Adres redakcji studenckiej:
 Siedziba organizacji studenckich, DS1
 ul. Akademicka 3; tel (85) 748 58 13

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opracowania tekstów
 oraz zmiany ich tytułów.

Mamy dobrą nowinę. O złych w majowym numerze nie będziemy mówić. Szkoda psuć majowych nastrojów. Nie zamierzam mieszać odgłosów ptaków z echem nieprzyjemnych wieści, a majowych zapachów z zapachami szamba.

Dobra nowina, to powrót obrazu Matki Boskiej Ostrobramskiej do Parku Branickich. Replika, namalowana została przez Macieja Dąbrowskiego - zdobi kapliczkę, obok której często przechodzimy. Poprzedni obraz, pędzla Józefa Blicharskiego, został zniszczony. O historii tego miejsca i obrazu napisał tym razem sam prof. Dobroński. Odsyłam również do poprzednich numerów *Medyka*, w których kilkakrotnie zwracaliśmy uwagę na rażące zaniedbanie tej parkowej budowli. Podziękowania należą się władzom miasta, u których dwukrotnie interweniowaliśmy w imieniu redakcji i społeczności akademickiej. To one wyłożyły pieniądze na prace renowacyjne. Podziękowania należą się także wszystkim osobom reprezentującym komitet odbudowy kapliczki.

Poeta Artur Oppman tak pisał o Matce Ostrobramskiej:

*U Ostrej Bramy złote
 lampki gorą
 I ludzkie serce pała z niemi
 razem:
 W pustej uliczce, samotniczą
 porą
 Późny przechodzeń klęknął
 pod obrazem.
 Twarz Jej przejrzana takie
 blaski niesie,
 Taką nadzieją Boskie oczy
 płoną,
 Jakby już wszystkich
 zatulanych w świecie
 Miała "przywrócić na
 Ojczyzny tono..."*

Historia chciała inaczej. Jednak być w Wilnie i nie odwieźć Ostrej Bramy, to tak jak być w Rzymie i nie widzieć papieża. Niemal każdy Polak traktuje to miejsce jak świętą cząstkę Ojczyzny. A napis w Ostrej Bramie: *Mater Misericordiae confugimus sub tuum praesidium* jest żywym przesłaniem. Replika obrazu z Wilna, z Ostrej Bramy w bezpośrednim sąsiedztwie siedziby Akademii jest szczególnie miła naszemu sercu. Jest elementem, który każe nam pamiętać, że nasza uczelnia winna być spadkobierczynią najlepszych tradycji wileńskiego Uniwersytetu Stefana Batorego.

**KIEROWNICTWO UCZELNI
I KIEROWNICTWO
WYDZIAŁÓW AMB
KADENCJA 2005-2008**

Uczelniana Komisja Wyborcza
Akademii Medycznej w Białymstoku

Uchwała nr 13

Na podstawie § 21 Regulaminu wyborów do Kolegium Elektorów oraz kolegialnych i jednoosobowych organów AMB, ustala się listę członków Senatu AMB:

Rektor:

prof. dr hab. n. med. Jan Górski

- Prorektor ds. Nauki:
prof. dr hab. n. med. Jacek Nikliński
- Prorektor ds. Studentów:
prof. dr hab. n. med. Andrzej Dąbrowski
- Prorektor ds. Klinicznych:
prof. dr hab. n. med. Marek Rogowski

Dziekan Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Stomatologii:

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

- Prodziekan:
prof. dr hab. n. med. Janusz Dzieciół
- Prodziekan:
dr hab. n. med. Danuta Waszkiel
- Prodziekan:
dr hab. n. med. Wojciech Dębek

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej:

prof. dr hab. n. farm. Jerzy Pałka

- Prodziekan:
prof. dr hab. n. med. Milena Dąbrowska
- Prodziekan:
prof. dr hab. n. farm. Elżbieta Skrzydlewska

Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia:

prof. dr hab. n. med. Jan Karczewski

- Prodziekan:
prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułąk
- Prodziekan:
dr hab. n. med. Marek Szczepański

1	Górski	Jan
2	Dąbrowski	Andrzej
3	Nikliński	Jacek
4	Rogowski	Marek
5	Flisiak	Robert
6	Pałka	Jerzy
7	Karczewski	Jan
8	Andrzejewska	Anna
9	Buczko	Włodzimierz
10	Buraczewska	Ewa
11	Chyczewski	Lech
12	Dąbrowska	Milena
13	Kaczmarek	Maciej
14	Dębek	Wojciech
15	Dzieciół	Janusz
16	Gajewski	Andrzej
17	Małyszko	Jolanta
18	Iżycka-Herman	Aneta
19	Jakoniuk	Marta
20	Jarzębiak	Katarzyna
21	Kemona	Andrzej
22	Krajewska-Kułąk	Elżbieta
23	Braszkowski	Jan
24	Wojtukiewicz	Marek
25	Rzewnicki	Ireneusz
26	Sienkiewicz	Jerzy
27	Skowroński	Jan
28	Skrzydlewska	Elżbieta
29	Zienkiewicz	Teresa
30	Zimnoch	Lech

prof. dr hab. **Krzysztof Worowski**
Przewodniczący
Uczelnianej Komisji Wyborczej

prof. dr hab. **Krzysztof Worowski**
Przewodniczący
Uczelnianej Komisji Wyborczej

Ewolucja a nie rewolucja!

Z prof. **Robertem Flisiakiem**,
nowo wybranym dziekanem Wydziału Lekarskiego AMB, rozmawia Danuta Ślósarska.



Wypalił się pan już jako naukowiec?

Jeden z profesorów – starszej daty – gdy wręczano nam nominacje profesorskie w Pałacu Namiestnikowskim powiedział, że on już osiągnął wszystko, a ten tytuł jest dla niego uwieńczeniem. Na to Prezydent RP rzekł, że ma nadzieję, że nie wszyscy tak myślą i dla wielu jest to dopiero początek. Ja należę do tych właśnie osób. W moim przypadku skończyła się praca na pewnym poziomie, a zaczęła na innym.

Na poziomie administracyjnym?

Również. Praca administracyjna stwarza mi możliwość spełnienia swoich wizji rozwoju uczelni, podniesienia jej poziomu, pozycji w Polsce. Mam ogromną ochotę zrobienia czegoś dla tego miejsca, dla uczelni z którą jestem związany już od czasów studenckich.

Jakie cechy predysponują pana do pełnienia funkcji dziekana?

Umiem sobie stawiać jasne i jednoznaczne cele do zrealizowania. Potrafię dostosować się do warunków, które zaistnieją.

Nie wahał się pan przyjąć tej propozycji?

Nie, bo to nie był proces jednodniowy. Były długie rozmowy i dyskusje z rektorem i prorektorami. W obecnym zespole dziekańskim pracowałem przez ostatnie trzy lata, więc dobrze wiem z czym ta praca się wiąże.

Nawet poczuł już pan smak porażki.

Mówi pani o wyborach prodziekanów?

Tak, o tym właśnie mówię.

Dwie kandydatury, które zaproponowałem na stanowiska prodziekanów nie uzyskały wymaganej większości głosów. Jest to dla mnie pewien sygnał ze strony elektorów. Wprawdzie nie muszę się z tym zgadzać, ale muszę tę decyzję zaakceptować. Elektorat kazał mi wybrać nowych kandydatów.

Na tym polega demokracja. Można mówić co się chce, ale robić trzeba to, co nam każe.

Mam nowe propozycje, ale przed oficjalnym ogłoszeniem ich przez przewodniczą-

cego nie mogę ujawnić nazwisk (o wynikach wyborów czyt. na str.4 – od red.). Przeprowadziłem wiele rozmów z różnymi osobami i pozostaje mi mieć nadzieję, że tym razem elektorzy poprą mój wybór.

Czym się pan kierował wybierając kandydatów?

Jeżeli chodzi o stomatologię, to szukałem osoby na tyle energicznej i kompetentnej, aby mogła zastąpić na tym stanowisku prof. Stokowską. Przy wyborze drugiego prodziekana szukałem osoby, która sprostałaby wymaganiom jakie stawia przed uczelnią nauczanie w języku angielskim. Będziemy mieli coraz więcej studentów anglojęzycznych, toteż i wymagania wobec prodziekanów muszą być inne.

Jak pan ocenia swojego poprzednika?

Raczej nadal dziekana! Nie należę do ludzi, którzy mówią o innych źle. Mnie to brzydzi. Przez trzy lata współpraca między mną a profesorem Maciejem Karczmarskim układała się wzorowo, wręcz idealnie.

Oj, zaczyna pan tworzyć laurkę.

Dla mnie idealna sytuacja jest wtedy, gdy w zaciszu gabinetu dyskutujemy, ale na zewnątrz prezentujemy jedno stanowisko. To, że nie we wszystkim się ze sobą zgadzamy, to jeszcze nic nie znaczy. Chodzi o to, aby mieć możliwość przedstawienia swoich argumentów, a nie obrażać się na siebie. Oczywiście zdarzają się sytuacje, że przełożony ma inne zdanie i wówczas jego głos jest decydujący. Ale trzeba wziąć pod uwagę, że to on w konsekwencji ponosi odpowiedzialność za wszystkie decyzje.

Co pan zmieni w działalności dziekanatu?

Raczej nie będę zmieniał sposobu jego funkcjonowania, rozdziału obowiązków na poszczególnych pracowników administracyjnych. Być może inny nacisk położę na obowiązki dziekanów. Od lat funkcjonował podział klasyczny: jeden prodziekan odpowiedzialny był za stomatologię, drugi za młodsze lata, trzeci za starsze lata studiów lekarskich. Otwarcie w ubiegłym roku studiów dla obcokrajowców wymaga pewnych reorganizacji.

Rozumiem, że pracownicy dziekanatu mówią po angielsku?

Tak idealnie to nie ma, ale studenci anglojęzyczni już trochę nauczyli się naszego języka.

A i w razie czego można dogadać się na migi.

Zapomina pani, że w dziekanacie zatrudniona jest osoba, która odpowiada za nadzór nad studentami-obcokrajowcami. Inne osoby, w tym głównym trzonie dziekanatu, też potrafią porozumieć się po angielsku. Oczywiście nie radzą sobie tak dobrze jak pan Adam, ale podstawowe sprawy potrafią załatwić. Zmiany w zakresie funkcjonowania dziekanatu muszą postępować w ramach ewolucji, a nie rewolucji.

Proszę sprecyzować o jakie zmiany chodzi?

Nie będę mnożył zadań na najbliższą kadencję. Wolę aby ich było mniej, ale żeby je można było zrealizować. Uważam, że należy zobiektywizować kryteria dotyczące doktoryzowania, habilitacji, uzyskiwania profesury. Nie chodzi o to, aby stwarzać restrykcje, bariery, ale po to aby stymulować i motywować. Niejasne przepisy prowadzą do rozczarowań. Chciałbym również postawić na poprawę jakości dydaktyki. Pewne zadania już i tak poczyniliśmy w formie sprawdzianu wiedzy lekarskiej. Będziemy robić wszystko, aby być uczelnią atrakcyjną dla młodych ludzi. Chyba nawet już jesteśmy, o czym świadczy rekrutacja z krajów skandynawskich. Mamy więcej zgłoszeń kandydatów niż jesteśmy w stanie przyjąć. W perspektywie być może trzeba będzie rozważyć zwiększenie liczebności grup obcojęzycznych kosztem naboru na studia wieczorowe.

Panie profesorze lubi pan siebie?

Lubię, chociaż nie zawsze akceptuję swój wygląd. Czasami też, kiedy spojrzę z perspektywy na to co zrobiłem, jak się zachowałem, co powiedziałem to nie jestem z siebie całkiem zadowolony. Nie lubię też siebie, gdy siedzę w domu przy komputerze. A już na pewno nie lubi mnie wtedy moja żona!

Ale ludzi pan lubi?

Nie wyobrażam sobie, żeby w przypadku lekarza mogło być inaczej.

Można mieć więc nadzieję, że będzie pan ludzkim szefem?

Chciałbym być po prostu dobrym szefem, sprawiedliwie rozdziałającym obowiązki i sprawiedliwie oceniającym pracowników. Dobry szef nie podejmuje decyzji autorytarywnych. Nie każe bezwzględnie zaakceptować swojego stanowiska, tylko stara się przekonać współpracowników do swoich racji.

Rozmowa z 13 maja 2005 roku

odczynnik*i* z wolnej ręki

Akademia Medyczna w Białymstoku w każdym roku budżetowym wykonuje prace własne, statutowe, usługowe oraz kontrakty KBN-owskie, do których realizacji wykorzystywane są importowane odczynniki i akcesoria laboratoryjne, testy i zestawy diagnostyczne. W ubiegłych latach do badań stosowane były materiały różnych firm. Każdy z produkowanych odczynników, akcesoriów, zestawów, testów, przeciwciał, krążków itd. charakteryzuje się specyficzną odmiennością tj. zróżnicowaną precyzją, czułością, dokładnością, stopniem czystości, jak również możliwością jego zastosowania do posiadanej przez uczelnię aparatury.

Z powyższych względów nie jest możliwe dokonywanie zakupów odczynników, zestawów i testów w trybach konkurencyjnych. Realizacja powyższych zakupów musi odbywać się poprzez skierowanie zamówienia z wolnej ręki do producenta, bądź wyłącznego dystrybutora danego odczynnika, zestawu lub testu diagnostycznego.

Uzasadnienie takiego zlecenia znajduje każdorazowo potwierdzenie w treści przepisu art. 67 ust.1 pkt 1 Ustawy Prawo zamówień Publicznych.

Początek roku kalendarzowego jest końcem realizacji dostaw importowanych odczynników i akcesoriów laboratoryjnych z umów zawartych w styczniu 2004 roku. W związku z tym wystąpiliśmy z wnioskiem do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych o wyrażenie zgody, w drodze decyzji administracyjnej, na zakup odczynników z wolnej ręki. Otrzymaliśmy decyzję odmowną, mimo że w latach 2001-2004 pozwolono nam na zakup z wolnej ręki. W świetle tej decyzji podjęliśmy działania, których celem jest przygotowanie materiału odwoławczego, uzasadniającego zasadność naszego pierwotnego wniosku. Przeprowadzone zostały spotkania z przedstawicielami poszczególnych jednostek prowadzących programy badawcze, dla których niezbędny jest zakup z firm aktualnie dostarczających określone odczynniki. Uzyskaliśmy odpowiednie uzasadnienia co do merytorycznego zastosowania poszczególnych odczynników w prowadzonych pracach badawczych. Pozwoliło to na opracowanie wniosku odwoławczego do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych o ponowne rozpatrzenie sprawy, w aspekcie specyfiki dokonywanych zamówień. Ponadto przeprowadzono odpowiednie rozmowy u Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych naświetlając problem.

Problem powyższy był również tematem zainteresowania konferencji rektorów uczelni medycznych. Skierowało nawet stosowne wystąpienie do Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych. Inicjatorem przygotowania wystąpienia była Akademia Medyczna w Białymstoku. W wyniku tych działań otrzymaliśmy w dn. 25.04.2005 roku decyzję Prezesa Urzędu Zamówień Publicznych zatwierdzającą wybór trybu zamówień z wolnej ręki na sukcesywną dostawę importowanych odczynników, akcesoriów laboratoryjnych, testów, zestawów diagnostycznych.

Miejmy nadzieję, że w przyszłym roku takich kłopotów uczelnie medyczne nie będą miały.

Ryszard Kuczyński
Dyrektor Administracyjny

Protest lekarzy w klinikach uniwersyteckich

Wielu, szczególnie młodych lekarzy marzy o wyjeździe do pracy do jednego z zachodnich krajów Unii Europejskiej. Okazuje się, że tak myśli i czyni też wielu ich kolegów z Niemiec. Przyczyną są pogarszające się warunki pracy lekarzy w tym kraju.

Problem zauważają niemieccy politycy, a tamtejsze media głośno zastanawiają się nad przyszłością niemieckiej medycyny (przykłady poniżej). U nas dziennikarze, nie mówiąc o politykach, rzadko sięgają do sedna sprawy.

Frankfurt, 2.05.2005. Frankfurter Allgemeine

W poniedziałek drugiego maja zaprotestowali w Niemczech lekarze licznych klinik uniwersyteckich przeciwko złym warunkom pracy i przeciwko kiepskim zarobkom. Na podstawie danych Związku Lekarzy w Marburgu, reprezentującego interesy 146 000 lekarzy niemieckich szpitali, w proteście uczestniczyło 4000 lekarzy z klinik uniwersyteckich w Giessen, Marburgu, Mannheim, Heidelbergu, Monachium, Wuerzburgu, Hamburgu, Hanoweru, Kolonii, Aachen i Saarbruecken. Armin Ehl, prezes Związku z Marburga określił protest i akcję strajkową jako „wyraźne ostrzeżenie przed wykorzystywaniem lekarzy przez budżet i traktowaniem ich jako dołnej krowy”. Ehl wskazuje następnie na zagrożenia wynikające z dalszej emigracji młodych lekarzy. Przewodniczący Związku podaje, że oferty placowe z Wielkiej Brytanii, Szwecji i USA sięgają 15 000 Euro miesięcznie. W porównaniu z innymi krajami europejskimi niemieccy lekarze zarabiają mniej, a w samych Niemczech zarabiają najmniej z nauczycieli akademickich.

Tłem całej akcji jest, według związku zawodowego lekarzy, informacja o planowanych zmianach w układzie zbiorowym. Według tych danych obniżka pensji może wynieść 15 procent, a czas pracy ma być wydłużony z 38,5 do 42 godzin tygodniowo.

Süddeutsche Zeitung, 3.05.2005

Pierwsza pomoc dla lekarzy (komentarz)

Gdy strajkują lekarze budzi to mieszane uczucia. Lekarze uważani są za uprzywilejowaną kastę zawodową z dużymi zarobkami i odpowiednim prestiżem. Naturalnie zdarzają się zarabiający krocie. Rzeczywistość w szpitalach jest jednak zupełnie inna. Warunki pracy i płacy pogorszyły się w ostatnich latach dramatycznie. Obciążenie pracą znacznie wzrosło, ponieważ leczonych jest coraz więcej pacjentów przy znacznym skróceniu czasu hospitalizacji. Równocześnie zwielokrotniło się obciążenie administracyjne. Zarobki zamrożone zostały na poziomie pensji nauczycielskich. Teraz, kiedy ma być wydłużony czas pracy, a zarobki zmniejszone przekroczona została pewna granica. Lekarze wyszli na ulice nie tyle z przyczyn socjalnych, co przede wszystkim w obawie o przyszłość medycyny.

Informacje są zatrważające. Brakuje lekarzy. Kliniki uniwersyteckie już nie konkurują o najzdolniejszych. Oni są już od dawna za granicą lub pracują w innych zawodach. Są tam lepiej opłacani i doceniani. Słabe warunki pracy lekarzy odbijają się niekorzystnie na jakości świadczeń.

Materiały zebrał i skomentował Marek Rogowski

(Autor jest prof. dr. hab. – prorektorem ds. klinicznych AMB).

W oderwaniu od rzeczywistości

Inne spojrzenie na „wsteczny bieg ratownictwa medycznego”

W kwietniowym numerze „*Medyka Białostockiego*” opublikowany został – nazwałbym to – głos w dyskusji dotyczący ratownictwa medycznego. „*Ratownictwo medyczne na wstecznym biegu*” Pana Marka Kamińskiego – bo o tym tekście chcę napisać parę słów komentatora – to dość trudny do sklasyfikowania „produkt” dziennikarstwa, bo jak na artykuł merytoryczny zawiera zbyt wiele uproszczeń i nieścisłości, a na felieton jest zbyt długi.

Otóż po jego lekturze nasunęła mi się prosta analogia. Ktoś, zapragnął nagle z perspektywy znanej sobie rzeczywistości ocenić pewną, zupełnie inną rzeczywistość i nie było w tym nic złego gdyby zrobił to obiektywnie, ze znajomością rzeczy i jedną miarą.

Być może 17 lat wystarczy, aby oderwać się od rzeczywistości Polski na tyle, by nabrać odwagi do napisania takiego artykułu.

Artykuł przedstawia serię patentów na świetnie działający w Polsce system ratownictwa medycznego bez lekarzy, choć jest powszechnie wiadome, iż trzeba co najmniej pokolenia, by zmienić mentalność Polaków. W najlepszym razie minie jeszcze kilka lat, nim Polacy zaakceptują, że Pogotowie Ratunkowe przyjeżdża do nich będzie bez lekarza. Przy całym dużym szacunku do ratowników medycznych, minie jeszcze kilka lat nim doczekamy się ich tyłu wykształconych, sprawnych i odpowiedzialnych, by na skalę masową powierzyć im swoje życie i zdrowie. Trzeba na długo wyjechać z Polski i stracić kontakt z polskimi realiami, by z taką łatwością i nonszalancko, graniczącą momentami – przykro mi to pisać – z ignorancją, przy pomocy amerykańskiej miarki oceniać Polskę i Polaków. Wygodnie jest Panu, Panie doktorze pamiętać ursusy, furmanki, nyski i inne archaiczne ikony PRL-u, wygodnie Panu pamiętać realia lat 80-tych, a może – zwyczajnie – innej Polski Pan nie zna osobiście?

Jest prawdą, że w bardzo wielu dziedzinach życia Polska jest daleko w tyle za Ameryką, ale nie daje to Panu prawa do deprecjonowania pracy i zaangażowania tysięcy ludzi związanych z ratownictwem medycznym w Polsce, a taki wyraźny podtekst ma Pański artykuł. Żeby nie być

gołosłownym, ten może przydługi wstęp poprę kilkoma uwagami szczegółowymi.

Złota godzina

Napisał Pan o zasadzie „złotej godziny” tak przestrzeganej w USA, otóż spieszę Panu donieść, że w Polsce zasada ta jest również przestrzegana. Służy temu – podobnie jak w USA – rozlokowywanie ambulansów tak, by możliwie szybko i sprawnie dotarły do pacjenta. Rozmieszczenie szpitali – to już zupełnie inna sprawa, bo zdecydowaną większość z nich rozlokowano według planów Układu Warszawskiego i w tej kwestii nie jesteśmy w stanie nic zrobić. Przy okazji „złotej godziny” skwapliwie pominął Pan polskie normy czasu dojazdu do pacjenta, które – co jest bezdyskusyjne – mają wpływ na szybkość dostarczenia pacjenta do placówki leczenia zamkniętego. Pisze Pan o nich w innym miejscu artykułu i wyśmiewa, pomijając ich oczywiste zalety. Taka konstrukcja artykułu jest daleka od obiektywizmu.

Wezwanie

Napisał Pan, że w USA nie ma żadnych dyspozytorów! Operator pod numerem 911 nie zadaje żadnych pytań – po prostu wysyła najbliższą karetkę! Pozwolę sobie żartobliwie zapytać – Do włamania też? Wywiad zbierany przez „call center 911” – niewiele różni się od tego jaki jest zbierany przez dyspozytora medycznego pod numerem 999. Tak samo jak w Polsce i każdym innym miejscu na świecie „operator” musi wiedzieć, jaki rodzaj pomocy i gdzie ma wysłać. Nawet jeśli nie musi wybierać pomiędzy rodzajami zespołów medycznych, to musi zdecydować czy wysłać tylko ambulans, czy dać mu wsparcie policji, a może straży? Informacji tych nie zbiera przecież telepatycznie! Telefon 911 to centrum zgłoszeń wszelkich sytuacji niebezpiecznych: przestępstw, wypadków, pożarów, incydentów medycznych. Mają one jeden wspólny mianownik – wymagają pilnej interwencji. Kto jeśli nie świetnie wyszkolony dyspozytor odbiera telefon 911 i kto de-



fot. Ćwiczenia ratownictwa medycznego

cyduje jaki rodzaj pomocy wysłać? Pod użytym w Pana artykule pojęciem „operator” nie kryje się chyba aparat zgłoszeniowy?

Polskie „trzy dziewiątki” to telefon „medyczny” – tu nikt nie zadzwoni informując, że sąsiedowi włamują się do samochodu! Może więc nasi dyspozytorzy mają łatwiej?

Po raz kolejny artykuł upraszcza mechanizmy lub je komplikuje po jednej lub drugiej stronie oceanu akurat tak jak w danej chwili jest to wygodne jego autorowi.

Zespoły wizytowe

Znów perspektywa kilkunastu lat za oceanem daje o sobie znać. Zespoły wizytowe, o których napisano w artykule nie mają nic wspólnego z ratownictwem! Wie to prawie każdy pacjent i na pewno każdy lekarz w Polsce. Przepraszam, są co najmniej dwie cechy łączące – w przypadku Białegostoku – zespoły wizytowe i zespoły ratownictwa medycznego. Obie instytucje są kontraktowane przez NFZ i zespoły te wyjeżdżają ze wspólnych miejsc stacjonowania! Zanim zatem przystąpi się do krytyki jakiejś instytucji warto jej się przedtem dobrze przyjrzeć.

Lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych

Jak już była o tym mowa w Polsce przez dziesięciolecia o lokalizacji szpitali nie decydowały wymogi systemu ratownictwa medycznego ani nawet inne potrzeby zdrowotne obywateli. Głos decydujący miały wymagania i potrzeby

Układu Warszawskiego oraz przewidywane linie frontu i jego zaplecza. Z takim dziedzictwem i przy obecnej, przewidywanej sytuacji gospodarczej Polski raczej trudno sobie wyobrazić, iż na potrzeby systemu ratownictwa medycznego budowane będą nowe szpitale i to w takich od siebie odległościach by w ciągu 20 góra 30 minut można tam było przywieźć każdego pacjenta! USA to bez wątpienia jedno z najbogatszych państw na świecie, ale warunek postawiony przez Pana doktora Kamińskiego to utopia nawet tam – no chyba, że mówimy o Watykanie lub Monako.

Co dalej?

Nie wiem co dalej pisać by wyprostować przedstawioną w krzywym zwierciadle rzeczywistość polskiego systemu ratownictwa medycznego. Może napiszę jeszcze słowo o „amerykańskim” spojrzeniu na ekonomię.

Różnica w kosztach ambulansu reanimacyjnego (z lekarzem) a ratowniczego (bez lekarza) biorąc pod uwagę ten sam standard wyposażenia to – powiedzmy 24 zł na godzinę – bo tyle wynosi godzinowa stawka lekarza kontraktowego ze specjalizacją przydatną w ratownictwie medycznym. Zatem dobowo oszczędność „na lekarzu” to 576 zł. Skąd zatem 1500 zł oszczędności, o których mowa w artykule. Na pewno nie z danych WSPR w Białymstoku. Nastąpiło jakieś nieporozumienie Panie doktorze. Nawet gdybyśmy z czteroosobowej „R-ki” zrobili zespół dwuosobowy – oszczędzimy kolejne nie więcej niż 20 zł na godzinę, czyli 480 zł. Razem nasze oszczędności to 1056 zł. Tylko wtedy ci świetnie wyszkoleni ratownicy, pracujący we dwóch i bez wsparcia lekarza, i pielęgniarki zażądają, zresztą słusznie, podwyżki. Nijak nie wyjdzie 1500 zł oszczędności. Kolejne uproszenie.

To właśnie na zasadzie zwodniczych uproszczeń, niedomówień, przeinaczeń i umiejętnego operowania argumentami i przykładami opiera się artykuł Pana Doktora. Zabrakło w nim jednak najważniejszego trzeźwego osądu i znajomości realiów a w miejsce refleksji, którą najprawdopodobniej miał wywołać ten artykuł pojawia się myśl, że ocenia nas, krytykuje i daje wskazówki ktoś, kto o ratownictwie w realiach polski ma w najlepszym razie mgliste wyobrażenie.

lek. Ryszard Wiśniewski
Dyrektor WSPR w Białymstoku



ŁOPATOLOGICZNIE



Marek Kamiński

Odpowiedź na „W oderwaniu od rzeczywistości”.

Zadaniem artykułu „Ratownictwo na wstecznym biegu” opublikowanym w kwietniowym „Medyku” było wskazanie ustawodawczych, merytorycznych i organizacyjnych anachronizmów polskiego ratownictwa medycznego i zainicjowanie dyskusji nad możliwościami jego naprawy. Pierwszy głos w tej sprawie zabrała osoba do tego jak najbardziej powołana – bo nikt inny – ale sam dr Ryszard Wiśniewski Dyrektor WSPR w Białymstoku. *W polemice W oderwaniu od rzeczywistości. Inne spojrzenie na „wsteczny bieg ratownictwa medycznego”* Pan Dyrektor podjął próbę całkowitej i bezpardonowej dyskredytacji tak autora – czyli mnie, jak i tego co napisałem. Całe szczęście, że ta dysertacja ukazuje się w tym samym numerze co niniejsza odpowiedź. Oszczędza mi to przykrego obowiązku obszernego cytowania. Gdyby nie był to głos dyrektorski, w dobrym tonie byłoby pominąć go zażenowanym milczeniem. Skoro jednak dyrektorskim jest, ten sam dobry ton owo milczenie wyklucza. Zażenowania niestety nie!

Zadaniem artykułu „Ratownictwo na wstecznym biegu” opublikowanym w kwietniowym „Medyku” było wskazanie ustawodawczych, merytorycznych i organizacyjnych anachronizmów polskiego ratownictwa medycznego i zainicjowanie dyskusji nad możliwościami jego naprawy.

Przede wszystkim Pan Dyrektor kwestionuje moje prawo do zabierania w tej sprawie głosu, ponieważ „o ratownictwie w realiach Polski mam w najlepszym razie mgliste wyobrażenie, a przez 17 lat (dlaczego 17 – wyjechałem w 1980 – ćwierćwiecze brzmiałoby bardziej poetycko) straciłem kontakt z polskimi realiami na tyle, by z taką łatwością i nonszalancją, graniczącą momentami – przykro Panu Dyrektorowi to pisać – z ignorancją, przy pomocy amerykańskiej miarki oceniać Polskę i Polaków”. Dowiaduję się też, że wygodnie jest mi pamiętać realia lat 80-tych, a może zwyczajnie innej Polski nie znam osobiście? Dalej Pan Dyrektor w całej powadze swego

dyrektorskiego majestatu zarzuca mi, że *potrzeba mi było 17 lat, by się od oderwać od rzeczywistości Polski na tyle, by nabrać odwagi do napisania tego artykułu*. Poza tym, że zwodzę, upraszczam skomplikowane, komplikuję proste, niedomawiam, przeinaczam i że mój osąd jest nietrzeźwy (z braku trzeźwego), że nie znam realiów i że brakuje mi refleksji. Oskarżony jestem nawet o *umiejętne operowanie argumentami i przykładami*. Bardzo chciałbym Panu Dyrektorowi te ostatnie pomówienie odwzajemnić, ale nie ma jak.

Materiał do artykułu zacząłem zbierać wiosną 2004. Spędzanie co roku w Polsce od 2 do 6 tygodni, a także rozległe koleżeńskie i rodzinne kontakty medyczne dały mi wgląd w polskie ratownictwo, które pod względem koncepcyjnym od lat siedemdziesiątych tak bardzo się nie zmieniło. Do tego doszły opowiadania znajomych o spóźnionych pogotowiach, chybionych rozpoznaniach i niewłaściwych interwencjach. Reportaże „Na ratunek” (satelitarna tvn), nieświadomie, w atmosferze sensacji dokumentujące nieudolności polskiego ratownictwa, oglądam zwykle przez pierwszych kilka minut. Potem zbyt boli.

Wszystko to jednak były obserwacje w kategoriach wrażeń. Po fakty, analizę i zawodową perspektywę zwróciłem się do najlepszego z dostępnych mi wówczas źródeł czyli **dr. Ryszarda Wiśniewskiego, Dyrektora WSPR w Białymstoku**. Pan Dyrektor chętnie zgodził się nie tylko zebrać potrzebne informacje, ale z entuzjazmem poparł moje tezy. Mało tego – dostarczył szeregu cennych argumentów na ich poparcie. Przez kilka miesięcy utrzymywaliśmy dosyć ożywiony kontakt listowny (e-mail) i telefoniczny. Z tych trwających w sumie kilka godzin rozmów robiłem staranne notatki. 5 listopada 2004 o godz. 12:30 przesłałem Panu Dyrektorowi do „recenzji” bru-

dnopis, w którym to napisałem:

A więc nie wszystko stracone, zwłaszcza, że mój kolega ze studiów i z czasów Partnership EMS Project for Poland, dr Ryszard Wiśniewski zapewnia mnie o rosnącym od dłuższego czasu poczuciu nieadekwatności Ustawy wśród ludzi odpowiedzialnych za system ratownictwa medycznego.

Przyznaję, że podówczas zaimponował mi reformatorski entuzjazm Pana Dyrektora, jego trzeźwość oceny – jak mi się wówczas wydawało



Fot. Ćwiczenia z ratownictwa medycznego. Na zdjęciu pozoranci

– bezkompromisowość. Wspomniał np., że wbrew przepisom, na własną odpowiedzialność wprowadził już załogi bez lekarza i że spisują się one znakomicie. Bardzo krytycznie wyrażał się o – bronionych obecnie – zespołach wizytowych. Tak to ująłem:

Ponieważ przyjazdu nie można odmówić, zdesperowany dr Wiśniewski wprowadził dwuosobowe (lekarz i kierowca) zespoły wizytowe z przedłużonym do 3 godzin czasem dojazdu do wzywającego. Ryszard, zgadzający się z tezami obecnych rozważań, nie ukrywa, że wprowadzenie zespołów wizytowych jest kolejnym anachronizmem. Mając ręce związane Ustawą wybiera drogę mniejszego zła. Większym byłoby finansowe bankructwo, obecnego, regresywnie zorientowanego, ale wciąż funkcjonującego systemu.

Po przejrzaniu brudnopisu Pan Dyrektor jakby stracił entuzjazm. Odpisał, że nikt za zaproponowane zmiany nie zapłaci, i że bardziej szczegółową krytykę napisze wkrótce. Mimo e-mailowej zachęty z mojej strony nie napisał. Nie sprostował przeinaczeń, nie skomplikował uproszczeń. Po prostu zamilkł!

Na tydzień przed ukazaniem się „Ratownictwa na wstecznym biegu” dowiedziałem się, że jest przeciw tezom, które jeszcze nie dawno tak entuzjastycznie popierał. Starannie więc tekst przedredagowałem, usuwając zeń wszelkie ślady dyrektorskiego poparcia. A zatem jeśli o ratownictwie w realiach Polski mam w najlepszym razie mgliste wyobrażenie, to dlatego że właśnie Pan Dyrektor w tę mgłę mnie wprowadził. Chyba, że to nie jest mgła, tylko zasłona dymna dla zmiany dyrektorskiego frontu. W odróżnieniu od mgły, dym w oczy gryzie. Prawda, prędzej czy później też.

Wezwanie

Tu Pan Dyrektor polemizuje żartobliwie. Chciałoby się żartobliwie odpowiedzieć. Niestety temat do żartów nie nastraja. Przy najmniej nie mnie. Podrozdział kończy dyrektorskie pytanie retoryczne. *Może więc nasi dyspozytorzy mają łatwiej?* Pewnie tak, ale co z tego? Bo jeśli nawet wasi dyspozytorzy mają łatwiej niż amerykańscy, wasi chorzy, niestety nie.

Ratownictwo bez lekarzy

Artykuł przedstawia serię patentów na świetnie działający w Polsce system ratownictwa medycznego bez lekarzy, choć jest powszechnie wiadome, iż trzeba co najmniej pokolenia by zmienić mentalność Polaków, w najlepszym razie minie jeszcze kilka lat nim Polacy zaakceptują, że Pogotowie Ratunkowe przyjeżdża do nich będzie bez lekarza. (...)

System, który opisuję nie jest systemem „bez lekarzy”. Jest systemem bez niewłaściwych lekarzy w niewłaściwych rolach. Kluczem opisanego przeze mnie systemu są kompetentni lekarze – specjaliści pomocy doraźnej, działający w warunkach nowoczesnie wyposażonych oddziałów pomocy doraźnej, a nie w karetkach gdzie nie dość, że stwarzają poczucie fałszywego bezpieczeństwa, to jeszcze opóźniają dostarczenie chorych na owe oddziały. Logika ta jest Panu Dyrektorowi wciąż obca.

Przestawmy więc rzecz łopatologicznie:

W listopadową deszczową noc, mieszkaniem Tykocinia – 68 letni Jan B. – niedobrze się poczuł. Żona wezwała pogotowie.

Scenariusz dyrektorski:

Wyjeżdża karetka „W”. Zakładamy, że nie jest na wezwaniu. Do tykocińskich rogatek dojeżdża po 25 minutach. Kolejne 5-10 minut zajmuje kierowcy w nocy znalezienie adresu. W międzyczasie Pan B. napił się wody i poczuł lepiej. W momencie przyjazdu karetki ogląda Wiadomości. Trzy lata temu miał niewielki zawał. Przeszedł palić i od tamtego czasu czuje się świetnie. Leki: metoprolol, aspiryna i nitrogliceryna. Badanie lekarskie to kolejne 10 minut – bo inaczej po co doktor w karetce? EKG to kolejne 5 minut. W porządku. Chory na wiadomości o normalnym EKG czuje się jeszcze lepiej. Zapewnia, że to na pewno nie zawał, bo wtedy miał ból podmostkowy. Lekarz mimo to decyduje się na zabranie. Załadunek to następne 5 minut. Po kolejnych 30 minutach dojeżdżają do szpitala, gdzie po kolejnych 30 minutach okazuje się, że pacjent ma krwawiący wrzód żołądka... **W 135 minut od wezwania.**

Jak było

(inicjały i nazwy geograficzne zmienione):

Było jak wyżej z tym, że lekarz chorego pozostawił. Niestrawność – stwierdził. Pacjent po kilku godzinach znowu poczuł się gorzej, ale zwlekał. W międzyczasie wrócił syn (amerykański inżynier na wakacjach). Bez chwili zastanowienia wsadził ojca do rodzinnego Opla i na złamanie karku zawiózł go do najbliższego szpitala. Ojciec nieomalże zemdlął na progu izby przyjęć. Pół godziny później był na sali operacyjnej. Przeżył tylko, dlatego że syn wiedział, że oczekując na powtórny przyjazd pogotowia straciłby cenny czas. Straciłby również ojca.

Scenariusz amerykański:

Zamiast 12 karetek stacjonujących w Białymstoku ten sam teren obsługuje, karetek 30 z tego 25 rozmieszczonych wachlarzowo w wiejskich remizach i obsługiwanych przez ochotników o podstawowym przeszkoleniu. W pięć minut od wezwania tykocińscy ochotnicy ruszają do Pana B. u którego, znając ludzi i teren są po kolejnych 2-3 minutach. Kolejne 5 minut i są w drodze do szpitala, którą pokonują (znając każdy zakręt i wybój) w 25 minut. 40 minut – góra i pan B. jest na oddziale pomocy doraźnej, gdzie po kolejnych 20 minutach okazuje się, że ma hemoglobinę 6.5. W 60 minut od wezwania wołamy chirurga. Za kolejne 20 zaczynamy przetaczać krew. Zaoszczędzono 75 minut w stosunku do scenariusza dyrektorskiego. W stosunku do rzeczywistości – życie.

Kontrargumentując Pan Dyrektor odwołuje się do demagogii o powierzaniu życia w ręce niewy-

kwalifikowanych ratowników. Dyrektorze – jeszcze raz! W czasie, o którym tu mowa, pańscy lekarze dopijają kawę, jadą karetką i badają chorego, którego i tak trzeba będzie jeszcze raz w szpitalu zbadać. Jest to wyłącznie czas, w którym chory leży w swoim łóżku modląc się by pomoc zdażyła. Jest to oczywiste dla każdego, komu się racjonalnie powyższe argumenty przedstawi. Pan zaś ośmiela się twierdzić, że Polacy są tak głupi, że trzeba pokolenia by zrozumieli, że jest to czas stracony i że zamiast czekać, lepiej w tym właśnie czasie chorego przewieźć do najbliższego szpitala w którym otrzyma definitywną pomoc. Gratuluję śmiałości!

Lokalizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych / Złota godzina.

Oba podrozdziały obwiniają Układ Warszawski za obecne rozmieszczenie szpitali a mnie za krytykę obecnego rozmieszczenia. Dyrektor w polemicznym uniesieniu do jednego kubła wrzucił Polskę, Układ Warszawski, USA, Monako i Watykan a jednocześnie zapomniał o co biega. Otóż cała tak wymyślona retoryka jest zupełnie nie na temat. Ja nie krytykowałem zupełnie rozsądnie rozmieszczonych polskich szpitali tylko Ustawę z lipca 2001, która ma tyle wspólnego z rzeczywistością PRL co wywód Pana Dyrektora z obecną.

Co dalej?

Sumę 1500zł, jako dobową oszczędność na karetce bez lekarza, podał mi osobiście Pan Dyrektor Wiśniewski. Albo raczej jego była, reformatorsko usposobiona osobowość. Osobowość zachowawcza twierdzi, że *Niżak nie wyjdzie 1500 zł oszczędności. Kolejne uproszczenie.* Policzmy. W systemie amerykańskim karetki obsługują ochotnicy – praktycznie za darmo. Dzisiejszy koszt R-ki: lekarz (576 PLN) plus 3 ratowników (24x20PLN x3). Wyszło 2016 PLN oszczędności na dobę. W przypadku wypadkowej „W” 576+980= 1556 PLN. Tę liczbą można by prowadzić w nieskończoność. Bez względu na to jaką formułę się tu przyjmie, wniosek jest ten sam. Obecny system można usprawnić bez dodatkowych kosztów, poprzez eliminację oczywistego marnotrawstwa. Po tym co Pan napisał, wygląda na to, że w owo marnotrawstwo wlicza się również pański dyrektorski fotel, gabinet i pensję.

Autor jest absolwentem AMB.

Obecnie pracuje

w Emergency Department:

Myrtle Wert Hospital – Mayo Health System:

Menomonie Wisconsin, USA

Adres do korespondencji: mk@lomza.org.

Jak **K****L****O****C****E****K** do **K****L****O****C****K****A**



mł.bryg. Marek Gołębiowski

*Gdy w muzyce jeden temat się nie skończył,
a drugi zaczyna – to jest fuga;
Gdy to samo dzieje się w mówieniu,
w myśleniu, w robocie – to jest bałagan.*

T. Kotarbiński

Z dużym zainteresowaniem zapoznałem się z propozycjami doktora Kamińskiego, dotyczącymi potrzeby zmian w polskim ratownictwie. Ponieważ zgadzam się z nimi tylko częściowo, chciałbym wyrazić swoją opinię z perspektywy strażaka i absolwenta AM w Poznaniu – specjalność medycyna ratunkowa. Dodam, że dziedzina ta jako element medycyny katastrof rozwijana jest w krajach zachodnich od 35 lat, a u nas tak na poważnie od lat pięciu.

Przed 10 laty, dzięki uprzejmości poprzednika dra R. Wiśniewskiego, miałem możliwość skorzystać ze szkoleń w WSPR w Białymstoku, w ramach wspomnianego przez Pana programu Partnership EMS Project for Poland. Wiedza, którą tam nabyłem przydała mi się później w szkoleniu strażaków, ratowników studium medycznego i studentów medycyny ratunkowej AMB. Ponieważ ratownictwem medycznym zajmuję się już 21 lat, dlatego w naturalny sposób udaje mi się patrzeć na jego perspektywę poprzez jego historię.

Jeszcze przed 10 laty, czas przyjazdu pogotowia do poszkodowanych wynosił w Polsce od ok. 3 godz. 20 minut do 3 godz. 40 minut. Pogotowie, jako swoista korporacja przewozowa, poza ratownictwem wypełniało mnóstwo innych zadań transportowych. Pojęcie działania interwencyjnego, liczonego w minutach, było dość abstrakcyjne. W końcu zawsze znajdują się racjonalne powody, aby dany stan zrozumieć, uzasadnić, a nawet pogodzić się z nim. Realna możliwość powiadomienia, często z telefonu odległego wiele kilometrów od miejsca zdarzenia, wydłużała czas uzyskania medycznej pomocy, niezależnie od stanu zorganizowania pogotowia. Nie było też żadnego standardu czasowego, który wymuszałby szybkie interwencyjne podejście. Karetki były bardzo skromnie wyposażone. Kierowca był tylko kierowcą, sanitariusz – siłą fizyczną, a pielęgniarka – często osoba filigranowa – specjalistką od szpitalnej pielęgnacji. I do tego wszystkiego lekarz, któ-

ry nigdy nie był nauczony ratownictwa, bądź miał je tylko przez 12 godzin na drugim roku studiów. Miał za to przywilej działania w oparciu o własną wiedzę i doświadczenie, oczywiście z powodu braku określonych procedur.

Dane statystyczne dotyczące stanów nagłych w Polsce – na tle innych krajów – są dość szokujące. Zgony okołourazowe są niestety główną przyczyną zgonów ludzi młodych w grupie wiekowej do 44. roku życia. U 41 % ofiar wypadków drogowych, specjalistyczne leczenie szpitalne rozpoczyna się dopiero po około 3 godz. 20 minutach od zdarzenia. Przy takiej sprawności systemu skutki są fatalne:

- 62,4% zgonów okołowypadkowych występuje w fazie przedszpitalnej (identyczny wskaźnik jest w Ghanie, w USA zaledwie około 21%),
- w Polsce odnotowuje się ok. 12,5 % ofiar śmiertelnych na 100 wypadków (przy wartości 3-4,5% w krajach zachodnioeuropejskich),
- na 100 tys. mieszkańców odnotowuje się rocznie 17 ofiar (wskaźnik w krajach zachodnich poniżej 6 z opcją w Szwecji trudną do osiągnięcia – „zero” zdarzeń),
- 52% zgonów pochodzi od chorób układu krążenia,
- w wyniku zgonów okołourazowych – jako kraj – tracimy rocznie ponad 500 tys. lat potencjalnego życia i ponad 300 tys. lat pracy rocznie (uwzględniając wiek jest to więcej niż w następstwie zgonów w mechanizmie sercowym i chorób nowotworowych łącznie),
- według ocen ekonomicznych 7,5 tys. zabitych kosztuje budżet ponad 3 miliardy złotych (śmierć jednej osoby ok. 350 tys. zł., uwzględniając odszkodowania, leczenie, czas życia).

Ponieważ straty ekonomiczne z tego tytułu kształtują się na poziomie 8% budżetu państwa – stanowi to już zagrożenie bezpieczeństwa narodowego. Nie wolno zatem propozycji rozwiązań zawartych w Ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym traktować jedynie jako problemu medycyny. Warto skupić się na tworzeniu **systemu ratownictwa** i równolegle podnosić np. jakość dróg. System ratownictwa bowiem, powinien być rozwijany na 3 poziomach: społecznym, pogotowia ratunkowego i innych służb ratowniczych oraz szpitalnych oddziałów

ratunkowych i szpitali. Ustawa powinna to uwzględnić wzorując się na systemie np. LEGO, gdzie klocki do klocka na pewno pasuje.

Najważniejszym powodem, który przyczynia się do tego, że ratownictwo kuleje jest brak dobrych podstaw edukacyjnych. Dydaktyków ratownictwa oraz sprzętu jest jak na lekarstwo. Ścieżki edukacyjne typu „mały ratownik” to fikcja. Co z tego, że w programach szkół średnich jest np. resuscytacja noworodków, niemowlaków i dzieci, jeśli poza deklaracyjną wiedzą nie otrzymuje się umiejętności. Absolwent szkoły po wielu latach nauki wymieni 11 rodzajów ran i omówi ich brzegi, być może będzie umiał nawet nałożyć na siedzącego poszkodowanego 38 rodzajów mocowań opatrunków (w tym 10 na głowę), tylko komu jest to potrzebne, jeśli ranny leży? Wiele się zmieniło, jeszcze więcej jest do zrobienia, i to przez system szkolny, łącznie z ratowniczą edukacją przyszłych nauczycieli.

Doktor dobry na wszystko

To oczywiste, że każdy chciałby mieć „swojego doktora”. W karetce również. Gdyby przychodnie lekarzy rodzinnych działały zgodnie z ideą, pogotowie mogłoby zająć się jedynie ratownictwem. Dopóki twórcy następnych projektów reform nie dostrzegą, że chory człowiek nie ma siły na szukanie czynnej przychodni, która w danym roku wygrała przetarg na nocne usługi i która udzieliłaby mu pomocy, dopóty każdy z nas ma prawo wezwać pogotowie. To gwarantuje nam Konstytucja! I nie będzie to „przychodnia na kółkach”, tylko błąd systemu albo dowód na jego brak! I nawet dobrze, że w tej karetce przyjedzie lekarz, któremu znacznie łatwiej będzie „sprzedać” pacjenta kolegom w szpitalu.

W świadomości społecznej, a nawet w środowisku medycznym brakuje jeszcze uznania dla specjalności – ratownik. Dopiero 20 kwietnia 1995 rozporządzenie ministra Pracy i Polityki Społecznej w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy, ujęło pod numerem 3220102 zawód ratownik medyczny, i określiło jego zadania zawodowe. W 1997 r. ustawa o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej zdefiniowała świadczenie zdrowotne, zaliczając do niego również ratowanie. Uogólniając, dopiero tak naprawdę od 1998 r. zawód formalnoprawnie istnieje. Warto zwrócić uwagę, że w sprawie prawnej zawodu ratownika zamieszczenie wprowadziła dopiero ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym, podejmując próbę likwidacji kształcenia na poziomie technika, a

wprowadzając minimalny poziom licencyjki. Przez kilkanaście lat kształcenia w tym zawodzie nie doczekano się tego, co jest istotą odpowiedzialnej służby dla drugiego człowieka – trwałych postaw. Do szkolenia trafiali różni młodzi ludzie, z pasji i z przypadku.

Jestem w stanie zrozumieć twórców ustawy na okres przejściowy, którzy w składzie karetek widzą głównie lekarza. Nie jesteśmy w stanie wykształcić ratowników medycznych tak, jak kształcą się w zawodach tradycyjnych. Nawet najlepszy program kształcenia realizowany przez ludzi innych specjalności nie da umiejętności zawodowych. Pielęgniarki najlepiej uczą zabiegów pielęgniarstwa, lekarze swoich specjalności,



Fot. Ćwiczenia ratownictwa medycznego

strażacy ratownictwa technicznego, chemicznego, ale gdzie tu spójny ratownik? To pewne uproszczenie, ale prawdziwe.

Mam głębokie przekonanie, że twórcy ustawy bardziej uwzględniali jednak interes korporacyjny w dążeniu do zachowania status quo i przeciągania momentu wejścia koniecznych zmian, maksymalizując korzyści w ramach swojej grupy zawodowej. W powszechnym obiegu jest nawet powiedzenie:

„mystyk – wystygł
wynik – cynik”

Chciałbym, aby postawy tych ratowników, którzy w zawodzie postanowili pozostać, nie były przez następne lata modyfikowane interesami ludzi, którzy wprawdzie myślą o ratownictwie, ale tylko w kategoriach prywatnych interesów.

(Autor pracuje
w Komendzie Wojewódzkiej PSP
w Białymstoku
– jest wykładowcą ratownictwa medycznego)



3



numery alarmowe!

st. bryg. w st. spocz. **Piotr P. Bielicki**
Działacz społeczny ZOSP RP
Członek OSP w Kościanie

W celu pełnej realizacji zadań państwa w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa obywatelom, został zorganizowany Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy (KSRG) będący integralną częścią organizacji bezpieczeństwa wewnętrznego państwa. System skupia jednostki organizacyjne ochrony przeciwpożarowej, inne służby, inspekcje, straże, instytucje oraz te podmioty, które dobrowolnie w drodze umowy cywilnoprawnej zgodziły się współdziałać w akcjach ratowniczych.

Zadania KSRG realizowane są na trzech poziomach. Przechodzimy więc stopniowo od podstawowego wykonawcy zadań systemu (powiat), poprzez poziom wspomaganie i koordynowania zadań na obszarze województwa i kraju. Właściwym i podstawowym organem dowodzenia w tym systemie jest komendant powiatowy (miejski) Państwowej Straży Pożarnej (PSP). Wszystko zmierzać ma do właściwej organizacji działań ratowniczych w zakresie walki z pożarami i innymi klęskami żywiołowymi oraz ratownictwa technicznego, chemicznego, ekologicznego i medycznego.

Ostatni aspekt jest właśnie tematem artykułu Pana Marka Kamińskiego, zatytułowanego „Ratownictwo medyczne na wstecznym biegu”, a zamieszczonego w kwietniowym numerze tegoż pisma. Właściwie z treścią artykułu trudno się nie zgodzić, a o skutkach przyjętych rozwiązań mogą najlepiej powiedzieć pacjenci (a często już tylko ich rodziny). W sytuacjach drastycznych zdarzenia nagłaśniane są przez media. Spójrzmy więc na problem oczami strażaka (dziś już tylko ochotnika), na którego autor kilkakrotnie wskazywał, jako na tego, który byłby właściwym do działania w stanach krytycznych, także w obszarze ratownictwa medycznego.

Partykularne interesy

Szkopuł polega na tym, że po podjęciu wielu zabiegów (legislacyjnych, organizacyjnych) jeszcze nie wiemy, czy my mamy prawo mówić o systemie, i to w dodatku zintegrowanym. Czy są to mocno już powiązane ze sobą podzespoły, czy tylko segmenty leżące luźno, i łączone dopiero w miarę pojawiających się potrzeb? Każda z podstawowych służb ratowniczych (ratownictwo medyczne, straż pożarna, policja) funkcjonuje na podstawie odrębnych uwarunkowań prawnych. Pomysł tworzenia wspólnych

(przynajmniej dla pogotowia i straży pożarnej) powiatowych stanowisk dyspozytorskich przebija się z trudem, i są one rzadkością. Często na przeszkodzie stoją partykularne interesy różnych grup społecznych. A może nie jest potrzebne łączenie służb, czy chociażby tworzenie wspólnego centrum dyspozycyjnego? Ustawa temat ten pomija (Ustawa z dn. 25 lipca 2001r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dz.U. z 2001r. Nr 113, z późn. zmianami).

Podstawowym ogniwem prowadzenia akcji ratowniczych przez KSRG jest powiat, którego starosta w sytuacjach szczególnych kieruje wspólnymi działaniami powiatowych służb, inspekcji i straży oraz innych jednostek. Do niego też należy uzgadnianie i koordynowanie wspólnych działań jednostek wchodzących w skład systemu na obszarze powiatu. Tutaj pojawia się pytanie: a co z gminą (funkcjonującą jako wspólnota samorządowa, bez zespolonej administracji rządowej), która to właśnie musi zaspokoić niemal wszystkie podstawowe potrzeby jej mieszkańców, w tym także w zakresie ich bezpieczeństwa? W krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym stanowi ona poziom podwykonawczy oraz uzupełniający. A przecież wiele miejscowości (szczególnie w terenie trudno dostępnym z uwagi na ukształtowanie terenu, zimą, bądź podczas roztopów) musi być przygotowane do stawienia czoła niebezpieczeństwu samodzielnie, jak okręt na morzu, bo pomoc zawsze będzie spóźniona, a nawet w ogóle z zewnątrz niemożliwa.

Jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego. Przyjmuje się, że maksymalny czas dojazdu zespołu na miejsce zdarzenia, licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego centrum powiadomienia ratunkowego, nie może być dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza nią.

W kwietniowym tegorocznym „Przeglądzie Pożarniczym” opublikowany został artykuł Wiesława Leśniakiewicza i Jana Kielina pt. „Tlenek węgla a sieć straży pożarnej”. Autorzy przywołują badania przeprowadzone w Niemczech, z których wynika, że czas graniczny przebywania w pomieszczeniu zadytmionym wynosi 13 minut od momentu powstania pożaru. Zwracają daleką uwagę, że „by reanimacja przy zatruciu tlenkiem węgla mogła być skuteczna, powinna zostać rozpoczęta najpóźniej w 17. minucie od momentu powstania pożaru”. Wiadomo, że podczas pożarów wewnętrznych sytuacja krytyczna występuje po ok. 18-20 minutach, wówczas bowiem należy liczyć się z rozgorzeniem i praktycznie nie ma już szans na uratowanie kogokolwiek. Wskazują więc autorzy na standardy niemieckie, wedle których by działać skutecznie na miejscu akcji w czasie do ośmiu minut powinno dotrzeć 10 ratowników, a kolej-

nych sześciu po upływie dalszych 5 minut. Pomijając duże aglomeracje, gdzie sieć straży jest w miarę rozwinięta, jak na razie w naszym systemie jest to nieosiągalne. Ale przecież jeszcze w tym samym czasie powinny pojawić się zespoły ratownictwa medycznego. Jak to się ma do ustawowo określonych czasów dojazdu?

Mistrzowie marnotrawstwa

PSP podjęła próbę sprostania owym wymaganiom, szkoląc swych ratowników także w zakresie niesienia pomocy medycznej. Na odpowiednie kursy kierowani są także członkowie ochotniczego pożarnictwa, jakkolwiek trudno tutaj jeszcze mówić o powszechności, a na przeszkodzie stoją najczęściej kłopoty finansowe jednostek OSP i ekonomiczne zainteresowanych (oddelegowanie na kurs może np. grozić utratą pracy). Marzy nam się rozwiązanie, w którym ubezpieczyciel premiowałby tych, którzy służą powszechnemu bezpieczeństwu, chociażby poprzez zatrudnianie ratowników społecznych – wszystkich formacji, nie tylko OSP, refundując koszty ich wielce pożytecznej działalności (np. obniżając składki ubezpieczenia, zwracając koszty udziału w akcjach, szkoleniach itp.). Chociaż wszystkie dotychczasowe poczynania odbywają się znacznym kosztem, to efekty są niewspółmiernie niskie. Jesteśmy chyba mistrzami w marnotrawieniu środków publicznych. Ale przygotowywanie wolontariuszy i powszechna edukacja do bezpieczeństwa to już odrębny temat.

Wyobraźmy sobie przypadek wymagający udzielania poszkodowanym pomocy, przy konieczności równoczesnego prowadzenia innych działań ratowniczych, które pozwoliłyby na uniknięcie jeszcze większego dramatu (np. ofiar masowych). Na kwalifikowaną pomoc medyczną trzeba będzie czekać, a czas jest nieubłagany. Jeżeli zajdzie potrzeba pilnego transportu poszkodowanego chociażby do najbliższego szpitala, być może trzeba będzie wyłączyć z akcji pojazd gaśniczy, tak bardzo potrzebny na miejscu zdarzenia. Pytanie jeszcze, czy strażacki samochód bojowy nadaje się do transportu poszkodowanych i reanimacji? Zmuszony byłem kiedyś do wykonywania czynności ratowniczych w takich warunkach. Do dziś, jak zły sen, wraca wspomnienie tamtego zdarzenia.

Nawet najbardziej fachowa pomoc staje się bezużyteczna, jeżeli będzie spóźniona. Dlaczego zatem nie wykorzystywać umiejętności strażaków, bądź ratowników innych formacji współpracujących w ramach KSRG, i nie dać karetki pogotowia do strażnic, o czym też Pan Marek Kamiński mówi. Zapewnić stałe dyżury, chociażby na zasadzie selektywnego przywoływania. I nie chodzi tu o wyręczenie pogotowia, ale o zapewnienie sprawnego i szybkiego dostarczenia poszkodowanego (chorego) do punktu, gdzie uzyska w pełni profesjonalną pomoc. Pozostaniemy w zgodzie z zasadą „zaopatrzyć, załadować i w drogę”. Nawet jeżeli założymy, że trudny czas zwiększonego bezrobocia jest przejściowy, to i tak lepiej (z etycznego, czysto ludzkiego powodu)

zapłacić za dyżury paramedyków, niż dawać te same środki z tytułu zasiłku dla bezrobotnych. Pozytywną stroną tego będzie zagęszczenie sieci punktów pomocy doraźnej i tym samym skrócenie czasu dojazdu do poszkodowanego. Oczywiście pod warunkiem, że będą to karetki wypadkowe, łatwe do zadysponowania przez SK PSP, bo jakże inaczej skoro mamy trzy numery alarmowe.

Nie bardzo też wiem, dlaczego mielibyśmy zrezygnować z przygotowania do zawodu „ratownik medyczny” w szkołach policyalnych (wymagany będzie dyplom ukończenia wyższych studiów zawodowych). Dobrze, że jeszcze prowadzony jest nabór. Stykałem się z młodzieżą kształconą w takich placówkach (sam uczestniczyłem swego czasu w procesie edukacyjnym) i wysoko oceniałem, i oceniam nadal ich umiejętności. Czy musimy mieć w karetce pogotowia magistra?

Dziwnie dla starego oficera wygląda rozwiązanie kwestii kierowania działaniami ratowniczymi. Generalnie w przyjętym ustawowo rozwiązaniu (art. 26) nikt poza lekarzem nie może podjąć kierowania działaniami medycznymi – zatem lekarz musi wyjechać obowiązkowo. Nie wspomina się nawet o kwalifikowanym ratowniku medycznym, ale dopuszcza się przejęcie kierowania przez innego lekarza, mimo iż nie posiada on odpowiedniej specjalności. A jeżeli nie ma lekarza działaniami kieruje dyspozytor medyczny z centrum powiadamiania ratunkowego (?), podczas gdy na miejscu zdarzenia być może znajduje się dobrze przygotowany ratownik medyczny (w przyszłości już ze studiami wyższymi). W odniesieniu do straży pożarnej nie bardzo wyobrażam sobie kierowanie działaniami ratowniczymi przez dyspozytora powiatowego stanowiska kierowania PSP. Dodajmy, że kierowanie to sprawują: dowódca zastępu, sekcji, zmiany lub strażak wyznaczony przez uprawnionego przełożonego (może to być oficer, aspirant – absolwent 2-letniej szkoły policyalnej, a nawet podoficer – po ukończeniu kilkumiesięcznego kursu). Kierowanie może też przejąć: naczelnik OSP – właściwej dla miejsca zdarzenia, jeżeli w akcji biorą udział tylko ochotnicze straże pożarne. I to w warunkach niekiedy skomplikowanych, a także w stanie bezpośredniego zagrożenia ludzi.

Bezpieczeństwo szeroko rozumiane jest sprawą ogólnoludzką. Psycholodzy wskazują, że leży ono u podłoża wszelkich innych potrzeb ludzkich. Jest więc to dziedzina życia społecznego, która powinna być uznawana jako nadrzędna ponad nacjami, ponad politycznymi podziałami i ponad partykularyzmami. Stan bezpieczeństwa jest przejawem naszej kultury. Oddaje nasze poczucie odpowiedzialności za losy innych. Działania w tym kierunku nie mogą być dobrą wolą sprawujących władzę, ale społecznym imperatywem.

Pan Kamiński przypomniał nam Prawo Murphego, uzupełnijmy je Prawem Scotta mówiącym, że „Wszystko, co idzie źle, sprawia wrażenie, że idzie dobrze”.



Zawody ratowników medycznych

W dniach 20-22 maja 2005 roku, w Białowieży odbył się „II Podlaski Rajd Ratownictwa Medycznego Białowieża 2005” zorganizowany przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

Impreza, która odbyła się, podobnie jak w roku ubiegłym, w Supraślu zgromadziła zespoły ratownictwa medycznego z całej Polski. Zawodnicy mieli okazję sprawdzić się zarówno w czasie praktycznych ćwiczeń terenowych, jak też podczas testu wiedzy teoretycznej.

W zawodach uczestniczyły 34 zespoły ratownictwa medycznego w dwóch kategoriach – zespołów z lekarzem – kategoria ALS (Advanced Life



I miejsce – zespół WSPR Białystok
(Andrzej Mikołajewicz, Adam Hermanowicz,
Jarosław Ninkiewicz)

W niedzielę 22 maja, w amfiteatrze miejskim w Hajnówce odbył się Europejski Piknik Medyczny, podczas którego zainteresowane osoby miały

nadzieję, iż przyczyni się do szerszej prezentacji i promocji Podlasia jako terenów atrakcyjnych turystycznie, gospodarczo oraz do upowszechnienia wiedzy i świadomości z podstaw pierwszej pomocy i ratownictwa medycznego.

Wyniki Rajdu prezentują się następująco:

W kategorii ALS startowały 22 zespoły, pierwsza piątka to:

- I miejsce – zespół WSPR Białystok, (Adam Hermanowicz, Andrzej Mikołajewicz, Jarosław Ninkiewicz)
- II miejsce – zespół WSPR Warszawa, (Konrad Bońda, Anna Rataj, Michał Dobrowolski, Paweł Opałka)
- III miejsce – zespół PR z Kalisza, (Dariusz Bierła, Renata Waraczyńska, Mikołaj Olejnik, Sławomir Dzikowski)
- IV miejsce – zespół WSPR Białystok,
- V miejsce – zespół WSPR Białystok z Zakładu Pomocy Doraźnej w Hajnówce.
- XII miejsce w tej kategorii zajęła załoga z Grodna



Fot. Uczestnicy II Podlaskiego Rajdu Ratownictwa Medycznego

Support) oraz zespołów ratowniczych bez lekarza – kategoria BLS + AED (Basic Life Support + Automated External Defibrillation).

W piątek w nocny odbył się symulowany atak terrorystyczny na pociąg. W tym zadaniu załogi trzech ambulansów działając równocześnie i współpracując również z Policją, ze Strażą Pożarną i Strażą Graniczną musiały poradzić sobie w warunkach katastrofy masowej.

W sobotę rozgrywano cztery konkurencje dzienne. W ramach tych zadań zespoły zetknęły się z porodem w warunkach poza szpitalnych, przypadkowym postrzałem z broni palnej, ciężkim incydentem kardiologicznym oraz wypadkiem komunikacyjnym, w którym uczestniczyła karetka pogotowia.

możliwość uzyskania bezpłatnych porad lekarskich i wykonania podstawowych badań. Ponadto piknik uświetniły pokazy technik ratownictwa medycznego i technicznego, pokazy sprzętu ratownictwa oraz krótkie szkolenia z udzielania pierwszej pomocy.

W programie pikniku znalazł się również czas na wystąpienia i krótkie szkolenia realizowane przez Policję i Państwową Straż Pożarną.

Jesteśmy przekonani, że Rajd spełnił swoje podstawowe zadanie jakim było doskonalenie przez służby ratownictwa medycznego umiejętności praktycznych i zasad współpracy, zarówno między zespołami ratowniczymi, jak też z Policją czy Strażą Pożarną. Impreza stworzyła możliwości rywalizacji, porównania umiejętności, mamy także

W kategorii BLS + AED startowało 12 zespołów, pierwsza piątka to:

- I miejsce – zespół ZOZ Lipno, (Przemysław Zawacki, Michał Długopolski)
- II miejsce – zespół WOPR z Nysy, (Dominik Dworak, Jarosław Białochwałek, Marcin Antkiewicz, A. Buchert, K. Sadowski)
- III miejsce – zespół WSPR Olsztyn, (Miroslaw Bałka, Arkadiusz Kosut, Grzegorz Rzońca)
- IV miejsce – zespół WSPR Białystok,
- V miejsce – zespół WSPR Białystok z Zakładu Pomocy Doraźnej w Dąbrowie Białostockiej.

Lek Ryszard Wiśniewski
Dyrektor WSPR w Białymstoku

Kaplica

Matki Boskiej Ostrobramskiej

31 maja 2005 roku odbyła się uroczystość poświęcenia neogotyckiej Kaplicy Matki Boskiej Ostrobramskiej w Ogrodzie Branickich w Białymstoku. Odprawiono także nabożeństwo majowe, przybyli oficjalni goście i około 150 mieszkańców. Tradycji stało się zadość, a była i okazja, by wspominać w ta pora Wilno z Ostrą Bramą,



Branickich, profesora Józefa Blicharskiego, dawne lata i zawilóści historii. Obraz jest umieszczony na ścianie parawanowej w pobliżu dawnej altany chińskiej. Zachowała się fotografia z lat 30. XX wieku przedstawiająca tę kapliczkę. Wiadomo też, że niszczący obraz został ostatecznie zamalowany w latach 70.

Bardzo ciekawą postacią był Czesław Blicharski, artysta malarz, pedagog. Pochodził z lwowskiej rodziny (ur. w 1886 roku), studia odbył w krakowskiej Akademii Sztuk, potem je kontynuował w kilku ośrodkach europejskich, przede wszystkim w Paryżu. W oczekiwaniu na wolną Polskę był jednym z propagatorów stworzenia "grodu sztuki - Tęczowa". Różne przyczyny sprawiły, że po I wojnie światowej osiadł właśnie w Białymstoku, zasilili kadre tutejszego Seminarium Nauczycielskiego. J. Blicharski przewodził w upiększaniu sali "Ogniska Nauczycielskiego" i auli z ołtarzem szafkowym mieszczącym obraz Matki Bożej Miłosierdzia. Zachwycał estetyczny wygląd korytarzy z rzędami gablot, wystawionymi rycinami i obrazami, kwiatami, witrażami. W swej pra-

cowni Profesor umieścił portrety, dopingował uczniów do codziennego szkicowania, urządzał wystawy najlepszych prac. Tak krzepły talenty, a przykładem może być Zygmunt Stankiewicz, malarz i rzeźbiarz, propagator polskości w Szwajcarii. Trzeba spopularyzować dorobek całego białostockiego Seminarium Nauczycielskiego, ulokowanego w kompleksie pałacu Branickich.

Prof. Józef Blicharski padł ofiarą sowieckich żołnierzy, którzy ewakuowali się przed nacierającymi wojskami niemieckimi. 25 czerwca 1941 roku wraz z żoną i innymi białostoczanie chronił się w piwnicy przy ul. Jagiellońskiej 2 przed ewentualnymi skutkami walk. Broniąc żonę przed szykanami żołdatów oddał się w ich ręce, ci zaś w panice użyli broni. Po Mistrzu pozostała część obrazów, wspomnienia wychowanków. Miał on przemożny wpływ na urządzenie Plantów, zapowiedzi miasta "tęczowego", zostawił tam i obraz Matki Bożej Ostrobramskiej. (AD)

Adam Dobroński

(Autor jest prof. dr. hab.

– pracuje na Wydziale Historyczno- Socjologicznym Uniwersytetu w Białymstoku).

Powrót

Matko Najświętsza
I Matko nasza
Odkąd istnieje świat
Ty wszelkie łaski
Dla nas wypraszasz
Od wielu tysięcy lat

Igrałaś przed Nim
Swoją pięknoscią
Przy świata tego stworzeniu
I całe serce swoje oddałaś
Panu i Bogu Naszemu

Kwiecie różany
Gwiazdo zaranna
Świeciłaś w Ostrej Bramie
I ochraniałaś także ten Pałac
Branickich razem z nami

Dzisiaj znów wracasz na swoje miejsce
Aby strzec polskiej kultury
I tak jak ogniś
W ogrodach "Dziadka"
Wierzbie płaczącej
Łąkach i kwiatach
Oazie Kresowej Natury...

Romualda Bagan-Kondracka
Absolwentka AMB

Przeszłość idzie razem z nami

„Profesor **Tadeusz Kielanowski** i jego uczniowie”

Refleksje z wystawy w Muzeum Historycznym w Białymstoku



Rok 1950

Pierwsi studenci nowo utworzonej w Białymstoku Akademii Medycznej – dziesiątej w Polsce z pięćsetnym Wydziałem Lekarskim na świecie – rozpoczynają naukę.

Pracę w uczelni w charakterze wykładowców podejmują dawni absolwenci Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Do pracy w AMB zgłaszają się także absolwenci innych uczelni medycznych – z Warszawy, Poznania, Wrocławia i Gdańska. Byli to: Irena Ambroszkiewicz, Józef Biborski, Stanisław Boczoń, Piotr Boroń, Karol Buluk, Jakub Chlebowski, Adam Dowgird, Waław Dzieszko, Władysław Giedrojé-Juraha, Józef Hamerla, Wiktor Hassmann, Tadeusz Jankowski, Bronisław Jodkowski, Zygmunt Kanigowski, Tadeusz Kielanowski, Jan Kiersz, Marian Killar, Ludwik Komczyński, Roman Kordecki, Bronisław Kostkiewicz, Dominik Kossakowski, Aleksander Krawczuk, Stanisław Legeżyński, Janusz Lesiński, Helena Lewińska, Józef Musiatowicz, Mieczysław Nietupski, Feliks Oleński, Eudokia Ostaszewicz, Jerzy Płatakis, Marian Poznański, Kazimierz Rodziewicz, Henryk Rożkowski, Maria Seidler-Dymitrowska, Witold Sławiński, Stefan Soszka, Maria Stasiewicz, Witold Stasiewicz, Bogdan Szymborski, Józef Tarmas, Antoni Tołłoczko, Marian Tulczyński, Zofia Umiastowska, Stanisław Witek, Włodzimierz Zankiewicz, Antoni Żuk.

Rok 1955

Wielka radość – pierwsze w dziejach Białostoczny dyplom lekarza. Jest ich 106. Skromna czarna książeczka z historycznym orłem bez korony. Pięciu najlepszych studentów otrzymuje dyplomy z wyróżnieniem.

Z nutką rozrzewnienia żegnamy naszych profesorów, którzy przekazywali nam wiedzę medyczną. Chcieli kształtować nas na ludzi wrażliwych i oddanych służbie choremu. Z żalem i łzą w oku żegnamy prof. Tadeusza Kielanowskiego, pierwszego rektora białostockiej Akademii Medycznej, który opuszcza Białystok i przenosi się do Gdańska. Profesor T. Kielanowski otaczał nas wszystkich prawdziwym ojcowskim uczuciem. Cieszył się z naszych rezultatów w nauce, wybaczał błędy i ratował z sytuacji, które wydawały się być bez wyjścia, w tych trudnych powojennych latach.

Nie zawiedliśmy Rektora i naszych profesorów. Tadeusz Szlachowski został Ministrem Zdrowia, a następnie Wiceprzewodniczącym Rady Państwa. Tadeusz Januszko był rektorem naszej uczelni. Tamara Jelisiejew, Jerzy Jakowicki, Lucjan Wiśniewski, Marian Furman zostali profesorami. Inni nasi koledzy uzyskali stopnie doktora habilitowanego, stopnie doktora, pełnili funkcje dyrektorów szpitali i innych placówek medycznych. Znaleźli się wśród nas także posłowie na Sejm.

Na tej starej fotografii obecni jesteśmy wszyscy. Nasi Profesorowie i my.



Fot.
Pierwsi
absolwenci
Wydziału
Lekarskiego
Akademii
Medycznej
w Białymstoku.
Rok 1950-1955

Rok 2005



Prof. T. Kielanowski

Jubileusz pięćdziesięciolecia uzyskania dyplomów lekarskich przez pierwszych absolwentów białostockiej Akademii Medycznej. Stulecie urodzin prof. T. Kielanowskiego oraz otwarcie wystawy w Muzeum Historycznym pt. „Profesor Tadeusz

Kielanowski i jego uczniowie”. Dyrektor muzeum Andrzej Lechowski oraz kustosz Jolanta Szczygieł-Rogowska zafascynowani opowieściami swoich rodziców, a naszych kolegów ze studiów, postanowili

przybliżyć tamten czas mieszkańcom miasta i obecnym studentom. Czas, w którym „...Białystok został wpisany do wielkiej rodziny miast akademickich...”.

Wystawę zaszczylił swoją obecnością JM prof. Jan Górski, obecny rektor Akademii Medycznej. Brawami powitano przybyłą na tę uroczystość żonę prof. T. Kielanowskiego – Zofię. W ciepłych słowach przypomniła zebranym tamte odległe już lata, do których

zawsze ze wzruszeniem wracał prof. T. Kielanowski.

Zwiedzających witają zdjęcia pałacu Branickich – od ruin, w których zaczynaliśmy studia, do jego pełnej krasy. Wróciły wspomnienia tamtych lat.

Profesor T. Kielanowski – z zamieszczonych fotografii – uśmiecha się do nas jako chłopiec, student, lekarz i nasz Rektor.

Cykl zdjęć i dokumentów z życiorysu Profesora pozwalają utwierdzić nas w przekonaniu, że był to człowiek o wszechstronnych zainteresowaniach – prawdziwy lekarz i humanista. Człowiek kochający swój zawód, ludzi, przyrodę, malarstwo i muzykę.

Z eksponowanej dokumentacji fotograficznej patrzą członkowie Rady Wydziału:



Fot. (od lewej) Witold Sławiński, Tadeusz Dzierżykray-Rogalski, Tadeusz Kielanowski, Jakub Chlebowski; (w drugim rzędzie od lewej) Józef Biborski, Kazimierz Rodziewicz, Bronisław Kostkiewicz, Aleksander Obuchowski, Krystyna Modrzewska (między rządami).

NIECH SŁONECZNY LOS DAJE DŁUGIE LATA

W świecie, gdzie czas wiruje groźny – są wybrani.
Służeniu Bogu, ludziom i Ojczyźnie – na taką drogę los wybiera tego godnych.

* * *

Czego sobie można życzyć? Życzyć...
Żeby życie było proste, jak kwiatki na polu.
Żeby życie było święte, jak chleb i sól.
Żeby statki miłości przyplwały morzem.
I listy były piękne, jak poranne zorze!
Żeby ludzkie słowa były ciepłe, dobre, miłe,
Zawsze pełne szczerości, bez szemrań i wiernie!

Żeby zdrowie, – Słońce długich lat, –
Los wam dawał – zorza długoletnia.
Żeby pojąć i odgadnąć życia znak,
Żeby śpiewać marzeniami, niczym Złoty Ptak!
Czego sobie można życzyć? Życzyć...
Żeby życie było proste, jak kwiatki na polu.
Żeby życie było święte, jak chleb i sól.
Żeby srebrny księżyc „patrzył dobrym okiem”.
Żeby życie wam dawało macierzyńską dłoń.

Olena Mostowicz, z Żytomierza,
zwyciężczyni międzynarodowego
konkursu literackiego
(tłumaczył z ukraińskiego
o. Marcin Martyniuk OFM.)

Szkoda, że nie mogą wyjść z tych ram – tak wiele mamy im do powiedzenia – wiele dobrego. Przed oczami przesuwa się obraz czasu studiów: wykładów, zajęć laboratoryjnych i klinicznych, egzaminów, praktyk wakacyjnych w szpitalach, zawodów sportowych, czynów społecznych i akcji zniwnych. Te ostanie były bardzo ważne w tamtych czasach. Warto więc popatrzeć również na studentów traktorzystów.

W gablotach znajdują się podania o przyjęcie na studia z adnotacjami, kto zasłużył na miano studenta, a kto nie, teksty egzaminu wstępnego, indeksy, dyplomy. Jacy byliśmy wtedy młodzi! Znajdziemy tam również warte przeczytania i refleksji fragmenty z posiedzeń Egzekutywy Komitetu Uczelnianego PZPR, dotyczące profesorów, asystentów i studentów naszej uczelni. Ciekawe, bardzo ciekawe! Wystawę zamyka gablota z czapką studentką – symbolem statusu studenta.

Po wyjściu z muzeum trudno oprzeć się wrażeniu, że przeszłość idzie razem z nami, że Ci, którzy odeszli nadal są obok nas.

Teresa Kurowska-Dąbrowska
pierwsza absolwentka
Wydziału Lekarskiego AMB

W majowym nastroju

Rozmawiają **Zofia Kielanowska**,

żona pierwszego Rektora AMB i Danuta Ślósarska

Jak wyglądały zaloty w wykonaniu Profesora-Rektora?

Ta nasza miłość była bardzo dziwna, rozwijała się powoli i spokojnie. Dzielili nas ogromna różnica wieku. Ja byłam jeszcze smarkulą, miałam wówczas 21 lat, a on był 46-letnim starym kawalerem. Spędzaliśmy ze sobą bardzo wiele czasu, dużo rozmawialiśmy, chodziliśmy do kina, do kawiarni na wino, na tańce. Byłam nim zauroczona. To był człowiek bardzo pogodny, młodzieńczy, szarmancki.

Obdarowywał panią pewnie kwiatami?

Nie. Dawał mi je dopiero później, gdy byliśmy już małżeństwem.

Już wiem! Kupował pani czekoladki!

Też nie. On w tej Francji w zasadzie wychowywał się sam, nikt go takich rzeczy nie nauczył, a ja nie śmiałam mu zwrócić uwagi.

To ciekawe w takim razie jak się oświadczył?

Odprowadzał mnie do domu. Mieszkałam na Chmielnej. Było ciemno

i błoto do kolan. Nagle spytał czy zostałam jego żoną. Przestraszyłam się, a przede wszystkim nie uwierzyłam. Zażartowałam, że owszem, gdy będzie ładniejsza pogoda. Za jakiś czas, już w miłszych okolicznościach, powtórzył prośbę. Dopiero wtedy zrozumiałam, że mówi na serio. Odpowiedziałam, że będę szczęśliwa.

Sukienka ślubna była pewnie piękna?

Sukienka? Ach..., gdzież tam! Nasze stroje były bardzo skromne. Ślub wzięliśmy po cichu o 7 rano w kościele czerwonym (Kościół Farny – od red.) Udzielił nam go ksiądz Boryk. Wspaniałe człowiek. Świadkiem naszego ślubu był kościelny.

Obawialiście się państwo kłopotów?

Ślub był w kościele, a to nie było dobrze widziane w tamtych czasach. Proszę pamiętać, że mąż był rektorem. Najzabawniejsze było, gdy ksiądz zażyczył sobie abyśmy poszli do spowiedzi. Dla mnie nie stanowiło to problemu, bo byłam praktykującą katoliczką, ale mąż chciał się za



Fot. Zofia Kielanowska i Andrzej Lechowski – dyrektor Muzeum Historycznego w Białymstoku

wszelką cenę z tego wymigać. Skończyło się na długiej wieczornej rozmowie w domu księdza. Kartki od spowiedzi nie były już potrzebne.

Ukrywaliście państwo swój ślub w środowisku uczelnianym?

Nie. Tego samego dnia wzięliśmy samochód służbowy i kierowcę – to było bardzo nieprzyzwoite w tamtych czasach – i pojechaliśmy na przyjęcie do mojej przyjaciółki do Supraśla.

Sądzę, że komentarze po państwa małżeństwie były dla pani niezbyt przychylnie. Na pewno podejrzewano panią o chęć zrobienia kariery?

Kariery to się robi dzisiaj i to w róż-

ny sposób. Można np. milionom widzów pokazać duży ciężowy brzuch. Ja nie byłam ani rozpuszczona, ani rozkapryszona, a już na pewno nie myślałam o tego typu karierze. Byłam młodą, zakompleksioną dziewczyną ze wsi. Moja rodzina miała niewielki majątek pod Grodnem. Po wojnie, gdy już nie było służby wraz z siostrą robiłyśmy w domu za parobków. Ciężka praca nie stanowiła dla mnie problemu.

To małżeństwo było chyba trudnym związkiem?

Mieszkaliśmy razem i byliśmy sobie bardzo oddani. On miał swoje życie, ja swoje. Był bardzo tolerancyjnym człowiekiem, dawał mi ogromną swobodę. Tak naprawdę nie byłam zbyt mądrą żoną, chociażby z racji wieku. Ciągnęło mnie do takich zwyczajnych rozrywek, chciałam się bawić, tańczyć. Jego życie kawiarniane nudziło, drażnił go hałas i nadmiar alkoholu. Chodziliśmy więc do znajomych na prywatki. Ja mogłam potańczyć, a on pograć w brydza.

Dąsał się czasami?

Nie okazywał nigdy zdemotywania, nie podnosił głosu. Na ogół wycofywał do swojego pokoju i mówił, że ma coś pilnego do napisania. Czułam pod skórą, że coś się dzieje, więc jak to kobieta szybko przygotowywałam coś dobrego. Nie było to trudne, bo mąż nie był wybredny. Przez wiele lat żywił się w

knajpach i w stołówkach, tak więc wszystko co zrobiłam chwalił i zjadał z apetytem. W domu każda potrawa ma zresztą inny smak.

Ojcem Profesor był pewnie bardzo opiekuńczym?

Niezbyt, chociaż był niezmiernie szczęśliwy, gdy dowiedział się, że będziemy mieli dziecko. Później dawał synowi wielką swobodę. Na sanki i łyżwy z dzieckiem chodziłam jednak ja.

A co „tatuś” w tym czasie robił?

Siedział w domu i pisał „coś ważnego”. Zawsze jednak po nas przychodził i razem już wracaliśmy na obiad.

Historia usługi prepaid (pol. przedpłata) zaczęła się w połowie lat 70-tych, w sektorze telefonii publicznej. Po raz pierwszy wprowadzono ją we Włoszech, jako alternatywę dla ludzi, którzy nie chcieli nosić ze sobą większej ilości bilonu. Polska dołączyła do usług prepaid w telefonii publicznej w latach 90-tych. Nie jest jednak moim zamysłem pisanie o rozwoju telefonii, tylko o problemach środowiska akademickiego, które korzysta z materiałów źródłowych.

Do końca lat 90-tych sposób zdobywania wiedzy, z materiałów publikowanych za granicą, opierał się o trzy filary. Pierwszym były czasopisma prenumerowane przez Akademię Medyczną w Białymstoku. Drugim było korzystanie z katalogu czasopism prenumerowanych w instytucjach państwowych (uniwersytetach, szkołach wyższych, akademiach etc.), który publikowano raz do roku. Trzecim filarem – wyszukiwanie autorów interesujących artykułów (najczęściej w Current Contents) i wyspenderowanie korekty, w celu otrzymania reprintu. Jak można się domyślać wszystkie wymienione sposoby miały swoje ograniczenia. W dwóch pierwszych dotyczyły możliwości finansowych w prenumerowaniu zbiorów (najczęściej zbiory ukierunkowywano na główne zagadnienia naukowe danej instytucji), w trzecim przypadku – zależało to od dobrej woli autora i funkcjonowania poczty. Tak

czy inaczej, jeśli artykuł, na którym nam zależało znajdował się w pobliżu (tj. w czytelni), kserokopię wykonywano niemalże od ręki. W pozostałych przypadkach należało uzbroić się w cierpliwość.

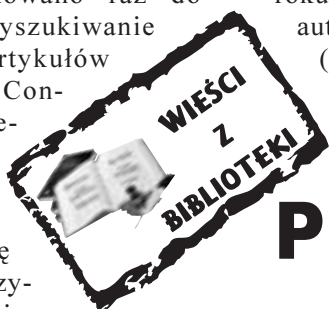
Wraz z rozwojem internetu w Polsce, zmieniła się ilość źródeł zaopatrzenia w potrzebne materiały źródłowe. Początkowo, łącząc się za pomocą modemu, można było penetrować strony wydawców czasopism, a częstokroć zdarzały się takie perełki, jak darmowy dostęp testowy do pełnotekstowych baz danych w wersji elektronicznej (np. Cardiosource). I tu, po raz pierwszy pojawiła się opcja zakupu on-line dostępu do interesujących nas artykułów. Poprawiła się także szybkość komunikacji, poprzez korespondencję elektroniczną. Okazało się, że istnieje grupa instytucji (Ingentia, Athens), które odpłatnie oferują dostęp do wybranych czasopism w formie elektronicznej. Kolejnym krokiem była możliwość korzystania przez internet z dostępu do czasopism, które AMB kupiło w wersji papierowej (np. Pediatrics).

Udostępnienie przez AMB sieci komputerowej, opartej o tzw. stałe łącze, coraz powszechniejszy dostęp do komputerów, różnorodność tematów prac naukowych oraz naciski środowiska akademickiego sprawiły, iż odpowiednio doceniono możliwość szybkiego dostępu do publikacji naukowych poprzez internet. Jako jedna z pierwszych pojawiła się baza danych wydawnictwa Elsevier, następnie dołączyły bazy Proquest, Blackwell Synergy itp. Pojawiła się także możliwość odpłatnego używania, w systemie prepaid, zasobów akademickich – system „doc@med”. System ten obejmuje kilka bibliotek akademii medycznych i umożliwia zamawianie, zamiast w formie kserokopii papierowej, wybranych artykułów w formie kserokopii elektronicznej. Sposób dostępu do doc@medu jest prosty: w czytelni AMB deklaruje się chęć przystąpienia do ww. usługi (warunkiem jest posiadanie konta e-mail). Po założeniu konta, przeznaczamy określoną kwotę pieniędzy na system prepaid. Kwotę tę można uzyskać z prowadzonej przez pracownika lub przez macierzystą jednostkę pracy statutowej, wypełniając zapotrzeb-

bowanie skierowane do Biblioteki AMB. Po potwierdzeniu finansowania usługi przez Dział Nauki AMB, praktycznie od ręki mamy aktywowany pełen dostęp do konta. Cena i czas oczekiwania są konkurencyjne w stosunku do formy „papierowej” – większość Bibliotek realizuje zamówienia w ciągu 12-48 godzin od chwili zamówienia w dni robocze. Otrzymujemy powiadomienie o przyjęciu realizacji, a następnie zamówiony materiał. Jeśli dana biblioteka nie

jest w stanie zrealizować zamówienia, następuje automatyczne przekierowanie zapotrzebowania do innej. System doc@med proponuje najpierw tę bibliotekę, w której czas realizacji zamówienia jest najkrótszy. Koszt elektronicznej wersji artykułu w systemie doc@med wynosi 3 zł za pierwsze dziesięć stron, za każdą następną stronę 0,30 zł. Swoje zamówienia z całego roku można przeglądać w zakładce „zrealizowane”.

Przykładowe ceny dostępu on-line do niektórych czasopism: Annals of Noninvasive Electrophysiology – wydawca Blackwell Synergy – dostęp indywidualny do jednego tomu: 26 \$, dostęp instytucjonalny roczny: 192 \$, Acta Paediatrica – wydawca Taylor&Francis – dostęp indywidualny do jednego tomu: 30 \$, dostęp instytucjonalny roczny: 670 \$, .Circulation – wydawca Lippincott Williams & Wilkins – dostęp indywidualny do jednego tomu: 30 \$, dostęp instytucjonalny roczny: 820 \$.



PREPAID W BIBLIOTECE

**lub tak zwyczajnie, po polsku
przedpłata**



Następnym „strzałem w dziesiątkę” powinien być internetowy dostęp do książek, oferowany w ramach testu bazy Ovid. Tak, właśnie książek, których ceny w wydaniu papierowym dochodzą czasami do kilkuset lub więcej złotych. Należy także wspomnieć o darmowym dostępie do wybranych czasopism. Tu warto zapamiętania są następujące adresy:

<http://www.biomedcentral.com/browse/journals/>,

<http://freemedicaljournals.com/>,

<http://www.borgis.pl/czytelnia/index.php>,

http://www.gfmer.ch/Medical_journals/Free_medical.php.

Jako pierwszy „prepaid’owiec” w Akademii Medycznej w Białymstoku, który od dwóch lat z powodzeniem testuje oferowaną usługę, szczerze zachęcam i polecam system prepaid, jak również zachęcam do korzystania z innych dobrodziejstw internetu. Biblioteka Akademii Medycznej w Białymstoku wykonała ogromny wysiłek, umożliwiając studentom i pracownikom dostęp do najnowszych publikacji, a liczne aktualizacje i dostępy testowe, pojawiające się na stronie Biblioteki, wskazują na docenienie nowoczesnych technologii oraz zrozumienie potrzeb społeczności naukowej, dążącej do uzyskania najnowszych informacji płynących z licznych publikacji naukowych.

Dr Marek Kowalewski
II Klinika Chorób Dzieci AMB

Elektroniczne książki można testować do końca czerwca 2005r.
www.biblioteka.amb.edu.pl

Do końca maja br. testujemy bazę SCOPUS
www.biblioteka.amb.edu.pl



Tajemnica lekarska

cz. II

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej przez lekarzy i wyjątki od tego obowiązku wynikają również z innych ustaw niż tylko z art. 40 ustawy o zawodzie lekarza.

Tajemnica zawodowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego

Na mocy art. 50 ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r., Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) lekarze-psychiatry są obowiązani do zachowania w tajemnicy wszystkiego, o czym powezmą wiadomość w związku z wykonywaniem czynności leczniczych.

Od obowiązku zachowania tajemnicy lekarz-psychiatra jest zwolniony w stosunku do: innego lekarza sprawującego opiekę nad osobą z zaburzeniami psychicznymi, właściwych organów administracji rządowej lub samorządowej. Dotyczy to: okoliczności, których ujawnienie jest niezbędne do wykonywania zadań z zakresu pomocy społecznej, osób współuczestniczących w wykonywaniu czynności w ramach pomocy społecznej, w zakresie w jakim to jest niezbędne oraz służb ochrony państwa i ich upoważnionych pisemnie funkcjonariuszy, żołnierzy w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania sprawdzającego na podstawie przepisów o ochronie informacji niejawnych.



Marek Hermanowicz

Wyjątki od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w ustawie o chorobach zakaźnych i zakażeniach

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6.09.2001 r. o chorobach zakaźnych i zakażeniach (Dz.U. z 2001 r., Nr 126, poz. 1384 z późn. zm.) lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje chorobę zakaźną albo zakażenie, jest obowiązany pouczyć pacjenta, jego ustawowego przedstawiciela lub osobę sprawującą nad pacjentem faktyczną opiekę o środkach ostrożności, zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby oraz o obowiązku powiadomienia pracodawcy, jeśli przy wykonywaniu pracy istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby.

W przypadku rozpoznania zakażenia, które może przenosić się drogą kontaktów seksualnych, lekarz jest obowiązany poinformować pacjenta o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych. Fakt powiadomienia pacjenta powinien być odnotowany w dokumentacji medycznej i potwierdzony podpisem pacjenta.

W sytuacji podejrzenia zakażenia lub zachorowania na chorobę zakaźną lekarz ma obowiązek zgłoszenia tego faktu, w ciągu 24 godzin, właściwemu ze względu na miejsce zachorowania powiatowemu (portowemu) inspektorowi sanitarnemu. Podejrzenie lub rozpoznanie zachorowania na gruźlicę, AIDS, kiłę, rzeżączkę, nierze-

zączkowe zakażenia dolnych odcinków narządów moczowo-płciowych i inne chlamydiozy oraz rzeżystkownicę, jak również przypadki zgonów spowodowanych chorobami zakaźnymi, lekarz ma obowiązek zgłosić bezpośrednio właściwemu ze względu na miejsce zachorowania wojewódzkiemu inspektorowi sanitarnemu.

Zgłoszenia, o których mowa powyżej należy dokonać na formularzu zgłoszeń, których wzory i sposób przekazywania, z uwzględnieniem wymogów zabezpieczenia danych osobowych, określiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22.04.2003 r. (Dz.U. 2003 r., Nr 90, poz. 853).

W zgłoszeniach zamieszcza się następujące dane osoby, której dotyczy zgłoszenie: imię i nazwisko, datę urodzenia, nr PESEL, płeć, adres zamieszkania (lub zameldowania), rozpoznanie oraz kod jednostki chorobowej zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób oraz inne informacje niezbędne do przeciwdziałania chorobom zakaźnym i zakażeniom.

W zgłoszeniu zachorowań na AIDS pacjent może zastrzec swoje dane. Wówczas zamiast imienia i nazwiska zamieszcza się inicjały lub hasło, zamiast daty urodzenia wiek, a zamiast adresu zamieszkania województwo, na obszarze, którego pacjent posiada stałe zameldowanie, a w przypadku niemożliwości ustalenia – województwo, na obszarze którego przebywa osoba, której dotyczy zgłoszenie, a ponadto obywatelstwo i płeć.

Problematyka tajemnicy lekarskiej w ustawie o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 26.10.1995 r. o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz.U. z 1995r., Nr 138, poz. 682 z późn. zm.) dane osobowe dotyczące dawcy i biorcy przeszczepu są objęte tajemnicą i podlegają ochronie przewidzianej w przepisach o tajemnicy zawodowej i służbowej oraz w prze-

pisach dotyczących dokumentacji medycznej, prowadzonej przez zakłady opieki zdrowotnej. Jeżeli jednak przeszczep ma być pobrany od żywego człowieka, powyższa regulacja nie dotyczy ujawnienia danych osobowych o dawcy i o biorcy tym osobom.

Pomimo szczegółowych unormowań dotyczących tajemnicy lekarskiej w ustawie o zawodzie lekarza, Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz innych ustawach, tajemnica ta nie jest przestrzegana w sposób rzetelny.

Tajemnica zawodowa w ustawie o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży

Art. 4c ustawy z dnia 7.01.1993 r. o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży (Dz.U. z 1993 r., Nr 17, poz. 78 z późn. zm.) nakazuje lekarzowi zachowanie w tajemnicy wszystkiego, o czym powziął wiadomość w związku z wykonywaniem czynności wynikających z tej ustawy. Nadto artykuł ten przewiduje prawo do zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę, wynikłą z zawinionego ujawnienia tajemnicy przez lekarza.

Regulacja prawna dotycząca tajemnicy lekarskiej w ustawie o publicznej służbie krwi

Przepis art. 13 ustawy z dnia 22.08.1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. 1997 r., Nr 106, poz. 681 z późn. zm.) zapewnia anoni-

mowość dawcy krwi. Oznakowanie opakowań krwi nie może zawierać danych umożliwiających identyfikację dawcy krwi przez biorcę lub inną osobę, bądź jednostkę organizacyjną inną niż jednostka organizacyjna publicznej służby krwi.

Unormowania dotyczące dokumentacji medycznej w ustawie o służbie medycyny pracy

W myśl art. 11 ustawy z dnia 27.06.1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. z 1997 r., Nr 96, poz. 593 z późn. zm.) dane zawarte w dokumentacji medycznej są objęte tajemnicą zawodową i służbową. Dane te mogą być udostępniane wyłącznie podmiotom określonym w tej ustawie oraz podmiotom określonym w odrębnych przepisach.

Regulacje dotyczące tajemnicy zawodowej osób zatrudnionych w służbie zdrowia zawierają też: art. 20-22 ustawy z dnia 5.07.1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2001 r., Nr 57, poz. 602 z późn. zm.), art. 7 ustawy z dnia 20.06.1950 r. o zawodzie felczera (Dz.U. z 1950 r., Nr 36, poz. 336 z późn. zm.) oraz art. 21 pkt. 2 ustawy z dnia 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 1991 r., Nr 41, poz. 179 z późn. zm.).

Pomimo szczegółowych unormowań dotyczących tajemnicy lekarskiej w ustawie o zawodzie lekarza, Kodeksie Etyki Lekarskiej oraz innych ustawach, tajemnica ta nie jest przestrzegana w sposób rzetelny. Powszechne jest omawianie choroby z rodziną pacjenta bez jego zgody, jak również udzielanie informacji o stanie zdrowia pacjenta przez telefon. Takie zachowanie lekarzy nie wynika zazwyczaj ze złej woli, lecz jest spowodowane powierzchowną znajomością przepisów prawa i norm etycznych¹.

Autor jest aplikantem adwokackim.

¹ A. Huk, Tajemnica zawodowa lekarza, Prok. i Pr. 2001 r., nr 6, s. 69.

Mirosław Jan Mossakowski urodził się 23 września 1929 r. w Berezie Kartuskiej w województwie poleskim. Tam zdobywał wiedzę w szkole w Prażanach, a następnie w gimnazjach Ciechanowa i Lipna. W roku 1948 wstąpił na Wydział Lekarski AM w Gdańsku, który ukończył z odznaczeniem w 1953r. Pracę naukową rozpoczął jako młodszy asystent w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka AM w Gdańsku. W 1954 roku podjął studia aspiranckie (doktoranckie) w Zakładzie Histopatologii Układu Nerwowego (później Neuropatologii) PAN w Warszawie pod kierunkiem prof. Adama Opalskiego. Pracował tam najpierw na stanowisku starszego asystenta, później adiunkta. W latach 1954-1962 był również wolontariuszem w Klinice Neurologicznej AM w Warszawie. Tam pod kierunkiem prof. I Petruszewicz-Hausmanowej uzyskał specjalizację I (1958) i II stopnia (1961) w zakresie neurologii.

W latach 1959-1960 Mirosław J. Mossakowski odbył staż w zakresie neuropatologii klinicznej w Montreal Neurological Institute. Opiekowali się nim profesorowie: W. Penfield i J. Olzowski.

W roku 1960 Rada Wydziału Lekarskiego AM w Warszawie, na podstawie dysertacji „Gwiaździki mózgu i mózdzku”, przygotowanej pod kierunkiem prof. Adama Unickiego, nadała M.J. Mossakowskiemu stopień doktora. Kilka lat później, w roku 1966, ta sama Rada Wydziału po przedłożeniu rozprawy „Patomorfologia i histochemia spontanicznych i doświadczalnych encefalopatii pochodzenia wątrobowego” nadała mu stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Autor zaś za tę pracę otrzymał wyróżnienie oraz nagrodę Wydziału Nauk Medycznych PAN.

W latach 1966-1967 M.J. Mossakowski odbył staż w zakresie neuropatologii doświadczalnej w National Institute of Neurological Diseases and Blindness (Bethesda, USA), pracując z I. Klatzo.

Od 1 lipca 1967 r., czyli od chwili utworzenia Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, M.J. Mossakowski był kierownikiem Zespołu (później Zakładu) Neuropatologii (do roku 1987) oraz zastępcą dyrektora ds. naukowych (do roku 1968). W latach 1968-1980 był zastępcą Sekretarza Wy-

DOKTORZY HONORIS CAUSA



Prof. **Mirosław Jan Mossakowski** (1929 - 2001)

działu Nauk Medycznych PAN. W roku 1971, mając 42 lata, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego, a w roku 1979 – profesora zwyczajnego nauk medycznych.

Badania Profesora koncentrowały się wokół czterech zagadnień:

- neuropatologii klinicznej ze szczególnym uwzględnieniem histochemii i patomorfologii guzów nowotworowych mózgu, genetycznie uwarunkowanych chorób zwyrodnieniowych oraz patologii wątrobowo-mózgowej,
- biologii i patologii komórki nerwowej i glejowej,
- neurotoksylogii
- wpływu niedostatku tlenu na ośrodkowy układ mowy.

Dorobek profesora obejmuje 265 publikacji naukowych, w tym 212 oryginalnych prac, opublikowanych w większości na łamach renomowanych międzynarodowych czasopism naukowych, m. in. „Brain”, „Neurology”, „Journal of Neurological Sciences” itp. Jego publikacje cytowane są często w piśmiennictwie światowym.

Pod redakcją Profesora wydano w 1981 r. „Podstawy neuropatologii”, pier-

wszy z tej dziedziny podręcznik w kraju. Profesor był również promotorem 8 doktoratów i opiekunem 22 habilitacji. Współpracował z licznymi ośrodkami naukowymi, uczestnicząc czynnie w zjazdach naukowych krajowych i zagranicznych. Był organizatorem lub współorganizatorem wielu imprez naukowych oraz inicjatorem europejskich konferencji neuropatologicznych. Wygłosił kilkadziesiąt wykładów (znał doskonale kilka języków obcych) na międzynarodowych kongresach, zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych oraz podczas zagranicznych podróży w charakterze „visiting professor”.

Profesor był członkiem wielu towarzystw naukowych: członkiem honorowym Polskiego Towarzystwa Patologów i Stowarzyszenia Neuropatologów Polskich, członkiem zwyczajnym Towarzystwa Naukowego Warszawskiego, współtwórcą i pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Badań Układu Nerwowego, członkiem Polskiego Towarzystwa Histo- i Cytochemików, Polskiego Towarzystwa Neurologów, członkiem zagranicznym Rosyjskiej Akademii Nauk Medycznych, Meksykańskiego Instytutu Kultury, European Academy of Arts, Sciences and Humanities, World Federation of Neurology, Paneuropean Society of Neurology, International Society of Neuropathology, American Association of Neuropathologists, International Brain Research Organization, Board of International Danube Symposia of Neurological Sciences. W latach 1976-1980 był wiceprezydentem International Society of Neuropathology.

Profesor Mirosław J. Mossakowski jest doktorem honoris causa akademii medycznych: w Białymstoku, w Lublinie, w Gdańsku oraz Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Profesor niewątpliwie należy do najwybitniejszych postaci polskiej medycyny. Jest postacią o uznanym autorytecie w kraju i za granicą. Jego pracownicy i przyjaciele wspominają, że często cytował maksymę Alberta Einsteina – „Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia”.

Zmarł 26 grudnia 2001 roku.

Oprac. red., na podst. artykułów dr. Włodzimierza Matysiaka i prof. Franciszka Rogowskiego.

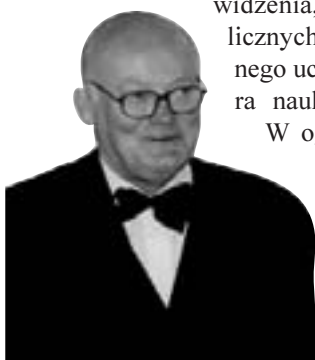
NEUROBIOLOG – INTUICJONISTA I WIZJONER

Wspomnienie o prof. Mirosławie J. Mossakowskim

Prof. Jan Albrecht

*Zakład Neurotoksykologii,
Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej
im. M. Mossakowskiego PAN*

W dniu 26 grudnia 2001 roku odszedł profesor Mirosław Mossakowski. Był wybitnym neurobiologiem, jednym z rzadkich w dzisiejszych czasach przedstawicieli społeczności naukowej, których najkrótsza charakterystyka mieści się w pełni w sformułowaniu „postać renesansowa”. W czasach, gdy skuteczność drogi życiowej utożsamia się z zawężaniem i skracaniem szlaków ekspansji i pola widzenia, Profesor jako jeden z nielicznych łączył w sobie cechy wybitnego uczonego, organizatora i animatora nauki, menedżera, i męża stanu.



W ogólnej świadomości społecznej najsilniej zaakcentowały się jego rozliczne funkcje animacyjno-kierownicze. Przez ponad 25 lat był dyrektorem Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN, instytutu, który stworzył od podstaw i który w

maju 2002 roku został na jego cześć przemianowany na Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego.

Od przeszło 20 lat pełnił wysokie funkcje w Polskiej Akademii Nauk: od 1998 r. do chwili śmierci był jej prezesem, a w różnych okresach przewodził rozlicznym krajowym i zagranicznym stowarzyszeniom naukowym. Te strony działalności Profesora były wielokrotnie przedmiotem doniesień w środkach masowego komunikowania. Chętnie i ze swadą udzielał też wywiadów radiowych i telewizyjnych. Ci którzy go znali mieli możliwość podziwiać jego energię i pozytywne myślenie we wszystkich obszarach.

Niniejsze refleksje poświęcono wyłącznie działalności naukowej Profesora. Tekst nie pretenduje do miana rejestru jego osiągnięć badawczych: Przytoczone fakty, uzupełnione echem z kontaktów osobistych, mają dokumentować jego niezwykłą intuicję, a w szerszym wymiarze – dar przewidywania kierunków w jakich rozwiną się badania nad fizjologią i patologią mózgu.

Zmaterializowaniu się i ukształtowaniu przymiotów badacza sprzyjała gruntowna wiedza, którą Profesor zdobył pod kierunkiem wybitnych mistrzów w kraju i za granicą. Fakt, iż znalazł się pod ich skrzydłami, sam w sobie daje świadectwo wyczuciu okoliczności najlepiej sprzyjających rozwojowi osobowości twórczej. Po ukończeniu studiów na Wydziale Lekarskim AM w Gdańsku w 1953 przeniósł się do Warszawy, gdzie odbył studia doktoranckie w Zakładzie Histopatologii Ośrodkowego Układu Nerwowego pod kierownictwem prof. Adama Opalskiego, jednego z pio-

nierów badań nad patomorfologią gleju. Zakład ten w niedługim czasie przekształcił się w Zakład Neuropatologii, a w nim Profesor zorganizował ex nihilo pierwszą w Polsce i jedną z pierwszych w Europie Pracownię Hodowli Komórek O.U.N.

We wczesnym okresie pasję doświadczalną łączył z pracą kliniczną w renomowanym oddziale. Pierwszy i drugi stopień specjalizacji z neurologii zdobywał pod kierunkiem prof. Ireny Hausmanowej-Petrusewicz. W 1959 roku dobra intuicja powiodła go za ocean, na roczny staż do Instytutu Neurologii w Montrealu, gdzie bezpośrednio zetknął się i współpracował z ojcem nowoczesnej neuropatologii, Williamem Penfieldem. W kilka lat później zawitał w Narodowym Instytucie Zdrowia w Bethesda, gdzie współpracował z dr. Igozem Klatzo, jednym z największych wizjonerów współczesnej neuropatologii, którego nazwisko wiąże się m. in. ze sformulowaniem definicji wazogennej i cytotoksycznego obrzęku mózgu oraz zjawiska dojrzewania poniedokrwiennego uszkodzenia tkanek ośrodkowego układu nerwowego.

W swoich badaniach doświadczalnych Profesor od początku skupił się na systematycznym, szczegółowym opisywaniu zmian morfologicznych, histochemicznych i histoenzymatycznych obrazujących trzy grupy stanów patologicznych ośrodkowego układu nerwowego: niedotlenienia i niedokrwienia, encefalopatii pochodzenia wątrobowego związanych z toksycznym działaniem amoniaku, oraz guzów mózgu. Wspólnym przedmiotem zainteresowania Profesora w obrębie tych stanów patologicznych był los komórek gleju gwiaździstego, prościej astrocytów. Były to czasy, gdy komórki te, stanowiące przeszło 25% masy i 50% objętości mózgu, nadal postrzegano wedle wzorca stworzonego przez wielkich z przeszłości (Virchowa, Golgiego, Cajala) – jako bierne podścielisko, w najlepszym razie fizyczną podporę aktywnie przewodzących neuronów. Mało komu przychodziło wówczas do głowy, iż komórki te są aktywnym partnerem neuronu, a wiarygodnych dowodów biochemicznych czy elektrofizjologicznych na interakcję neuron-astrocyt praktycznie nie było. Taki kaleki, dyskredytujący astrocyty obraz funkcji mózgu fałszował rozumienie istoty szeregu schorzeń o.u.n. Dotyczyło to zwłaszcza encefalopatii wątrobowej, gdzie jak wiadomo od dawien dawna, zmiany morfologiczne omijają neurony, a dotyczą astrocytów (dane w ujęciu historycznym przytoczono w kilku artykułach przeglądowych). Poglądy na to schorzenie cechowała delikatnie rzecz ujmując mało twórcza dwoistość widzenia – neurofizjologodzy i klinicyści postrzegali je jako pierwotne zaburzenie funkcji neuronu, traktując zmienione astrocyty jako mechanistycznie nieistotny odprysk, patomorfologodzy zaś jako chorobę astrocytów, której towarzyszą niewytłumaczalne zaburzenia neurofizjologiczne. Profesor

Mossakowski był pierwszym badaczem, któremu w pracy opublikowanej w 1970 roku w *Acta Neuropathologica* udało się znaleźć iunctim między tymi punktami widzenia. Dowiódł, iż typowy dla encefalopatii wątrobowej przebieg transformacji astrocytów można odtworzyć *in vitro* traktując organotypowe hodowle różnych okolic mózgu szczura (mózdzku, hipokampa) amoniakiem bądź surowicą od chorych z encefalopatią wątrobową; okazało się zatem, iż odpowiedzialny za objawy schorzenia amoniak działa bezpośrednio na astrocyty. Nawiasem mówiąc, w pracy tej oddał hołd swojemu pierwszemu nauczycielowi – wśród zmienionych astrocytów dostrzegł tzw. komórki Opalskiego. Praca ukazała się o 9 lat wcześniej niż, uważana za przełomową, publikacja Michaela Norenberga, w której autor dowiódł, iż syntetaza glutaminowa – enzym neutralizujący nadmiar amoniaku w mózgu jest wybiórczo zlokalizowany w astrocytach. W innej pracy, pozornie nie związanej z tematem, profesor Mossakowski poszedł o krok dalej: stosując rutynowe metody histochemiczne wykazał, iż zahamowanie aktywności enzymów cyklu Krebsa wywołuje zmiany morfologiczne w astrocytach przypominające te, które towarzyszą encefalopatii wątrobowej. Była to pierwsza obserwacja wskazująca na możliwy związek zaburzeń metabolizmu energetycznego astrocytów z encefalopatią hiperamonemiczną: Praca ta ukazała się blisko 20 lat przed pojawieniem się danych dokumentujących bezpośredni hamujący wpływ amoniaku i encefalopatii wątrobowej na aktywność dehydrogenazy alfa-ketoglutaranu w mózgu.

Dziś wiemy, iż zgromadzony w astrocytach glikogen stanowi rezerwę energetyczną ostatniej szansy dla niedotlenionych lub wygłodzonych substratowo neuronów, od kilku lat znamy dokładnie odneuronalny, receptorowy mechanizm pobudzenia degradacji glikogenu w astrocytach i mechanizm transportu tak uzyskanej glukozy do neuronów. Warto jednak odnotować, iż to właśnie wspólnemu wysiłkowi tandemu Mossakowski-Klatzo zawdzięczamy pierwszy opis zmian w aktywności enzymów metabolizujących glikogen w mózgu w warunkach niedotlenienia.

Nie sposób przytoczyć wszystkie oryginalne, nowatorskie spostrzeżenia poczynione przez Profesora na przestrzeni dziesięcioleci. Niewątpliwie zainspirował, a w dużej mierze wykreował kilka kierunków badawczych we własnym instytucie. Badania prowadzone przez jego uczniów wniosły znaczący wkład w zrozumienie mechanizmu zaburzeń funkcjonowania mózgu w warunkach jego niedotlenienia i niedokrwienia, na poziomie komórkowym i podkomórkowym. Do najistotniejszych osiągnięć w tej dziedzinie zaliczyć należy wykazanie uszkadzającego wpływu nadmiernego wnikania jonów wapnia do komórek nerwowych oraz aktywacji w tych warunkach szeregu układów przekaźników wewnątrzkomórkowych, w tym kinazy białkowej C, tlenu azotu, jak również czynników transkrypcyjnych. W obszarze badań nad rolą astrocytów w patologii ośrodkowego układu nerwowego, na uwagę zasługuje opis wybiórczej wrażliwości tych komórek na uszkodzenie przez kwas kainowy, modelowy związek ekscytotyczny będący agonistą receptorów kwasu glutaminowego. Autor niniejszego opracowania przejął po Profesorze pałeczkę na szlaku dokumentującym rolę tych komórek w ujawnianiu się neurotoksyczności amoniaku i patomechanizmie encefalopatii wątrobowej.

Niech mi wolno będzie dodatkowo udokumentować

tezę o przenikliwej intuicji badawczej Profesora i jego niepospolitej zdolności kojarzenia obserwacji kilkoma wspomnieniami osobistymi.

Pierwsze przypadkowe zetknięcie autora artykułu z Profesorem nastąpiło w niebanalnym czasie i miejscu. Przeszło 35 lat temu, w okolicach Wielkiej Nocy, w Paryżu, w drzwiach wejściowych Ośrodka PAN na Rue Lauriston. Profesor zatrzymał się tam w drodze powrotnej ze stażu w Bethesda. Do dziś pamiętam, iż w trakcie rozmowy zwierzyłem się, że tematem pracy doktorskiej, którą właśnie zacząłem przygotowywać na Uniwersytecie w Lejdzie, jest mechanizm inicjacji biosyntezy białka u bakterii (*E. coli*). Profesor zareagował w sposób zdumiewający, a o tym, że reakcja była zwykłym świadectwem jego niezwykle wyobraźni naukowej przekonałem się kilka lat później. Powiedział mniej więcej coś takiego: „Wie pan, ta inicjacja skoro tak istotna dla bakterii, to musi być również czynnikiem determinującym intensywność syntezy białka w mózgu, a jeśli tak, to jest prawdopodobnie bardzo wrażliwa na czynniki uszkadzające mózg... Jak pan skończy swoje wojaże, to niech pan się do mnie zgłosi, zatrudnię pana w Centrum...”. Proszę zwrócić uwagę na czas, w którym zostały wypowiedziane te słowa. Był rok 1967, wiedza o mechanizmie biosyntezy białka w tkankach zwierzęcych była w powijakach, szczegółowego opisu funkcjonowania czynników inicjujących w organizmach wyższych doczekaliśmy się dopiero 8 lat później. Wszakże nietrudno było domniemać, iż podobnie jak u bakterii tak i u eukariotów reakcja inicjacji musi być ATP-zależna, ale w końcu niewiele procesów można zainicjować bez dostarczenia ATP.

Pięć lat po wypowiedzi Profesora piszący te słowa opublikował dane świadczące o wybiórczej wrażliwości inicjacji syntezy białka w mózgu na niedotlenienie w modelu zatrucia tlenkiem węgla. Dokładnie tak jak to przewidział Profesor.

Wiele lat później, w 1984 roku, zauważyliśmy iż umiarkowana hiperamonemia prowadzi do aktywacji anhidrazy węglanowej w mózgu. W owych czasach obserwacja ta nie kwalifikowała się do racjonalnego wytłumaczenia. Pamiętam do dziś jak Profesor z charakterystycznym przenikliwym półśmiechem kręcił głową nad wynikami, długo nic nie mówił i nagle: „... Panie, to jakaś zmiana pH w astrocytach...” ... Było to tuż przed ukazaniem się pracy grupy Shanka w której wykazano, że anaplerotyczne wiązanie dwutlenku węgla z kwaśnego węglanu w cyklu reakcji katalizowanych przez anhidrazę węglanową i karboksylazę pirogronianową jest procesem zachodzącym głównie w astrocytach, 9 lat przed tym, jak Boron i współpracownicy dowiedli, iż amoniak indukuje w pojedynczych astrocytach skoki pH, a 16 lat musiało upłynąć do czasu gdy Neville Brookes opracował na bazie żmudnych badań schemat łączący indukowane przez amoniak zmiany pH z zaburzeniami zlokalizowanej w astrocytach odnogi szlaku glutamian-glutamina, a zatem końcowego etapu anaplerozy.

Powyższe refleksje nie wyczerpują bogactwa pomysłów i inspiracji, jakimi Profesor obdarzał środowisko naukowe za życia, ani tym bardziej nie miareczkują piętna jakie jego osobowość wycisnęła na badaniach naukowych prowadzonych po jego odejściu. Dalekosiężna trafność jego idei odbiera sens okolicznościowego zamykania ich w archiwach.

Bezpieczne



Wywiad z prof. **Danutą Prokopowicz**,
kierownikiem Kliniki Obserwacyjno-Zakaźnej AMB

Zapoczątkowała pani cykl konferencji pt. **Medycyna podróży. Proszę nam powiedzieć czy w życiu prywatnym lubi pani podróżować?**

Bardzo, uważam, że podróże nadają życiu smak. Umożliwiają poznanie nowych ludzi, ich zwyczajów i filozofii. Nie warto jednak wyjeżdżać do miejsc mocno ucywilizowanych. Tak naprawdę interesujące są miejsca całkiem dzikie, do których docierają tylko nieliczni.

Podczas moich wyjazdów odwiedziłam Koreę, Sri Lankę, Maroko, Mongolię. Można tam zobaczyć miasta funkcjonujące jak to było przed wiekami. Tam czas się zatrzymał.

Jakie zagrożenia niosą ze sobą wyjazdy, zwłaszcza te do krajów egzotycznych?

Ogromne, zarówno dla zdrowia fizycznego, jak i psychicznego. Medycyna podróży zaczyna się już w momencie planowania wyjazdu. Z dużą ostrożnością podchodzić należy do ofert tzw. ostatniej chwili. Są one z reguły źle zaplanowane i przez to bardzo niebezpieczne dla naszego zdrowia. Ważną sprawą jest ubezpieczenie i o nim zapominać nie wolno. Radzę, aby w miejscu pobytu obserwować tubylców, zwracać uwagę na ich sposób ubierania i zachowania. Na piaszczystych plażach używać obuwia, aby zabezpieczyć się przed pasożytami bytującymi w piasku, jak np. węgorz jelitowy. Bardzo ważny jest sposób odżywiania. Jemy i pijemy zawsze systematycznie, aby nie dopuścić do odwodnienia organizmu, do zaburzeń elektrolitowych. Napoje powinny być butelkowane, a nie kupowane u przydrożnych sprzedawców. Nie używajmy kostek lodu, w których woda pochodzi najczęściej wprost z kranu. Dobrą zasadą podczas spożywania pokarmów jest „obierz, ugotuj albo zrezygnuj”. Pamiętajmy też, że urządzenia klimatyzacyjne w pomieszczeniach są siedliskiem wielu niebezpiecznych drobnoustrojów i pasożytów.

Te uwagi można by mnożyć i mnożyć. Powstały nawet specjalne poradnie, jak ta przy prowadzonej przeze mnie klinice, dla osób wyjeżdżających i wracających z tropiku.

O tych problemach mówiliśmy też podczas naszych spotkań, na II już konferencji poświęconej medycynie podróży. Jest to jedyne takie sympozjum w Polsce. Wiedza, którą tam zdobywamy jest interdyscyplinarna.

Czy pamiętając o tych wszystkich niebezpieczeństwach czyhających na turystów, pani, jako specjalistka w tej dziedzinie, podejmuje jakieś nadzwyczajne kroki przed wyjazdem?

Oczywiście, że tak. Choroby tropikalne są bardzo niebezpieczne. Przed wyjazdem należy się więc zaszczepić. Pamiętajmy, iż odporność nabywamy po jakimś czasie od szczepienia, więc należy je dobrze zaplanować. Od czerwca ub. roku mamy certyfikat na wykonywanie szczepień przeciw żółtej gorączce. Obowiązkowo należy się zaszczepić przeciw WZW typu A. W zależności od części świata warto pomyśleć o szczepieniu przeciw zimnicy. Pamiętajmy też, że pasożyty na różnych terenach posiadają różną oporność. Tak więc w naszej poradni posiadamy szczegółowy wykaz oporności pasożytów i w zależności od tego też dobieramy szczepionki. Zapraszam wszystkich miłośników podróży przed wyjazdem do naszej poradni.

Czy często po powrocie z zagranicy zgłaszają się turyści z problemami zdrowotnymi?

Na szczęście problem ten na naszym terenie nie jest powszechny, ale zdarza się. Takich przypadków mamy kilkanaście w roku. Niepokojące jest to, że w tej grupie zdarzają się lekarze, którzy przed wyjazdem zbagatelizowali zagrożenia wynikające z podróży do krajów tropikalnych. A przecież nie jest wstydem poradzić się doświadczonych osób! Tak naprawdę przeciętny lekarz nie ma pojęcia o chorobach tropikalnych, co najwyżej umie wymienić kilka z nich, i na tym jego wiedza się kończy.

Pani profesor, a może po prostu lepiej zostać w domu?

Zdecydowanie nie! W życiu potrzebne są nowe bodźce zewnętrzne. Szukanie niezapomnianych wrażeń i poznawanie świata to najlepsze działanie przeciwdepresyjne. W świecie istnieją nawet specjalne „kluby” osób, które pomagają sobie w podróżach. Spotykają się nieznajomi sobie ludzie, wymieniają doświadczenia, razem zwiedzają świat, często nawet pomagają sobie finansowo.

Najgorzej jest podróżować samemu, bez rozeznania i w nieznane warunki. To zwiększa ryzyko i niebezpieczeństwo wypraw. Polecam wszystkim dalekie egzotyczne podróże, ale zawsze dobrze zaplanowane, z rozmysłem i bezpieczne. Nic tak nas nie wzbogaci emocjonalnie, jak cudowny wyjazd w nowe, ciekawe miejsce. Nic tak lepiej nie przywróci harmonii naszemu organizmowi. Ale przed podróżą zachęcam moich kolegów do zapoznania się z problemem chorób tropikalnych.

Najgorzej jest podróżować samemu, bez rozeznania i w nieznane warunki. To zwiększa ryzyko i niebezpieczeństwo wypraw. Polecam wszystkim dalekie egzotyczne podróże, ale zawsze dobrze zaplanowane, z rozmysłem i bezpieczne. Nic tak nas nie wzbogaci emocjonalnie, jak cudowny wyjazd w nowe, ciekawe miejsce. Nic tak lepiej nie przywróci harmonii naszemu organizmowi. Ale przed podróżą zachęcam moich kolegów do zapoznania się z problemem chorób tropikalnych.

Najgorzej jest podróżować samemu, bez rozeznania i w nieznane warunki. To zwiększa ryzyko i niebezpieczeństwo wypraw. Polecam wszystkim dalekie egzotyczne podróże, ale zawsze dobrze zaplanowane, z rozmysłem i bezpieczne. Nic tak nas nie wzbogaci emocjonalnie, jak cudowny wyjazd w nowe, ciekawe miejsce. Nic tak lepiej nie przywróci harmonii naszemu organizmowi. Ale przed podróżą zachęcam moich kolegów do zapoznania się z problemem chorób tropikalnych.

Rozmawiał: **Adam Hermanowicz**

Za życia był nieznanym austriackim mnichem o duszy eksperymentatora. Odkrył zasady dziedziczności. Jego badania nie zyskały uznania ówczesnego świata nauki.

Wielkie

odkrycie nieznanego mnicha

Jan Mendel urodził się 22 lipca 1822 roku w morawskiej wsi Nynčice (wówczas w obrębie monarchii austriackiej, obecnie – na terenie Czech) w rodzinie niezamożnego rolnika. Ukończył szkołę podstawową w rodzinnej miejscowości, a następnie gimnazjum w Opawie. Jako młody chłopiec zdradzał zainteresowanie matematyką i naukami przyrodniczymi, z zainteresowaniem obserwował kwiaty w ogrodzie i podglądał pszczoły w pasiece ojca.

W 1840 roku zapisał się na uniwersytet w Ołomuńcu, gdzie studiował filozofię. Choroba i kłopoty rodzinne przyczyniły się do przerwania nauki. W roku 1843 wstąpił do klasztoru augustianów w Brunn w Austrii (obecnie Brno w Czechach) otrzymując imię zakonne – Grzegorz. W połowie XIX wieku zakony wywierały niemały wpływ na życie kulturalne społeczeństw, a klasztor, w którym znalazł się Mendel gromadził zarówno wybitnych filozofów, przyrodników, kompozytorów jak i pisarzy. Trudno więc wyobrazić sobie bardziej stymulującą atmosferę dla młodego człowieka zainteresowanego naukami przyrodniczymi. Rok później rozpoczął studia teologiczne. Uczęszczał także na wykłady z rolnictwa, jedwabnictwa i uprawy winogron. Święcenia kapłańskie otrzymał w 1847 r.

W 1850 roku Mendel przystąpił do egzaminu uprawniającego do wykonywania zawodu nauczyciela. Egzaminu jednak nie zdał, przy czym najgorsze oceny uzyskał z biologii i geologii! Mimo to przeor posłał go na uniwersytet w Wiedniu, gdzie w latach 1851-1853 studiował matematykę i nauki przyrodnicze. W latach 1854-1868 był zastępcą nauczyciela biologii w gimnazjum w Brnie. Brak stałego zajęcia sprawił, że Mendel miał dużo wolnego czasu, który poświęcał różnym zainteresowaniom. Amatorsko zajmował się meteorologią, a

opiekując się przez pewien czas stacją meteorologiczną notował występowanie plam na Słońcu i częstotliwość huraganów. Ponadto hodując pszczoły prowadził nad nimi obserwacje. Brał również czynny udział w pracach Sekcji Ogrodniczej Morawskiego Towarzystwa Rolniczego i otrzymywał nagrody za wyhodowane przez siebie nowe odmiany jabłek i gruszek.

Po kilkunastu latach Mendel został opatem zakonu. W ogrodzie przyklasztornym zaczął wówczas swe słynne doświadczenia nad krzyżowaniem grochu.

Był pierwszym biologiem, który planowo zastosował metodę krzyżowania do badań nad dziedziczeniem cech u roślin. W ciągu wieloletnich doświadczeń hodowlanych dowiódł, że każdy z 22 użytych gatunków grochu zatrzymywał swe indywidualne cechy. Ustalił przy tym wyraźnie określone cechy, według których można rozpoznać po-

szczególne odmiany grochu, jak na przykład kolor nasion lub kolor kwiatów. Była to ciekawa obserwacja, która pobudziła Mendla do rozważań i dalszych badań. Przede wszystkim obalała twierdzenie o dziedziczeniu mieszaniny cech, ponieważ wszystkie nasiona wyglądały jak jednego z rodziców i nie przejawiały żadnego wypośrodkowania. Jednakże wsołne krzyżowanie roślin potomnych wydających żółte nasiona dało następny zastanawiający wynik: w drugim pokoleniu pojawiły się zarówno zielone jak i żółte nasiona, a nasiona zielone wydały także żółte rośliny rodzicielskie, przy czym udział procentowy osobników dających nasiona takiej czy innej barwy był zawsze taki sam. Zauważył również, że osobniki mające kwiaty białe, krzyżowane między sobą, dają potomstwo wyłącznie o kwiatach białych. Tak samo osobniki o kwiatach czerwonych dają potomstwo



Jan Mendel urodził się 22 lipca 1822 roku w morawskiej wsi Nynčice (wówczas w obrębie monarchii austriackiej, obecnie – na terenie Czech) w rodzinie niezamożnego rolnika.

wyłącznie o kwiatach czerwonych. Jeśli jednak kwiaty z tych obu gatunków czystych zapyli się pyłkiem drugiej rasy czystej, to otrzyma się rośliny o kwiatach barwy różowej, czyli pośredniej. Ta właśnie jednolitość pierwszego pokolenia i różnorodność pokolenia drugiego – mieszańców, doprowadziły Mendla do przekonania, że niektóre cechy dziedziczone są przez bezpośrednie potomstwo, i te nazwał cechami przeważającymi, czyli dominującymi. Inne zaś przepuszczały jedno

W 1865 roku opracował prawa dziedziczości znane dziś jako **prawa Mendla**. Pierwsze z nich, prawo segregacji głosi, że każda cecha dziedziczna jest określana, czyli determinowana przez jednostki dziedziczości występujące parami. Drugie prawo, niezależnej segregacji, głosi: w krzyżówkach, w których rodzice różnią się jedną lub większą ilością niezależnych cech, każda para genów podlega losowej segregacji i jest dziedziczona niezależnie od genów innych par.

pokolenie i występowały dopiero w trzecim, te nazwał cechami ustępującymi, czyli recesywnymi.

W 1865 roku opracował prawa dziedziczości znane dziś jako prawa Mendla. Pierwsze z nich, prawo segregacji głosi, że każda cecha dziedziczna jest określana, czyli determinowana przez jednostki dziedziczości występujące parami. Drugie prawo, niezależnej segregacji, głosi: w krzyżówkach, w których rodzice różnią się jedną lub większą ilością niezależnych cech, każda para genów podlega losowej segregacji i jest dziedziczona niezależnie od genów innych par.

Wrodzony zmysł matematyczny pozwolił Mendlowi na ilościowe ujęcie zjawisk dziedziczości. Gdy w 1865 roku ogłosił swe długoletnie spostrzeżenia i wnioski w sprawozdaniach Naukowego Towarzystwa Przyrodniczego w Brnie Morawskim, niewątpliwie te właśnie wzory matematyczne pogmatwały myśli ówczesnych biologów. Towarzystwo, zgodnie z przyjętym zwyczajem, sprawozdania Mendla przesłało do instytucji naukowych Wiednia, Rzymu, Petersburga, Upsali, Krakowa i innych miast, ale nikt nie zwrócił na nie uwagi. Łączenie botaniki z matematyką zaprzeczało wszelkim obojętnym ówczesnie pojęciom. Stan umysłów współczesnych Mendlowi biologów, zajętych je-

szcze darwinowską teorią ewolucyjnej zmienności form żyjących, nie sprzyjał przyjęciu twierdzeń brneńskiego opata o stałości cech i matematycznych regułach ich rozszczepiania się. W 1866 roku wyniki Mendla zostały opublikowane w wydawanym przez Naukowe Towarzystwo Przyrodnicze piśmie „Transaktionen”, w artykule zatytułowanym w tłumaczeniu polskim „Badania nad hybrydami roślin”. Drugi artykuł ukazał się w tym samym piśmie trzy lata później. „Transaktionen” nie były pismem o wielkim znaczeniu, niemniej jednak znajdowały się w dużych bibliotekach. Mendel przesłał ponadto kopię artykułu Karlowi Nägeliemu, wybitnemu autorytetowi w dziedzinie zagadnień dziedziczości. Nägeli przeczytał pracę i odpisał Mendlowi, że nie dostrzegł w niej istotnych wartości. Artykuły Mendla zostały powszechnie zignorowane i poszły w zapomnienie na ponad trzydzieści lat. Po notatkach, jakie Mendel poczynił na marginesie swojego egzemplarza darwinowskiego dzieła „O powstawaniu gatunków” można wnioskować, że dostrzegł wartość swych odkryć dla teorii ewolucji. Choć jego badania były znane wielu współczesnym mu biologom, to jednak zostały uznane za rewelacje istotne jedynie dla tych, którzy zajmują się grochem.

W późniejszych latach życia, Mendel należał do wielu towarzystw naukowych: meteorologicznego, pomologicznego, pszczelarskiego i innych, ale ciągle niedoceniony był przez biologów. Zmarł 6 stycznia 1884 roku w Starym Brnie.

W 1900 r. odkryto ponownie prace Mendla. Na jego artykuł natknęli się, niezależnie od siebie, trzej badacze: Holender Hugo de Vries, Niemiec Karol Correns i Austriak Erich von Tschermak. Wszyscy trzej wykonali własne doświadczenia botaniczne niezależnie od siebie i potwierdzili prawa sformułowane przez Mendla. Wszyscy zacytowali pracę Mendla i oświadczyli, że ich badania potwierdzają jego odkrycia. Zadziwiający potrójny zbieg okoliczności! W tym samym roku Anglik William Bateson również trafił na artykuł Mendla i zwrócił na niego uwagę innych. W ten sposób Mendel zyskał ogromne uznanie, które należało mu się już za życia.

Mendel zapoczątkował odrębną gałąź biologii – genetykę, choć nie wiedział o istnieniu chromosomów i nośników cech dziedzicznych, jakimi są geny.

W roku 1966 w 100 lat po ogłoszeniu dzieła stanowiącego podwaliny dzisiejszej genetyki, odbył się wielki zjazd poświęcony Mendlowi. Symbolem zjazdu był emblemat przedstawiający kwiat groszku i model budowy cząsteczki DNA.

Prawa Mendla, są podstawą współczesnej genetyki.

Alicja Karwowska
*(Autorka jest asystentem
 – stażystą w Zakładzie
 Analizy Instrumentalnej AMB).*



Ignacy Mościcki

c₊ h emik

i
prezydent RP

Odrodzona po 123 latach zaborów w roku 1917 Rzeczypospolita Polska powierzała godność prezydenta ludziom najznakomitszym – głęboko wykształconym, gorącym patriotom. Pierwszym prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej był Gabriel Narutowicz, rodem ze Żmudzi, profesor Politechniki w Zurichu. W latach 1922-1926 stanowisko to piastował Stanisław Wojciechowski, profesor matematyki uczelni warszawskich. Trzecim prezydentem RP był Ignacy Mościcki.

Ignacy Mościcki urodził się 1 grudnia 1867 roku w Mierzanowie, pow. Ciechanów. Pochodził z rodziny ziemiańskiej o silnych tradycjach patriotycznych. Był synem Faustyna, uczestnika powstania styczniowego i Stefanii z Bojanowskich. Do szkół uczęszczał w Płocku i Warszawie. W latach 1887-1891 studiował chemię na Wydziale Chemicznym Politechniki w Rydze. W czasie studiów działał w ruchu niepodległościowym i związany był z ugrupowaniami socjalistycznymi. W 1892 roku zmuszony do opuszczenia ziem polskich udał się do Londynu. Utrzymując się z dorywczych zajęć studiował w Finsbury Technical College. W 1897 przeniósł się do Szwajcarii, gdzie został asyntenem prof. Józefa Wierusza-Kowalskiego w katedrze fizyki Uniwersytetu we Fryburgu. Prowadził w tym czasie badania w zakresie chemii fizycznej i elektrochemii. W 1912 roku powołany został na Katedrę Chemii Fizycznej i Technicznej Politechniki Lwowskiej, następnie pełnił funkcję dziekana Wydziału Chemii a później rektora tej uczelni.

1 czerwca 1926 roku Ignacy Mościcki powołany został przez Zgromadzenie Narodowe do pełnienia funkcji prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej. Urząd ten sprawował aż do wybuchu II wojny światowej. Był związany ideowo z Józefem Piłsudskim. 17 września, po wkroczeniu do Polski wojsk radzieckich, prezydent wraz z rządem przekroczył granicę polsko-rumuńską. Pod naciskiem strony niemieckiej został internowany w Craiowej. Mościcki mianował swoim następcą przebywającego we Francji Władysława Raczkiewicza. W grudniu 1939 r. Mościcki wraz z rodziną przeniósł się do Szwajcarii. Był dwukrotnie żonaty: z Michaliną Czyżewską, z którą miał dwóch synów – Józefa i Michała, następnie z Marią Dobrzańską.

Zmarł 2 października 1946 r. w Versoix pod Genewą. W 1993 r. jego prochy przeniesiono do Katedry Św. Jana w Warszawie

Ignacy Mościcki był inżynierem – chemikiem, współtwórcą elektrochemii technicznej, wynalazcą. W roku 1905 opracował metodę i technologię produkcji tlenków azotu, która znalazła zastosowanie do produkcji kwasu azotowego i nawozów azotowych. Metoda przemysłowej produkcji kwasu azotowego

– pierwsza tego typu – oparta była na wiązaniu azotu przez spalanie powietrza w łuku. Do tego procesu niezbędne były specjalne piece i wysokonapięciowe kondensatory, jak również baterie wysokiego napięcia zasilające te kondensatory, które Mościcki zaprojektował.

W 1906 r. opracował nowy system absorpcji produktów gazowych przy użyciu wień absorpcyjnych ciągłego działania. Wprowadził też nową metodę zateżnienia kwasu azotowego. W latach 1917-1922 zajmował się nowymi technikami rafinacji ropy naftowej. Wynalazł techniczne sposoby chlorowania metanu. Zajmował się także pirogennym rozkładem węglowodorów jak również syntezą cyjanku i amoniaku na skalę techniczną. Projektował fabryki chemiczne, m.in. kwasu azotowego w Miluzie, związków cyjanowych w Neuhausen.

Ignacy Mościcki wniósł istotny wkład w organizację polskiego przemysłu chemicznego. W 1922 r. został mianowany dyrektorem kombinatu związków azotowych w Chorzowie. Wkrótce po zastosowaniu jego udoskonaleń w procesach technologicznych produkcja karbidu (CaC₂) i azotniaku (CaCN₂) została wielokrotnie zwiększona i poszerzona o amoniak, kwas azotowy, azotan amonu, saletrę i nitrofos – co całkowicie uniezależniło Polskę w tym zakresie od importu. Powołał do życia Chemiczny Instytut Badawczy w Warszawie (obecnie Instytut Chemii Przemysłowej). Założył fabrykę chemiczną „Azot” w Jaworznie. Z jego inicjatywy powstała w

latach 1927-1930 Państwowa Fabryka Związków Azotowych pod Tarnowem (późniejsze Mościce).

Ogłosił ponad 60 prac naukowych w językach: polskim, francuskim, niemieckim. Był autorem 40 patentów polskich i zagranicznych. Otrzymał doktorat honoris causa: Politechniki Lwowskiej, Politechniki Warszawskiej, Sorbony, Uniwersytetów w Dorpacie, Fryburgu, Warszawie i Wilnie. Był członkiem Polskiej Akademii Umiejętności, Akademii Nauk Technicznych, Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i Polskiego Towarzystwa Chemicznego.

Joanna Jasielczuk

(Autorka jest asystentem

w Zakładzie Analizy Instrumentalnej AMB).

Technika zna pojęcie próby niszczącej, w czasie której przekracza się granice wytrzymałości wytworzonego urządzenia, aby poznać jego prawdziwą wartość. U nas dzisiaj moda na podobnej natury próby na ludziach. Trudno, człowiek nie wybiera sobie czasów i odczynny. Jednak po roztrzaskaniu auta o beton żaden technik nie wali w niego drugi raz kafarem dla wyładowania emocji, tylko długo i drobiazgowo bada i rozstrząsa co wytrzymało, a co pękło i dlaczego.

W Białymstoku próbie niszczącej poddano po kolei drugiego już kardiochirurga, co samo w sobie jest ewenementem, bo w najbogatszych nawet firmach prób zniszczeniowych nie wykonuje się za często. Jednak ku powszechnej zgrozie lekarz wytrzymał tę marnie zaplanowaną i niezbyt udolnie przeprowadzoną prowokację. Wcale nie dostał zawału, przeżył też jakimś cudem i pacjent, którego zdaje się, nikt nie pytał, czy zgadza się być operowany pod lufą przez chirurga, na którego czekają z kajdankami. Mało tego, oskarżony śmie się jeszcze tłumaczyć, a sąd w jakimś stopniu wyjaśnienia uznaje, bo zwalnia go z aresztu.

I w tym momencie poddany próbie otrzymuje drugie uderzenie. Kierownik kliniki, wielkiej klasy specjalista, o którego sukcesach donosił niedawno ten sam Poranny, zostaje w sobotnim Magazynie ochrzczone „docenciną”, który śmie jeszcze zabierać głos. Rektor zostaje mianowany „towarzyszem rektorem”, bo waży się nie przyłączyć do nagonki, stosuje domniemanie niewinności i stara się myśleć również o ludziach z zagrożonym życiem, którzy czekają na operację serca i o tych z nas (tak, chodzi o nas, a nie o abstrakcyjnych „onych”!), którzy mogą tam w każdej chwili trafić. Wybrane władze uczelni to w publikacji jacyś „koledzy”, a sama uczelnia wyrokiem dziennikarza staje się „zaściankową”. Tu już nie chodzi o analizę sprawy, poszukiwanie przyczyn, zapobieganie, a tylko o poniżenie człowieka, a przy okazji środowiska i Uczelni. Ciarki mnie przechodzą, bo pamiętam dobrze ton prasy w słynnych procesach lat 60-tych, w których przy powszechnym aplauzie ludzie poszli na szubienicę za jakieś nadużycia w obrocie mięsem.

Żąda więc gazeta od obwinionego i od uczelni bezwarunkowego wyznania winy. Zapewne najlepiej dla wszystkich było by odklepać rytualną formułkę o czarnych owcach i o uczciwej większości. Tak naprawdę, większość środowiska przyjmuje z dyzgustem handel tym, co nie należy

do żadnego funkcyjnego lekarza: łózkami w szpitalu, czy miejscami w kolejce do świadczeń.

Problem jednak jest i może pora już nazwać go po imieniu. A jest on taki, że lekarze parający się leczeniem specjalistycznym, a zwłaszcza wielką chirurgią, są w obecnym systemie w sposób całkowity odcięci od środków, którymi finansowane są ich świadczenia. Czy operują, lub udzielają porad, czy nie, to i tak cały pieniądz topi się w kasie zadłużonego szpitala. A im więcej i poważniejszych operacji wykonują, tym większy dług i pretensje ze strony dyrekcji. A przy tym, przyjęło się ostatnio udawać, że poważna operacja żywego człowieka to jakaś tam anonimowa „procedura”. Hipokryzja ta mija każdemu i doznaje on nagłego oświecenia, kiedy rzecz dotyczy

jego samego, czy bliskich. Wtedy poszukuje dobrego fachowca (a ci są nieliczni i zajęci) i stara się go pozyskać wpychając rozmaite fanty i pieniądze, czy ten chce, czy nie chce. Tylko święty nie da się w końcu

skusić i nie przyjmie dodatkowego wynagrodzenia za coś, co i tak robi najlepiej jak umie. Nie łudźmy się, że na Zachodzie lekarze odmawiają przyjmowania pieniędzy. Oni po prostu nie mogą przyjmować dwa razy za to samo, bo wypadli by z konkurencji. Również u nas nie słyszy się o korupcji tam, gdzie są nieźle opłacane kontrakty indywidualne. Ktoś powie, że kardiochirurg zarabiał niemało: owszem (choć to rzecz względna, a zarobki podawane były brutto), ale cały zespół zarabiał normalnie, czyli mało, a ma to w tej sprawie też swoje znaczenie.

Trudno, powiedziałem to, co wszyscy i tak wiedzą, ale powszechna hipokryzja nie pozwala o tym mówić. A teraz niech zaryczą wszystkie święte krowy, a młode, ambitne dziennikarki niech mnie ukamienują. A jak krowy pójda już na rzeź, dziennikarki z ostrymi piórami na rzeczniczki bogatych firm, a wszyscy poważniejsi doktorzy przyprawieni zostaną o zawał, to i tak „ta Polska” będzie musiała zdecydować, czy woli płacić swoim lekarzom uczciwie, czy nadal udawać, że zwalcza korupcję i pozwalać rozmaitym demagogom ukrecać na tym swój interes.

P.S. Czy to nie dziwne, że skorumpowani i popełniający błędy w sztuce lekarze jakoś mieszkają w Bydgoszczy, Białymstoku, Zielonej Górze, itd., ale przenigdy w Warszawie?

Prof. Zenon Mariak
Rzecznik zawodu lekarza

Białystok, 20 06 2005 r.



Próba niszcząca



Już nie ma



...kolejne rocznice, kolejne chwile zadumy wywołane przez migoczące światelka lampek nagrobnych, szepoty modlitw, wieczorne luny nad cmentarzami...

Mija kolejna rocznica śmierci mojej przyjaciółki – Alicji Zawal. Zmarła 14 czerwca, dziesięć lat temu.

Poznałyśmy się jesienią w Białymstoku, gdzie przyjechałyśmy studiować medycynę. Słoneczny październik szeleścił różnobarwnymi liśćmi. Szłyśmy przez piękny, stary park Branickich i pełne niepokoju, zastanawiałyśmy się jak to będzie. Obie wiedziałyśmy już na pewno, że ona będzie tylko dobrą internistką, a ja tylko dermatologiem.

Po wielu latach rzeczywiście tak się stało, ale najpierw były lata wspólnej nauki, wspólnych wypraw na koncerty, do teatru... Pierwsze wspólne niepowodzenie na egzaminie z biochemii...

W ciągu sześciu lat pomieszkiwania w jednym pokoju w akademiku ona – córka Gór Świętokrzyskich dziwiła się wielokrotnie: Anula, ty naprawdę nigdy nie byłaś w Świętej Katarzynie, w Słupi też nie, a Świętego Krzyża też nie widziałas? No cóż, ja jestem dzieckiem Kurpiowszczyzny i moje wypady wakacyjne omijały ten region.

Teraz, po latach, kiedy już tu mieszkam, kiedy te wszystkie miejscowości mam w zasięgu ręki, a na niedzielną mszę wędrujemy na Św. Krzyż, często myślę o tym jej zdziwieniu.

Po kilku latach pracy w rodzinnych Starachowicach wyjechała z rodziną na Węgry. Tam podjęła pracę. Pamiętam, że kiedyś po kolejnym zaproszeniu odwiedziłam ją w Budapeszcie. Myślała o swoich pacjentach nawet poza przychodnią. Kilku z nich umówiła na konsultację i u Niej w domu zastanawiałyśmy się jak leczyć ich dolegliwości skórne. Byli to młodzi chłopcy z Polski i nie stać ich było na leczenie specjalistyczne za granicą.

A potem ta nagła, zła wiadomość w czerwcu 1995 roku. Już nie ma Alicji! Odeszła nagle, bez świadomości, że zostawia trójkę swoich dzieci, kochającego męża, i matkę, która pochowała już drugie, ostatnie swoje dziecko w ogromnej rozpacz i desperacji postanowiła odejść razem z nią...

W zatłoczonym starachowickim kościele żegnali ją znajomi, pacjenci, koledzy i my – garstka skrzykniętych w pośpiechu przyjaciół z AMB.

Do grobu razem z frezjami, które tak lubiła włożyłam jej te strofy Haliny Poświatowskiej:

...tak lekko/ubyc z zapachem/ z barwy/ po prostu/ pod głową ramię/ i zasnąć/ wiatr nie obudzi/ pszczola/ciemnymi skrzydłami nie ugłaszcze/ ziemi oddać/oddać siebie/ tak bardzo/ że już niczym nie zostać/ i nigdzie!

Anna Klonowska z d. Żebrowska
– AMB rocznik 1966-1972

Kim jest pacjent?

W dniach 21-24 kwiecień 2005 roku odbyła się IV Podlaska Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa *Pacjent podmiotem troski zespołu terapeutycznego*.

W trakcie obrad zwrócono uwagę, że słowo „pacjent” pojawia się w naszej codziennej pracy bardzo często i we wszystkich możliwych odmianach. Podjęto też próbę wyjaśnienia kim jest pacjent? Czy jest nim chory czekający na wizytę u



lekarza, potrzebujący pomocy pielęgniarki, czy też psychologa? Czy jest nim tylko człowiek leżący w szpitalu, w sanatorium, hospicjum, człowiek niepełnosprawny, czy także osoba zdrowa? Co warunkuje uznanie kogoś za pacjenta? Jakie zadania wyznacza pacjent dla pracowników służby zdrowia, czego od nich oczekuje? Co i w jaki sposób oni mogą mu zaoferować? Starano się znaleźć odpowiedź na pytanie, czy prawdziwe są słowa Ludwika Jerzego Kerna, że „prawie każdy pacjent marzy o takim lekarzu, który byłby wyspecjalizowany wyłącznie w nim”? Zastanawiano się, czy faktycznie trzecie tysiąclecie przyniosło przeobrażenia w przestrzeganiu praw pacjenta, a poszanowanie jego godności i niezależności, dbałość o zapewnienie mu komfortu bio- i psychospołecznego stały się, obok podstawowego procesu leczenia, naczelnym celem działań zespołu terapeutycznego?

Głównym organizatorem konferencji był Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Akademii Medycznej w Białymstoku, a współorganizatorami: Zakład Higieny i Epidemiologii Akademii Medycznej w Białymstoku, Polskie Towarzystwo Higie-

¹ H.Poświatowska Rozcinam pomarańczę bólu Wyd. Spółdzielnia Wydawnicza ANAGRAM, 1993

niczne Zarząd Oddziału w Białymstoku, Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział Regionalny Białystok, Uczelniane Koło Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Oddział w Białymstoku, Zarząd Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Białymstoku, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Białymstoku oraz Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego AMB

Konferencję honorowym patronatem objęli: Jego Magnificencja prof. dr hab. **Jan Górski** Rektor Akademii Medycznej w Białymstoku, **Marek Strzaliński** Wojewoda Podlaski, **Janusz Krzyżewski** Marszałek Województwa Podlaskiego oraz **Ryszard Tur** Prezydent Miasta Białegostoku, a patronatem medialnym **Magazyn Pielęgniarki i Położnej**.

Skład Komitetu Honorowego zaszczylicili: dr n. biol. **Elżbieta Buczkowska** Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, mgr **Elżbieta Chróścicka** Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, dr n. med. **Grażyna Iwanowicz-Palus** Przewodnicząca Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Położnych, **Mero Kesesiogloy** Ambasador Republiki Greckiej w Państwie Wybrzeża Kości Słoniowej, prof. **Eleni Theodosopoulou** z Wydziału Pielęgniarstwa Uniwersytetu Ateńskiego oraz mgr **Maria Karpiuk-Domagala** Redaktor Naczelny Magazynu Pielęgniarki i Położnej.

Przewodniczącą Komitetu Naukowego była prof. dr hab. n. hum. **Irena Wrońska** dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznej w Lublinie, przewodnicząca KRASZM.



okładka krążka CD-cegiełki

W konferencji wzięło udział prawie 600 osób z Polski, Grecji, Austrii i Białorusi. Byli to specjaliści z dziedziny pielęgniarstwa, interny, pediatrii, chirurgii, rehabilitacji, opieki paliatywnej, geriatrici, neurologii, dermatologii, promocji zdrowia, higieny i epidemiologii, psychologii, socjologii i pedagogiki.

Uczestnicy konferencji otrzymali **certyfiakat z 20 punktami edukacyjnymi** przyznanymi zgodnie z Uchwałą Nr 7071/2004/IV/P Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku z dnia 13 października 2004 roku. Mogli także dodatkowo uczestniczyć w dwóch kursach dokształcających zatwierdzonych przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, i organizowanych przez Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego: **Jak usprawnić relacje z pacjentem – podstawy NLP** oraz **Rola zespołu terapeutycznego w opiece nad chorym onkologicznym cierpiącym z powodu bólu**.

W trakcie konferencji wygłoszono ogółem 280 referatów.

W dniu 18 kwietnia 2005 roku Komitet Organizacyjny Konferencji zorganizował **I Przegląd Teatralny** zespołów dziecięcych z inscenizacjami, skeczami, występami kabaretowymi itp. o charakterze prozdrowotnym nt. „Z pielęgniarką po zdrowie”, w którym wzięło udział prawie 200 dzieci. Rozstrzygnięto także **konkurs plastyczny** dla dzieci pod tym samym hasłem oraz **konkurs fotograficzny** nt. „Pacjent w obiektywie”, na które napłynęło 680 prac z całej Polski.

Konferencja miała także tradycyjnie **akcent charytatywny**. Prace dzieci nadesłane na konkursy plastyczny i fotograficzny zostały zeskanowane, i wydane w postaci krążka CD-cegiełki. Dochód ze sprzedaży zostanie przekazany na organizację obozu rehabilitacyjnego dla dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym, padaczką i zespołem Downa, podopiecznych Kliniki Neurologii i Rehabilitacji Dziecięcej AMB.

W trakcie konferencji odbył również **Dzień Otwarty Wydziału Pielęgniarstwa i Ochrony Zdrowia AMB**. W tym dniu uczniowie szkół średnich, w budynku Zakładu Pielęgniarstwa Ogólnego, mogli zapoznać się z zasadami rekrutacji, porozmawiać z kadrą Wydziału i studentami. Odbywały się także bezpłatne porady (np. pomiary stężenia cukru, ciśnienia tętniczego krwi, wzrostu, masy ciała, wyznaczenie BMI), prelekcje (np. *Diety wspomagające leczenie w wybranych chorobach*, *Rola diety w profilaktyce chorób cywilizacyjnych*, *Leczenie żywieniowe*, *Opieka nad matką i dzieckiem*) oraz projekcje filmów (np. *Techniki szybkiego zapamiętywania, uczenia się i czytania*, *Poczucie własnej wartości*, *Autoprezentacja*, *Jak pokonać stres?*, *Mowa ciała czyli komunikacja niewerbalna*, *Asertywność*).

Uczestnicy mieli także zapewniony bogaty program imprez towarzyszących. Ceremonia otwarcia uwieńczona została spektaklem teatralnym pt. „Sztuka” w wykonaniu Roberta Ninkiewicza, Macieja Stępniaaka, Krzysztofa Ławniczaka, aktorów Teatru Dramatycznego im. Aleksandra Węgierki w Białymstoku.

Zorganizowane były także wystawy:

- fotograficzna Antyfony Chatzopulu – „Wśród bieli i ciemności”
- „Magazyn Pielęgniarki i Położnej – sprawdzony przyjaciel od 10 lat”
- prac plastycznych pacjentów – „Pacjent jako twórca”
- prac dzieci nadesłanych na konkurs plastyczny „Z pielęgniarką po zdrowie”
- prac nadesłanych na konkurs fotograficzny „Pacjent w obiektywie”

Aktywny udział w konferencji tak licznej grupy osób oraz jej program naukowy (doniesienia ustne, sesje plakatowe, sesje edukacyjne, kursy) stworzyły dobrą podstawę do wymiany poglądów i opinii. Umożliwiły prezentację własnych doświadczeń naukowo-klinicznych i organizacyjnych oraz pozwoliły na wyciągnięcie praktycznych wniosków ułatwiających codzienną pracę z pacjentem.

Jednocześnie to kwietniowe spotkanie było wspaniałą okazją do nawiązania nowych kontaktów naukowych i osobistych. Uczestnicy wyjeżdżali zachwyceni miastem i regionem oraz otwartością, życzliwością, gościnnością jego mieszkańców. Już teraz deklarowali swój przyjazd w roku 2007 na jubileuszową V Konferencję.

Elżbieta Krajewska-Kulak, Jolanta Lewko, Matylda Sierakowska, Cecylia Łukaszk



Królewska Łomża

Adam Dobroński



Łomża, to dawna stolica ziemi łomżyńskiej w okresie przed-rozbiorowym, także departamentu, guberni i województwa, a dziś siedziba władz powiatu w województwie podlaskim. To miasto o wyjątkowo bogatej historii, jedno z największych na Mazowszu, dumne, niepokorne. Tak było i tak jest obecnie. Nazwa miasta wywodzi się ponoć od załomu (zakola) Narwi, bo też związek grodu z tą rzeką trwa od wieków. Kto nie wierzy niechaj od strony Piątnicy popatrzy na piękno skarpy nadnarwiańskiej. W herbie miasta widnieje zaś jelen w biegu przeskakujący kamienie.

Szczyśliwe wieki

Pierwsza osada łomżyńska powstała według archeologów już w IX wieku, w miejscu trudno dostępnym, koło dzisiejszej wsi Stara Łomża i rozwijała się szybko. Władcy mazowieccy w wieku następnym zdecydowali się tu właśnie na zbudowanie grodu obronnego, który miał strzec przeprawy przez rzekę i osłaniać od wrogów północno-wschodnią granicę. Zadanie to było trudne, zwłaszcza w okresach wzmożonych najazdów Jadźwingów i Litwinów. Ci ostatni byli tak groźni, że uitarło się określenie: dzika Litwa. Pozostało z tamtego okresu grodzisko, zwane potocznie górą Królowej Bony. Obok znajduje się wzgórze Świętego Wawrzyńca, gdzie wedle opowieści (nie potwierdzonych przez archeologów) istniał już około roku 1000 kościół parafialny. Z nim to wiąże się obecność św. Brunona z Kwerfurtu, misjonarza-męczennika.

Po zawarciu w końcu XIV w. unii polsko-litewskiej nastąpił spokój w tej części Mazowsza, rycerzy zastąpili kupcy i rzemieślnicy. Okazało się wówczas, że położenie podgrodzia łomżyńskiego przysparza sporych trudności, przeprawa tu przez Narew nie należała bowiem do dogodnych. W tej sytuacji Łomża została przeniesiona na nowe miejsce, na tzw. Księżnej (Księdzowej) Górze (tu obecnie klasztor kapucynów) wybudowano kościół NMP i Rozesłania Świętych Apostołów, a 15 czerwca 1418 roku książę Janusz I Starszy nadał miastu prawo chełmińskie. Kiedy zaś w połowie lat 20. XVI wieku wymarła linia Piastów mazowieckich (otruto dwóch ostatnich książąt: Janusza i Stanisława?) Łomża stała się miastem królewskim. Tu odbywały się sądy grodzkie i ziemskie, sejmiki szlacheckie, a planowano nawet obrady sejmowe. Kroniki odnotowały także pobyt głów koronowanych i innych znakomych person. Ożywiony ruch panował na szlakach wiodących do Prus przez Kolno i do Grodna oraz Wilna przez Wiznę i Tykocin, a do Warszawy przez Ostrołękę. Na Narwi koło Łomży znajdowało się aż 6 mostów.

Andrzej Świącicki (XVI wiek) nie miał wątpliwości, że miasto to "nader przyjemne i po Warszawie wspaniałością murowanych domów, zamożnością i uprzejmością obywateli oraz okazałością placów targowych żadnemu nie ustępuje. Dwór królewski w Łomży jest bardzo obszerny, odwiedzany był często przez książąt mazowieckich, teraz zaś służy za siedzibę starosty ..". Zachwycał i kościół pod wezwaniem św. Michała Archaniola oraz św. Jana Chrzciciela, wzniesiony w latach 1504-1525 (obecna gotycka katedra).

Dodajmy jeszcze, że ziemia łomżyńska należała do największych w województwie mazowieckim i dzieliła się na cztery powiaty: kolneński, łomżyński, ostrołęcki (Kurpie!), zambrowski. A słynęła między innymi z bartników doglądających barcie z

pszczołami, mających własne prawo i samorząd. W Łomży w początku XVII wieku jezuita założyli kolegium, w którym uczył późniejszy święty – Andrzej Bobola. Wytyczono Nowe Miasto, przybywało mieszkańców, ulic, domów. To był złoty wiek możnego miasta.

Raz na wozie, raz pod wozem

Ostatecznie za sprawą Szwedów, sprawców "potopu", Łomża zmieniła się w ledwie wegetującą miścinę, liczba jej mieszkańców spadła do około 300, czyli dziesięciokrotnie. Miasto nawiedzały klęski pożarów, powodzie, zarazy, narastały też konflikty między starostami a mieszczanami i chłopami. Tak zresztą było i w innych częściach Rzeczypospolitej. Mizerną opinię o Łomży, zwłaszcza o tutejszej szlachcie odnotował Stanisław August Poniatowski, który stąd kandydował na posła i z tego powodu musiał ścisnąć brudne łapska asanów. Ale szły lepsze czasy, zaczęły się reformy w państwie, także w Łomży świętowano uchwalenie Konstytucji 3 Maja (1791 rok). Tu też podjęto obronę linii Narwi w czasie powstania kościuszkowskiego. Prusacy dopiero po czterech tygodniach szturmów zajęli miasto i trzymali je do 1807 roku. Co gorsze, dawna stolica ziemi stała się jedynie siedzibą władz powiatowych i to w departamencie białostockim (ostrołęckie odeszło pod Płock). Na plus wypada jednak zapisać Prusakom niektóre zmiany cywilizacyjne, w tym i nakaz założenia cmentarza polowego (za miastem), który zachwyca dziś dostojnością i pięknem nagrobków, zwłaszcza dziecięcych.

O awansie Łomży na stolicę departamentu w Księstwie Warszawskim już wspominałem. Była to duża jednostka administracyjna, sięgająca aż pod Kowno, obejmująca także Suwałki, ale bez Białegostoku, bo ten dostał się Rosji. W pamiętnym 1812 roku przez Łomżę przejechał dwukrotnie Napoleon, tu nawet popijał ulubione wino (madera). Wydawało się, że z każdym rokiem będzie lepiej, podejmowano próby uprzemysłowienia, poprawiano trakt zmierzający od Warszawy do Petersburga. Niestety, w Królestwie Polskim (po 1815 roku) władze wojewódzkie przemieściły się z Łomży do Suwałk i tam już pozostały mimo protestów łomżan oraz augustowian. Tę niechęć Rosjan do miasta z jeleniem w herbie tłumaczono sobie i patriotyczną postawą mieszkańców w trakcie powstania listopadowego 1831 roku, co miało związek z działaniami przeciwko gwardiom carskim. Jeszcze większe represje spadły na łomżan w czasie powstania styczniowego, zgrozę budziło długo wspomnienie wymordowania przez kozaków koło karczmy Wygoda około 50 miejscowych gimnazjalistów. I tylko nadal wysokie noty uzyskiwały miejscowe szkoły, doceniano powszechnie uczoność braci Wagów: botanika Jakuba i zoologa Antoniego, obecnie patronujących Łomżyńskiemu Towarzystwu Naukowemu.

Gubernia drobnej szlachty

Łaska carska na pstrym koniu jeździła i w 1866 roku zapadła decyzja o awansie Łomży na stolicę nowej guberni. W jej skład weszły powiaty: kolneński, łomżyński, makowski, mazowiecki (z Wysokiem Maz. i Tykocinem), ostrowski, ostrołęcki, szczuczynski (z Grajewem). Napłynęli urzędnicy, wzmościł się garnizon,

zaczęto wielkie budowanie. Tak powstało nowe centrum z dziełami wybitnych architektów, do kościołów dodano synagogę i inne miejsca modlitw wyznawców mojżeszowych oraz cerkwie i kaplice prawosławne. Miasto straciło swój czysto polski charakter, co nie oznaczało załamania ducha u miejscowych patriotów. Łomża wybiła się jako nieformalne centrum osadnictwa drobnoszlacheckiego, a z tym wiązała się pomyślność obozu Narodowej Demokracji, wspieranej przez księży i okolicznych ziemian. Szlachta mazowiecka faktycznie nie przodowała w przyjmowaniu nowinek gospodarczych, przesadnie dbała o swój honor (pieniactwo sądowe) i skłaniała się do zakrapianej konsumpcji, ale jednocześnie szanowała tradycję, trzymała się wiary katolickiej i polskości, przejawiała większą od chłopów ciekawość świata. Można opowiadać anegdotki o "ciemnych Mazurach", nie można jednak nie docenić jej roli we wszystkich zrywach niepodległościowych. Szlachcianki zaś znane były nie tylko z noszenia parasolek i chodzenia do kościoła z książeczkami modlitewnymi (często trzymały je "do góry nogami"), ale także z osiągnięć w hodowli drobiu, dbałości o ogród.

W miarę upływu czasu wzmacniała się i inteligencja łomżyńska, jej dziełem była większość stowarzyszeń, na czele ze Strażą Ogniwą (namiastka wojska polskiego), Towarzystwem Dobroczynności, Towarzystwem Muzycznym "Lutnia" i Towarzystwem Wioślarskim. Efekt był i taki, że rewolucja 1905-1907 roku miała tu charakter jeszcze jednego powstania narodowego. A zaczęło się od lutowego strajku szkolnego w gimnazjum męskim i żeńskim. Co to była za wspaniała młodzież, a kto nie wierzy niechaj sięgnie po pamiętnik Bogdana Winiarskiego, późniejszego prezesa Międzynarodowego Trybunału Sprawiedliwości w Hadze. Pan profesor nie miał wątpliwości, że z murów Łomży ulatniają się fluidy, tu nasiąka się polskością i swoistością. Tę legendę imigranci łomżyńscy rozwieźli po całym świecie. Do pełnego szczęścia zabrakło miastu dogodnego połączenia kolejowego, napływu większych kapitałów, pomniejszenia rozmiarów nędzy, widocznej między innymi na nadnarwiańskich Rybakach. Zatrzeszczyły się natomiast władze carskie o wybudowanie, poczynając od lat 80. XIX wieku, kompleksu koszarowego i silnej twierdzy.

Nic to im nie pomogło, 11 listopada 1918 roku Łomża odzyskała wolność, tracąc w tym dniu pięciu żołnierzy Polskiej Organizacji Wojskowej.

W gorsecie powiatowym

W okresie wojny polsko-bolszewickiej w 1920 r. Łomża broniła się dzielnie od 28 lipca do 1 sierpnia. Walki te, podobnie jak w rejonie Ostrołęki, miały kapitalne znaczenie, bo dały możliwość przygotowania obrony Warszawy oraz kontrofensywy znad Wieprza, która ostatecznie przesądziła o klęsce Armii Czerwonej. Miasto stało się garnizonem dla 33 pułku piechoty, wytworzyła się w nim trwała, serdeczna więź między wojskiem a ludnością cywilną. Dziwiono się tylko z przyłączenia Łomży i powiatu do województwa białostockiego, zabiegano o zmianę tego podporządkowania, co stało się dopiero 1 kwietnia 1939 roku.

Powiatowa Łomża borykała się z wieloma kłopotami, miała jednak swe radości i sukcesy. Miasto powiększyło się poprzez dołączenie przedmieść (Skowronki, Łomżyca, Pocijewe, Zawady),

w 1939 r. mieszkało w nim około 28 tys. osób (bez wojska), a co trzeci z nich był wyznania mojżeszowe. Rozwijało się rzemiosło, panował ruch w handlu, istniały drobne na ogół zakłady przemysłowe. Przybywało szkół i to cenionych, o wysokim poziomie nauczania. Wychodziły tygodniki, ukazywały się tomiki w "Bibliotece dobrych książek". Zwłaszcza w okresie wyborów podnosiła się atmosfera sporów politycznych, przy czym nadal dobrze miała się narodowa demokracja, a Roman Dmowski bywał częstym gościem u Lutosławskich w Drozdowie (tam zmarł w styczniu 1939 roku). Wydarzeniem wielkiej wagi stało się awansowanie Łomży na stolicę diecezji, co ostatecznie dopełniło się w 1925 roku. Krótko tylko swe powinności biskupie pełnił tu ks. Romuald Jałbrzykowski (poszedł na arcybiskupstwo do Wilna), długo zaś prym wiódł następny biskup – Stanisław Łukomski.

Po 1926 r. zaczął rozwijać się ruch budowlany, przybyło kamieniczek. Jeśli wierzyć łomżanom, to ich miasto w okresie między dwoma światowymi wojnami zachwycało urodą, tu były najlepsze na świecie bułeczki i serdelki, tu też kochało się najmilej, spacerowało, pracowało. Tak wynika i z opowieści Hanki Bielickiej, córki jednego z przywódców narodowców. Kres tej sielance (pomiędzy liczne mankamenty) położył wrzesień 1939 roku. Walki obronne trwały aż cztery dni, potem na krótko weszły wojska niemieckie, po nich rządy objęli Sowieci. Na przekór wszelkim prawdom historycznym Łomża znalazła się w Zachodniej Białorusi, zapełniło się miejscowe więzienie, także stąd NKWD wywoziło na Sybir. Represje od końca czerwca 1941 roku kontynuowali okupanci niemieccy, sprawcy m.in. masowych egzekucji w lesie Jeziorokowskim i Giełczyńskim. Ładną kartę zapisał ruch oporu, zarówno Armia Krajowa, jak i Narodowe Siły Zbrojne. Wyzwolenie przyszło dopiero w styczniu 1945 roku, w gruzach leżało około 70% budynków, a liczba ludności zmniejszyła się o 60%.

Huśtawki ciąg dalszy

Łomża powróciła do składu województwa białostockiego, uchodziła zaś w nim za ostoję reakcji i klerikalizmu. Tu szczególnie ciężko przeżywano stalinizm, działalność UB, panoszenie się towarzyszy partyjnych. Mieszkańcy byli przekonani, że władza zwana ludową w ramach szykan politycznych pomniejszała dotacje dla miasta, przywoziła "w teckach" funkcjonariuszy. Poprawa nastąpiła dopiero po 1960 roku, wówczas zaczęły się i większe inwestycje. Jeszcze lepiej była "za Gierka", tak w krajobraz miasta staropolskiego wpisały się m.in.: Zakłady Przemysłu Bawełnianego, fabryka mebli, browar ("laleczki"), krochmalnia. Do działania wzięli się miejscowi społecznicy wspierani przez członków Towarzystwa Przyjaciół Ziemi Łomżyńskiej, rozsianych po Polsce, po świecie. Przykładem takiej siłaczki była pani Helena Czernekowa, która i mnie uczyła miłości do "wielkiej Łomży". Tę wielkość podkreślały inicjatywy kulturalne, a ukoronowaniem marzeń lokalnych patriotów stało się województwo łomżyńskie. To temat na odrębną opowieść. Dziś powróciła powiatowa Łomża, nadal mazo-wiecka z ducha, choć oficjalnie podlaska.

Życmy jej sukcesów!

Autor jest prof. dr. hab. – pracuje na Wydziale Historyczno-Socjologicznym Uniwersytetu w Białymstoku.



Uwaga na trzewiki

Moja przygoda ze storczykami rozpoczęła się przed kilku laty.

Fotografując ptaki w Puszczy Augustowskiej natknąłem się na obrzeżach śródlęsnego torfowiska na zgrupowanie roślin o niespotykanych kwiatach w kształcie trzewika – jak się później okazało były to obuwiki. Od tej pory co roku w maju i czerwcu bezkrwawo „poluję” na różne gatunki storczyków, aby uwiecznić te – niestety ginące – gatunki naszej rodzimej flory.

Storczyki (Orchidee) zaliczane są do najpiękniejszych i najbardziej interesujących roślin. Na całym świecie doliczono się około 30 tysięcy gatunków zaliczanych do rodziny storczykowatych. Zwykle kojarzone są z tropikalnymi lasami czy wiotnymi kwicziarniami. Należy jednak podkreślić, że kwitnące od końca kwietnia do początku lipca storczyki można podziwiać w naturalnym środowisku również w Polsce, gdzie stwierdzono 46 gatunków tych roślin.

Biologia storczyków charakteryzuje się wieloma ciekawymi cechami. Będąc filogenetycznie bardzo młodą rodziną roślin, często tworzą naturalne mieszańce międzygatunkowe i odmiany, co znacznie utrudnia prawidłowe oznaczenie gatunku rośliny. Nie mające tkanki odżywczej nasiona tych roślin mogą się rozwijać tylko w symbiozie z grzybami glebowymi, które dostarczają im składników pokarmowych. Szczególnie interesujące jest rozmnażanie płciowe storczyków, w którym uczestniczą owady przenoszące pyłek z jednej rośliny na drugą. Wiele gatunków zwabia owady nektarem kwiatów. Są jednak i takie np. obuwiki, które „oszukują” owady, bo tylko ładnie pachną, ale nie dostarczają im nektaru. Najbardziej „wyrafinowane” są jednak dwulistniki, które wabia samce owadów kształtem i barwą części kwiatu do złudzenia przypominających samice, a także wydzielaniem specyficznych feromonów. Owady siadając na takie kwiaty próbują z nimi kopulować a przy okazji przenoszą pyłek na inne rośliny.

W Polsce storczyki możemy spotkać w różnych biotopach. Gatunki rosnące w lasach liściastych to np. coraz radszy obuwik pospolity czy podkolan, w borach iglastych np. tajeża czy gnieźnik leśny, a na łąkach i torfowiskach np. kruszczyk błotny, rzadki miodokwiat krzyżowy czy najpospolitszy i najbardziej zmienny jeśli chodzi o barwę kwiatów – stoplamek plamisty. Poza upiększaniem środowiska naturalnego storczyki nie mają znaczenia gospodarczego, jednak w Azji Mniejszej z podziemnych bulw tych roślin wytwarza się tzw. salep – substancję używaną do produkcji maści łagodzących podrażnienia skóry. Przekazy ludowe natomiast sugerują, że były używane jako afrodyzjaki. Należy jednak podkreślić, że wszystkie polskie storczyki są objęte całkowitą ochroną gatunkową.

Odпочyiwając więc wiosną na łonie natury rozglądajmy się za pięknymi przedstawicielami rodziny storczykowatych, uważając przy tym, aby trzewikiem nie zniszczyć obuwika, a kolanem – podkolaną białego czy zielonego.

Dariusz Lebensztejn

(Autor jest dr. hab., adiunktem
w III Klinice Chorób Dzieci AMB).



Obuwnik pospolity



Janusz Niczyporowicz

O koniach



Wczasach słusznie minionych... nie, no kto tak zaczyna felieton. Jeszcze raz. Dawno, dawno temu, żyliśmy w świecie symboli. I było nam z tym dobrze. Tak przynajmniej informowały środki tak zwanego masowego przekazu. Symbole były wszędzie. Można nawet pokusić się o twierdzenie, że nas otaczały, a nawet osaczały.

Symbolem dobrobytu był na przykład talon na malucha. Symbolem potęgi rolniczej kombajn Bizon. Symbolem trzeźwości krokus, a przyjaźni polsko-radzieckiej rucociąg przyjaźni. Ale na tym nie koniec. Symbolem wyznawanej przez nasze ówczesne państwo ideologii były pomniki Lenina, Marksa, Engelsa, Marchlewskiego i Dzierżyńskiego. Zdmuchnął je jednak wiatr historii.

Gorzej było z czołgami. Białostok też miał swojego „Rudego” 102, który był ustawiony na skwerze przy ul. Sienkiewicza. Jednych straszyl, innych śmieszył, jeszcze innym służył do zabawy, chociaż jego zadaniem było symbolizować! Co? Oczywiście wkroczenie wyzwolicielki Armii Czerwonej, która na własnych bagnach przyniosła nam to, co przyniosła, ale na szczęście już zabrała.

Teraz zabrano także symbol! Białostocki „Rudy” 102 zakończył właśnie stacjonowanie w swoim dotychczasowym miejscu postoju i tym samym kolejny symbol odjechał do historii, gdzie zresztą jest jego miejsce. Odkomenderowanie jakoby pierwszego czołgu, który wyzwolił Białostok, odbyło się niemal w konspiracji. O świcie podjechały specjalistyczne maszyny, wzięły „Rudego” za fraki i odwiozły do muzeum Podlaskiego Oddziału Straży Granicznej.

Tutaj do symbolu trzeba będzie dołożyć trochę grosza, aby mu zrobić facelifting, zanim znowu będzie wystawiony ku uciesze gapiów.

Wielu białostoczan było na taką decyzją władz oburzonych, wręcz im ręce opadały, a inni jej przyklasnęli, tym bardziej że właśnie mamy w zanadru rocznicę zakończenia II wojny światowej.

To prawda, że człowiek od pradziejów przywiązywał wielką wagę do różnych symboli, które z upływem lat kojarzyły się potomnym albo z czasami świetności, albo z historią, o której lepiej zapomnieć. Właśnie rocznica zakończenia jednej z największych rzezi w dziejach ludzkości zderza dwa takie symbole. To one ścisły nas od zachodu i wschodu, dążąc do unicestwienia nas i jako państwa i jako narodu. Jak to się wszystko skończyło, wiemy. A ten symboliczny, nieszczęsny czołg ze skweru przy ul. Sienkiewicza przecież nie był tym pierwszym, który wjechał do miasta ze sztandarami wolności. Ideologię dorobiono. Oczywiście funkcjonują w historii ludzkości symbole uniwersalne, które sławią dokonania człowieka. Symbolem podboju kosmosu może być lśniaca smuga stali znikająca w niebie? Może. Ale czy musi być zakończona koniecznie czerwoną pięcioramienną gwiazdą? Czy gołąbek pokoju może nieść w dziobie gałązkę oliwną? Może. Ale czy warto zamieniać ją na snopek żyta?

Z symbolami jest jak z pogodą. Nie należy ich bezkrytycznie chwalić. Bo przegalopuje koń trojański, wyjdzie z niego gajowy i wygoni wszystkich z lasu.

Kto tak kończy felieton?



Rośliny w Biblii



Ilona Lengiewicz

Betsaba i Róże

Po zjednoczeniu wszystkich plemion i poskromieniu Filistynów Dawid poszerzył granice państwa o Moab i Edom. Stał się królem wielkiego mocarstwa i przystąpił do budowy jego potęgi. Nastął złoty wiek Izraela. Michol urodziła mu pierworodnego Amnona, ale parę królewską łączyła bardziej przyjaźń niż miłość. Wydawało się, że Dawid nie pozna tego uczucia.

Pewnego razu, na czele małego oddziału, zapuścił się w okolice góry Karmel. U jej stóp wypasał swoje stada bogacz imieniem Nabal. Dawid poprosił go o nocleg i prowiant, ale ten, nie rozpoznawszy króla, niegrzecznie odmówił. Jego żona Abigail, w tajemnicy przed mężem, przywiozła mu jednak hojne dary: dwieście bochenków chleba, dwa bukłaki wina, pięć pieczonych baranów i dwieście wiązanek fig i rodzynków. Uroda i słodycz niewiasty sprawiły, że Dawid doznał coup de foudre – „uderzenia pioruna” i zakochał się od pierwszego wejrzenia. Wieść o niespodziewanej wizycie króla szybko rozeszła się po okolicy. Nabal zrozumiał swój błąd, tak się przestraszył, że zmarł na atak serca. Świeżo upieczona wdowa wkrótce została drugą królową i urodziła Dawidowi Absaloma.

Obie panie schodziły sobie taktownie z drogi, ale przyrodni bracia rozpoczęli walkę o dziedzictwo tronu. Absalomowi, który uchodził za najprzystojniejszego mężczyznę swoich czasów, pomógł przypadek. Amnon uwiódł i porzucił jego siostrę Tamarę. Kazirodztwo i gwałt przekreśliły karierę Amnona. Zgorszenie, intrygi pałacowe i jawna już nienawiść potomstwa Michol i Abigail sprawiły, że Dawid, wzorem prawdziwego wschodniego satrapy, zaczął rozbudowywać harem, a liczba pretendentów do tronu wzrosła niepomiarnie.

Pewnego razu, gdy był już mężczyzną w dojrzałym wieku, zdarzyło się coś, co zmieniło bieg historii i rzuciło głęboki cień na prawość charakteru władcy. Dawid z okien swojej komnaty podziwiał różane ogrody należące do posiadłości Uriasza – jednego z trzydziestu zasłużonych wodzów armii. Tego dnia, ujrzał po raz pierwszy Betsabę (młodziutką żonę generała) i zapłonął do niej gorącą miłością. Obmyślił też nikczemny plan pozbycia się męża ukochanej. Wysłał do naczelnego wodza armii list następującej treści:

„Postawcie Uriasza na czele szeregów, gdzie najętsza bitwa, a opuście go, aby zginął”. Tak też się stało i Uriasz, opuszczony przez żołnierzy, poległ pod Rabatem. Biblia milczy, czy Betsaba uwierzyła pogłoskom o prawdziwej przyczynie śmierci męża i czy pokochała Dawida. Jednak wkrót-

ce wydała na świat syna, którego król wyznaczył na swego następcę.

Chłopcu było na imię Salomon.

Ogród Betsaby mógł budzić podziw dworu, bo szlachetne odmiany róż dopiero co przybyły z pobliskiego Babilonu. Tam, na niewielką jeszcze skalę wytwarzano „wodę różaną” poprzez destylację z parą wodną płatków



Rysunek: **Jerzy Lengiewicz**

kwiatów. Obecnie, przy nowoczesnych metodach destylacji, aby otrzymać 1 kg esencji, potrzeba 700 kg płatków róży ! Olejek różany należał i należy do najdroższych pachnidła świata.

A sama róża jest bez wątpienia najpopularniejszym symbolem kwiatowym. Pąsowa – symbolizuje płomienną miłość naznaczoną cierpieniem, bo nie ma róży bez kolców (takie rosły tylko w Edenie). Róża biała – to symbol dyskrecji; wyrażenie sub rosa (pod różą) oznacza milczenie, sekretność. Stąd też zarządzenie papieża Hadriana V o umieszczeniu białej róży nad konfesjonalem. Biała róża jest też kwiatem Najświętszej Maryi Panny (Rosa Mystica) i symbolizuje czystość cielesną. Szczególnym błogosławieństwem stał się Różaniec, wprowadzony w 1208 roku przez św. Dominika oraz odprowadzane do dnia dzisiejszego nabożeństwa różańcowe (Rosalia) . Róża rzeźbiona w złocie – to najwyższe odznaczenie ustanowione przez Leona IX, przyznawane osobom wyjątkowo zasłużonym dla Kościoła.

Pamiętajmy też, że owoce szupinkowe róży są jednym z najbogatszych źródeł witaminy C.

Autorka jest dr.
– adiunktem w Zakładzie Biologii
Wydziału Farmaceutycznego AMB.



Beata Ewa Mirska

Emerytury na starych zasadach

Ustawa z 17 grudnia 1999r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych zagwarantowała ubezpieczonym urodzonym przed 1 stycznia 1949r. dotychczasowe zasady ustalania prawa i wysokości świadczeń, zaś dla urodzonych po 31 grudnia 1948r. określiła nowe zasady przechodzenia na emeryturę i ustalania jej wysokości. Niektórym ubezpieczonym urodzonym po 31 grudnia 1948 r. a przed 1 stycznia 1969r. ustawa ta stworzyła możliwość przejścia na emeryturę na zasadach obowiązujących przed reformą systemu ubezpieczeń społecznych, tj. sprzed 1 stycznia 1999r.

W artykule przedstawię warunki do uzyskania emerytury na tzw. starych zasadach.

Wszyscy ubezpieczeni urodzeni przed 1 stycznia 1949r. mogą uzyskać emeryturę po spełnieniu dwóch warunków.

Jednym z nich jest osiągnięcie wieku emerytalnego wynoszącego 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn. Drugim – jest udowodnienie stażu pracy wymaganego do emerytury, wynoszącego co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn. Emerytura dla osoby mającej powyższy staż pracy objęta została gwarancją świadczenia najniższego. Oznacza to, iż w przypadku gdy kwota wynikająca z wyliczenia będzie niższa od kwoty najniższej emerytury, zostanie podniesione do tej kwoty. Ubezpieczony, który ma okre-

ślony wiek lecz staż krótszy o 5 lat (co najmniej 15 lat kobieta i 20 lat mężczyzna) również uzyska emeryturę, jednakże z uwagi na krótszy staż pracy ta emerytura – nie jest objęta gwarancją świadczenia najniższego.

Osoby urodzone przed 1 stycznia 1949r. mają ponadto możliwość przejścia na emeryturę:

- kobieta po osiągnięciu 55 lat i po udowodnieniu co najmniej 30 letniego stażu pracy,
- kobieta po osiągnięciu 55 lat, jeżeli ma co najmniej 20 letni staż pracy, a ponadto uznana została za całkowicie niezdolną do pracy
- mężczyzna po osiągnięciu 60 lat, jeżeli ma staż pracy wynoszący co najmniej 25 lat pracy, a ponadto został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy.

Całkowitą niezdolność do pracy ustala w drodze

orzeczenia lekarz orzecznik ZUS.

Na emeryturę w wieku 55 lat dla kobiety i 60 lat dla mężczyzny mogą przejść także osoby urodzone przed 1 stycznia 1949 roku uprawnione do renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem lub chorobą zawodową jeśli mają staż pracy wynoszący co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn. Uprawnienie takie przysługuje osobom które mają ustalone prawo do renty z tytułu wypadku przy pracy lub z tytułu zaistniałego przed 1 stycznia 2003r. w wypadku w drodze do pracy lub z pracy albo z tytułu choroby zawodowej.

Generalną zasadą nowego systemu jest likwidacja przywilejów branżowych. Jednakże osoby urodzone przed 1 stycznia 1949 roku pracujące w zawodach posiadających przywileje, mogą nie obawiać ich likwidacji.

Zgodnie z artykułem 30 ustawy o emeryturach i rentach z FUS odrębne przepisy określają zasady wcześniejszego przechodzenia na emeryturę osób urodzonych przed 1 stycznia 1949r. będących między innymi nauczycielami akademickimi.

Artykuł 112 ustawy z 12 września r. o szkolnictwie wyższym reguluje możliwość przejścia na emeryturę nauczycieli akademickich. Zgodnie z ww. przepisami nauczyciel akademicki urodzony przed 1 stycznia 1949r. ma prawo do emery-

rytury na zasadach powszechnych. Przy obniżonym wieku emerytalnym na emeryturę może przejść na swój wniosek nauczyciel akademicki urodzony przed 1 stycznia 1949r. W przypadku kobiety gdy ukończyła 55 lat i ma przepracowane 25 lat, a w tym 20 lat w szkolnictwie lub instytucjach naukowych, mężczyzna gdy ukończył 60 lat życia i przepracował 30 lat, w tym 20 w szkolnictwie lub w instytucjach naukowych.

Prawo do emerytury po spełnieniu tych warunków przysługuje tym osobom jeżeli ich ostatnim miejscem zatrudnienia przed przejściem na emeryturę było zatrudnienie w charakterze nauczyciela akademickiego.

Korzystając z okazji przypomnę, iż zgodnie z artykułem 95 ust.2 ustawy o szkolnictwie wyższym stosunek pracy z mianowanym nauczycielem akademickim wygasa

Wszyscy ubezpieczeni urodzeni przed 1 stycznia 1949r. mogą uzyskać emeryturę po spełnieniu dwóch warunków. Jednym z nich jest osiągnięcie wieku emerytalnego wynoszącego 60 lat dla kobiet i 65 dla mężczyzn. Drugim – jest udowodnienie stażu pracy wymaganego do emerytury, wynoszącego co najmniej 20 lat dla kobiet i 25 lat dla mężczyzn. Emerytura dla osoby mającej powyższy staż pracy objęta została gwarancją świadczenia najniższego.

niezależnie od woli zainteresowanego z końcem roku akademickiego w którym:

- nauczyciel akademicki ukończył 65 lat życia, jeżeli okres zatrudnienia umożliwia nabycie prawa do emerytury
- nauczyciel akademicki zatrudniony na stanowisku profesora nadzwyczajnego lub zwyczajnego ukończył 70 lat życia.

Organem właściwym do rozwiązania lub stwierdzenia wygaśnięcia stosunku pracy jest organ uprawniony do mianowania na określone stanowisko, czyli w odniesieniu do nauczycieli akademickich zatrudnionych na stanowisku profesora zwyczajnego – Minister Zdrowia, w odniesieniu do pozostałych nauczycieli akademickich – Rektor Uczelni.

W wieku niższym niż powszechnie obowiązujący – zgodnie z art 32 ustawy o FUS mogą przejść na emeryturę ubezpieczeni urodzeni przed 1 stycznia 1949r. będący pracownikami zatrudnionymi w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Wobec ubezpieczonych będących pracownikami zatrudnionymi w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze – wiek emerytalny, rodzaj prac i stanowisk oraz warunki na podstawie których przysługuje emerytura określone są przepisami rozporządzenia R.M z 7 lutego 1983r. w sprawie wieku emerytalnego pracowników zatrudnionych w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze. W naszej uczelni rodzaje stanowisk na których są wykonywane prace w szczególnych warunkach określa Zarządzenie Rektora AMB z dnia 2 września 1985r. Dotyczy to niewielkiej grupy stanowisk z wyłączeniem nauczycieli akademickich.

O emeryturę na zasadach przewidzianych dla osób urodzonych przed 1 stycznia 1949r. mogą również ubiegać się niektóre osoby urodzone po 31 grudnia 1948r., lecz przed 1 stycznia 1969 jeżeli spełnią łącznie kilka warunków. Muszą oni:

- do 31 grudnia 2006r. spełnić wszystkie warunki wymagane do uzyskania emerytury
- nie przystąpiły do jednego spośród otwartych funduszy emerytalnych.
- rozwiążą stosunek pracy (jeżeli są pracownikami)

Możliwość przejścia na emeryturę wg starych zasad posiadają między innymi

- kobiety, będące pracownikami, jeżeli do 31 grudnia 2006r. ukończą 55 lat życia i będą miały co najmniej 30 lat pracy oraz zostaną uznane za całkowicie niezdolne do pracy
- niektórzy pracownicy zatrudnieni w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze, tj. tacy którzy do 31 grudnia 2006r. osiągną wiek emerytalny przewidziany dla określonych grup zawodowych i udowodnią co najmniej 20 letni dla kobiet i 25 letni dla mężczyzn staż pracy, w tym co najmniej 15 letni (10 letni) staż pracy w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze

W kolejnym odcinku – niezbędne informacje dotyczące okresów uwzględnianych przy ustalaniu prawa do emerytury.

*Autorka jest kierownikiem
Działu Spraw Pracowniczych AMB.*

Uczeni w anegdocie

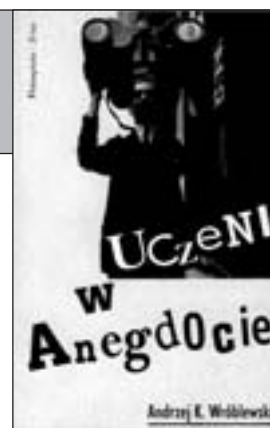


Andrzej Kajetan Wróblewski, profesor fizyki Uniwersytetu Warszawskiego, od lat publikuje w miesięczniku Wiedza i Życie felietony, w których prezentuje biografie znanych badaczy. Teksty te, po uzupełnieniu, posłużyły mu do wydania książki "Uczeni w anegdocie" (1,2 część), która jest cennym źródłem wiedzy o luminarzach światowej nauki. Autor przytacza - z humorem, ale też z wielką dbałością o prawdę - szczegóły z ich życia, których próżno szukać w najbardziej nawet opasłych encyklopediach. Biografie ułożone są w chronologicznej kolejności lat życia bohaterów. Są tu nazwiska znane wszystkim i te znane jedynie węższemu gronu. Biografie obfitują w humorystyczne opowieści, które sprawiają, że od lektury trudno się oderwać. W książce znajdziemy m.in. informacje o matrymonialnych rozterkach Johannesesa Keplera (do małżeństwa z nim pretendowało aż 11 kandydatek), podejrzliwości Johna Daltona, który nie zażył leku nie poddawszy go uprzedniej analizie, miłosnych perypetiach Alfreda Nobla. Na kartach książki przewijają się też nazwiska wybitnych polskich uczonych m.in. Mikołaja Kopernika, Marii Skłodowskiej-Curie, Stanisława Ulama, Jana Danysza, Jerzego Pniewskiego.

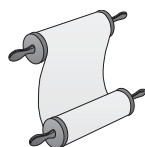
Czytając dowiadujemy się kto odkrył..., kto skonstruował..., kto wysnuł..., kto udowodnił... określoną tezę. Tak więc niepostrzeżenie czytelnik, między jedną a drugą anegdotą, poznaje dzieje rozwoju fizyki, chemii i nauk technicznych. Te nietypowe teksty, zrywają z przeświadczeniem, że o nauce pisać na wesoło nie przystoi.

Joanna Jasielczuk

Andrzej Kajetan Wróblewski,
Uczeni w Anegdocie,
Prószynski i S-ka,
Warszawa, 1999.



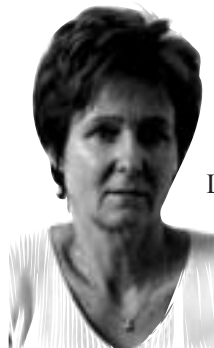
Andrzej Kajetan Wróblewski,
Uczeni w Anegdocie poczet 2,
Prószynski i S-ka,
Warszawa, 2004.



Nominacje

Prezydent RP
Aleksander Kwaśniewski
nadał tytuł profesora
Barbarze Darewicz
i **Markowi Rogowskiemu**

Barbara Darewicz



Urodziła się 4 grudnia 1953 roku w Białymstoku. Dyplom Wydziału Lekarskiego AMB uzyskała w 1979 roku, stopień doktora nauk medycznych w 1986 roku, a stopień doktora habilitowanego nauk medycznych w 1996 roku. Jest specjalistką w zakresie chirurgii, urologii i seksuologii klinicznej. Odbyła

szkolenia w znanych ośrodkach urologicznych m.in. w Sapir Medical Center (Israel, 1996) i w University of Floryda (Gainesville USA, 1999). Zajmuje stanowisko kierownika Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Białymstoku. Do zainteresowań naukowych prof. Darewicz należą między innymi zaburzenia erekcji, problematyka niepłodności, seksuologia, rak prostaty, rak nerki. Jest autorką 156 publikacji w krajowych i zagranicznych czasopismach naukowych. Jest członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego, Europejskiego Towarzystwa Urologicznego i Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego.

Marek Rogowski



Urodził się 15 stycznia 1956 roku w Grajewie. Po uzyskaniu dyplomu lekarza w 1980 roku został zatrudniony na etacie asystenta w Klinice Otolaryngologii AMB. Od 2003 roku jest kierownikiem tej kliniki.

Jest specjalistą otolaryngologiem i audiologiem. Stopień doktora nauk medycznych uzyskał w 1984 r., a doktora habilitowanego w 1995 r. Ponad 3 lata pracował naukowo i szkolił się w najlepszych ośrodkach otolaryngologicznych w Niemczech. Jest stypendystą prestiżowej Fundacji Aleksandra von Humboldta. W latach 1998-2001 pełnił obowiązki kierownika Kliniki Szumów Usznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, a w latach 2001-2002 był konsultantem krajowym w dziedzinie audiologii. Od 2002 roku jest prorektorem ds. klinicznych i kształcenia podyplomowego Akademii Medycznej w Białymstoku. Profesor dr hab. med. Marek Rogowski jest autorem 8 rozdziałów w podręcznikach oraz autorem, bądź współautorem 190 prac naukowych opublikowanych w piśmiennictwie krajowym i zagranicznym. Dwukrotnie był laureatem zespołowej nagrody Ministra Zdrowia, wielokrotnie otrzymywał nagrody Rektora

Z Senatu

Posiedzenie Senatu z 12.05.2005r.

Senatorowie:

- wyrazili zgodę na skierowanie przez Rektora wniosku do Ministra Zdrowia o mianowanie prof. dr. hab. Jana Skowrońskiego na stanowisko profesora zwyczajnego w Klinice Ortopedii i Traumatologii AMB.
- zaopiniowali pozytywnie wnioski Dziekana Wydziału Lekarskiego o mianowanie na stanowisko profesora nadzwyczajnego:
 - prof. dr hab. Stanisławę Zytę Grabowską w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej AMB
 - prof. dr hab. Marynę Krawczuk-Rybak w Klinice Onkologii Dziecięcej AMB

Podjęto uchwały w sprawach:

- zasad rekrutacji na rok akademicki 2006/2007
- nowelizacji Regulaminów studiów dziennych, wieczorowych i zaoczných
- zatwierdzenia zmian w Statucie SPSK
- zmiany nazwy Kliniki Chorób Nerwowych na Klinikę Neurologii AMB
- zatwierdzenia terminu ponownych wyborów do pełnienia funkcji Prodziekana Wydziału Lekarskiego
- wyrażenia zgody na przystąpienie do projektu „Szkolenia z zaawansowanych technik endoskopowych” w ramach Zintegrowanego Programu Operacyjnego Rozwoju Regionalnego 2.1
- zmiany wskaźnika rozliczenia kosztów pośrednich funduszu pomocy materialnej studentom

Krystyna Dyszkiewicz
Kierownik Rektoratu

ra i towarzystw naukowych. Jego zainteresowania naukowe dotyczą głównie badań nad patologią narządu słuchu. W bieżącym roku uzyskał honorowe członkostwo Niemieckiego Towarzystwa Otolaryngologów, Chirurków Głowy i Szyi.



Przeczytane

Spotkania z ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu w Łapach mają swój niezaprzeczalny klimat i cieszą się renomą. Na początku kwietnia przekonała się o tym matka 21 letniej pacjentki, której córka została przyjęta na oddział chirurgiczny z objawami kolki nerkowej. Na spotkanie z lekarzem chora musiała czekać godzinę. Oczekiwanie było zresztą mało owocne, bowiem lekarz pojawił się tylko fizycznie. Duchem był obecny gdzie indziej. W niezbyt dyplomatyczny sposób odmówił też zbadania pacjentki. Zdesperowana matka zabrała zwiijającą się z bólu córkę do Szpitala Wojewódzkiego w Białymstoku. Rzeczony lekarz na swą obronę przytacza słowa matki, której miało się ponoć wymknąć stwierdzenie, że: „w tym szpitalu nie leczą, tylko piją wódkę”.

Dyrektor szpitala w Łapach przyznaje, że skargi na podległy mu personel zdarzają się, ale wynika to z tego, że „**oczekiwania pacjentów bardzo często kolidują z postępowaniem medycznym**”.

Skargi na lekarzy ze szpitala w Łapach potwierdza również Przewodniczący Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, ale odmawia bliższych informacji.

Sprawy i tak jakby nie było, bo matka w końcu przyznała, że po godzinnym oczekiwaniu na lekarza, przy wtórze płaczącej z bólu córki, przywitała go podniesionym głosem: „niedopuszczalne, żeby tyle czekać”.

Aha! Więc jednak! Przyznała się! I jak tu nie zgodzić się z głęboko mądrymi słowami dyrektora szpitala w Łapach. Oczekiwania pacjentów rzeczywiście kolidują z postępowaniem medycznym. A swoją drogą to nieładnie tak witać lekarza podniesionym głosem. Mógł przecież w ogóle nie przyjść.

* * *

Ponad tysiąc pracowników Publicznego Szpitala Klinicznego w Białymstoku zostało podzielonych na dwie grupy. Z wyglądu takie same, ale wygląd może być mylący. Tak było i tym razem Jedna grupa dostała nagrody, a druga – nie. Wskaźnik, jaki wzięto pod uwagę przy podziale nagród? Wynik finansowy. Dyrekcja szpitala stwierdziła, że w celu redukcji długu (przypomnijmy – ponad 35 milionów złotych) należy nauczyć lekarzy oszczędzania. To taka inwestycja w przyszłość. Wydatek 350 tysięcy złotych jest spory, ale opłaci się, jeśli lekarze zrozumieją podstawy ekonomii. Rozczarowani takim obrotem sprawy są pracownicy pracujący na oddziałach, które nie przyniosły zysku. Jak twierdzą – metoda podziału nagród krzyw-

dzi ich, bowiem nie uwzględnia różnicowania cen usług w katalogu NFZ. Jak się okazało, najmniej zaoszczędziły oddziały neurochirurgii, II kliniki chirurgii ogólnej oraz chirurgii naczyń i transplantologii.

Dyrektorzy innych szpitali zapowiadają, że pójdą w ślady dyrekcji PSK. Nie robi tego np. dyrektor szpitala w Sokółce. Jego zdaniem taka skala ocen jest niesprawiedliwa.

Takie mamy czasy, że trzeba wprowadzać niesprawiedliwe skale ocen pracowników po to, żeby pod koniec roku wszyscy oni nie klepali wspólnej, sprawiedliwej dla wszystkich biedy.

* * *

Białostockie pogotowie jako pierwsze w kraju uruchomiło dodatkowy telefon, pod który mogą zadzwonić pacjenci w czasie, kiedy nieczynne są gabinety lekarzy rodzinnych (czyli pomiędzy 18 i 8 rano), jeśli nie wystąpią u nich objawy wskazujące na możliwość utraty życia lub zdrowia. Po takim telefonie przyjedzie do nich karetka ogólnolekarska (nie musi tego zrobić natychmiast, maksymalny czas dojazdu to 2 godziny), z zespołem składającym się z kierowcy i lekarza. W skrócie pomysł polega na tym, aby odciążyć stary numer i zredukować do minimum niesłuszne wezwania, a tym samym ulżyć personelowi medycznemu i samym pacjentom.

Nowe numery są podobne, ale nie na tyle, żeby pacjenci je ze sobą mylili. To dość proste. Jeśli zagląda ci w oczy śmierć, wciskasz spazmatycznym ruchem trzy dziewiątki pod rząd – i przyjeżdża karetka reanimacyjna lub wypadkowa. Boli cię głowa i czujesz, że jeszcze trochę czasu na tym padole przed tobą – przed ostatnią dziewiątką wciskasz 0. Na Zachodzie mają jeden numer do wszystkiego, ale oni zawsze panikują i siły w rękach nie mają.

* * *

Minister Zdrowia właśnie opracowuje nowy podział pieniędzy na leczenie. Chwilowo Podlasianie mogą się cieszyć – w planach dostajemy prawie o 30 milionów złotych więcej, niż w zeszłym roku. O ile Minister Zdrowia lub jego kolega z Ministerstwa Finansów się nie wycofają. Mają o to zadbać zaprawieni w bojach członkowie Podlaskiej Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, którzy zapewniają ustami swego szefa że „będą nadal walczyć”.

Trzymamy kciuki za nich i ich walkę. Nie wiadomo tylko, czy po ewentualnym sukcesie będzie warto ją przerywać. Jest już prawie połowa roku. Może warto walczyć nadal, awansem na rok przyszedł.

* * *

Dyrektorzy podlaskich szpitali nie mają szczególnie zachęcającej oferty pracy dla pielęgniarek. To znaczy – mają ofertę, ale wyglądającą dość żałośnie w po-

równaniu do ofert pracy w szpitalach krajów tzw. „starej Unii”. Szefostwo Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Białymstoku przyznaje, że ma świadomość, iż część studentek uczy się zawodu tylko po to, żeby zaraz po uzyskaniu uprawnień wyjechać z kraju. Ogólnie można powiedzieć, że na rynku pracy pielęgniarek coś drgnęło, choć może nie do końca w tą stronę, o którą wszystkim chodziło.

Aż miło popatrzeć, z jakim zapalem pielęgniarki uczą się teraz języków obcych. I pomyśleć, że nie mogły ich wcześniej do tego zmusić ani niskie płace, ani brak szacunku do ich ciężkiego zawodu. Kolejni ministrowie siłą usuwali pielęgniarki ze swoich gabinetów, a one teraz nie tylko nie strajkują, ale nawet nie pracują (w Polsce). Unia dała nam jednak korzyści, o których nawet nie śniliśmy.

* * *

Bramę pałacu Branickich przez krótką chwilę wieńczył ogromny Gryf. Strażacy z mozołem ustawili prawie 3 metrową, pociągniętą złotą farbą styropianową konstrukcję na szczycie bramy, pooglądali ją ze wszystkich stron wspólnie ze zgromadzonymi urzędnikami, architektami, artystami i gapiami, po czym bez zbędnych ceregieli ją zdemontowali. Prawdziwy, pozłacany i przede wszystkim trójwymiarowy gryf zbudowany z włókna szklanego i żywicy pojawi się w tym miejscu dopiero za rok. Ale próba się udała.

To zresztą dopiero początek remontowego szaleństwa. Najpierw na elewacji frontowej pałacu mają się pojawić kolory. Potem (ale jeszcze w tym roku) ma się rozpocząć odnawianie elewacji ogrodowej, w ogrodach staną piękne rzeźby, na końcu zaś zostaną wyremontowane pałacowe studnie. Takie są w każdym razie plany, bo chwilowo na te prace nie ma pieniędzy. Wszystko w rękach ministra kultury, do którego AMB złożyła wniosek o przyznanie 800 tys zł dotacji na remont.

Wszyscy jesteśmy przyzwyczajeni do sytuacji, w której obiecuje się nam dużo, po czym musimy się obejść smakiem. Do pieniędzy „z centrali” Podlasie po prostu nie ma szczęścia.

* * *

Pewien 55 letni białostoczanin prowadził sobie całkiem bez troski żywot zażywnego pana w średnim wieku – nie pił, nie palił, z innych rozrywek też korzystał rozsądnie i bez przesady. Feralnego dnia postanowił opłacić rachunki. Przeszedł 20 metrów i zrobiło mu się duszno. W gabinecie lekarza rodzinnego, do którego się niezwłocznie udał zasnął. Szybka reanimacja pomogła, ale po tygodniu sytuacja się powtórzyła. Jak opowiada sam zainteresowany: „Myślałem, że już po mnie. Resztkami sił powiedziałem, że zgadzam się na operację. I zemdlałem. Pamiętam jeszcze postać ubraną na czarno. Nie wiem, kto to był, może pani doktor.”

Omdlały pacjent trafił błyskawicznie do Kliniki Kardiologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego, w ręce jej kierownika dr. hab. Tomasza Hirnle. Tam, jego ciało zostało schłodzone do tempera-

tury 28 stopni Celsjusza, po czym spuszczone z niego całą krew. W ciągu 4 minut docent Hirnle usunął zakrzepy przyrośnięte do naczyń płucnych. Była to pierwsza taka operacja na Podlasiu.

Dopiero po przebudzeniu Mirosław Waszkiewicz dowiedział się, że przez kilka minut leżał praktycznie martwy. Nic z całej sytuacji nie pamięta. Zarzeka się, że nie widział żadnych tuneli ani światła.

Zawsze to jednak miło, że w owej czarnej postaci widział panią doktor.

* * *

Przez całe cztery dni długiego weekendu przychodnia przy ulicy Siewnej była zamknięta. Pacjenci, którzy przychodzili po poradę do lekarza rodzinnego odchodzili z kwitkiem. Jak opowiada jeden z nich: „Jak ktoś nie umiał czytać, to jeszcze portier z daleka krzyczał, że jest zamknięte.” Jak wyjaśniła rzeczniczka Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, Grażyna Pawelec – lekarze rodzinni mają prawo do tego, żeby zrobić sobie wolne i nie muszą informować NFZ o przerwie dłuższej niż trzy dni. Muszą jednak w tym czasie zostawić na drzwiach kartkę z dokładną informacją, gdzie w tym czasie pacjenci mogą znaleźć pomoc.

Tym razem mogli ją znaleźć na pogotowiu, które podpisało z większością gabinetów lekarzy rodzinnych w mieście porozumienie, na mocy którego 2 maja przyjmowało ich pacjentów.

Pacjenci byli całą sytuacją wyjątkowo zniesmaczeni. Nie podobało im się i odsyłanie do innych placówek, i portier krzyżący z dala, że zamknięte.... Wymagających mamy pacjentów. Wywieśz taką przepisowo kartkę, portier dba o to, żeby się bez potrzeby nie trudzili – a oni narzekają.

A przecież wszyscy wiemy, że powinni dziękować Bogu, że to dopiero maj i NFZ ma jeszcze środki na ich leczenie. Za kilka miesięcy z leżką w oku będą wspominać i kartkę, i portiera. Bez pieniędzy nawet tego nie będzie.

* * *

Przez cały maj media szeroko opisywały kolejne wątki ujawniane w trakcie procesu „łowców skór” pracujących w łódzkim pogotowiu ratunkowym. Okazało się między innymi, iż poważne poszlaki wskazują na to, że jeden z zespołów reanimacyjnych mógł zabić nawet kilkudziesięciu pacjentów wstrzykując im duże dawki chlorku potasu. Szefową tego zespołu była kobieta o pseudonimie „doktor Potasik”.

Niestety, nawet największe tragedie z upływem czasu powszednieją i nawet najbardziej wstrząsające szczegóły ujawniane podczas procesu nie są w stanie utrzymać na dłużej uwagi czytelników. Z jednej strony to dobrze, bo plama na honorze całej służby zdrowia, jaką była sprawa łódzkiego pogotowia powoli się zaciera. Z drugiej jednak szkoda, że tak straszne opisy działań – było nie było – lekarzy umieszczane są na dalszych stronach gazet i nikogo już nie dziwią. Świadczy to o tym, że pewna granica została przekroczona definitywnie.



Młody Medyk



Czy możemy się leczyć w Unii Europejskiej? str. 44

Jazda na maxa – czyli Schodki w CoNieCo str. 45

Humor str. 46

Ufff... Sesja!

Paweł Szambora



Czy możemy się leczyć w Unii Europejskiej?

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

Obecność w Unii Europejskiej zobowiązuje, ale daje też duże możliwości. Otóż od 1 czerwca 2004 roku, zgodnie z decyzją Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących nr 198, formularze E110, E119 i E128 zastąpione zostały jednym, nowym formularzem E111. Czym jest owy formularz i co dzięki niemu zyskujemy?

Jest to mianowicie „zaświadczenie o uprawnieniu do świadczeń rzeczowych podczas pobytu w państwie członkowskim”. Druk taki stanowi dowód zgody ubezpieczyciela na pokrycie kosztów leczenia w trakcie pobytu za granicą. Uwaga! Możemy liczyć jedynie na pomoc w nagłych wypadkach. Nie wchodzi w rachubę wyjazd w celach leczniczych. Osoby z chorobami przewlekłymi mogą „dostać” jedynie pomoc doraźną. Aby się dalej leczyć muszą wrócić do kraju, bądź też wykupić dodatkowe ubezpieczenie lub ubiegać się o zgodę na leczenie w obcym państwie w rodzimym NFZ.

Załatwienie formalności związanych z drukiem E-111 mogłoby się wydawać niezbyt przydatne, ale ma jednak swoje zalety. Planując podróż do jednego z państw członkowskich nie musimy wносить dodatkowych opłat za podstawowe ubezpieczenie zdrowotne. Wystarczy mieć aktualny formularz, a w przypadkach niespodziewanej wizyty u lekarza, koszty leczenia pokryje NFZ. Złamana noga nie musi być przyczyną ruiny domowego budżetu.

Państwa członkowskie są zróżnicowane pod względem opłat za świadczenia zdrowotne. Pewne jest natomiast, że pacjent w pełni ponosi koszty transportu sanitarnego do Polski. Również ratownictwo górskie jest w wielu krajach między innymi w Austrii i we Francji w pełni odpłatne.

Dodatkowo warto pamiętać, iż przepisy UE również obowiązują na terytoriach francuskich: Gwadelupa, Martynika, Reunion, Pierre-et-Miquelon i Gujana Francuska, portugalskich: na Azorach i Maderze, hiszpańskich: Majorce i Wyspach Kanaryjskich. Przepisów wspólnoterytorialnych nie stosuje się w przypadku: Danii – na obszarze Grenlandii i Wysp Owczych oraz Wielkiej Brytanii – na Wyspach Normandzkich: Jersey, Guernsey, Alderney, Herm, Sark oraz na Wyspie Man.

Druku E-111 jest wydawany na wniosek ubezpieczonego i może być złożony w jeden z następujących sposobów:

- po osobistym zgłoszeniu się ubezpieczonego;
- na prośbę złożoną drogą elektroniczną – dłuż-

szy termin oczekiwania;

- na prośbę listowną lub złożoną faksem – również dłuższy termin oczekiwania;

Osobiście zgłosić się należy do Podlaskiego OW NFZ: 15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3, tel. (85) 745-95-87, 745-95-88, faks (85) 745-95-41 e-mail: dchojnacka@nfz-bialystok.pl mpieciun@nfz-bialystok.pl

Najlepiej wniosek złożyć osobiście, bo to gwarantuje szybkie załatwienie sprawy. Podlaski OW NFZ deklaruje, iż wnioskodawcy obsługiwani są w tym samym dniu, a kolejki są im raczej obce. Pamiętajmy również, iż w przypadku przesłania wniosku o wydanie formularza drogą e-mailową, faksem czy listownie konieczny jest osobisty odbiór formularza. Osobiste stawienie się ma na celu weryfikację przedstawionych wcześniej danych z dowodem tożsamości. Dodatkowo, aby uzyskać takowy formularz należy złożyć wypełniony wniosek o wydanie formularza E wraz z dołączonym do niego aktualnym dowodem opłacania składki oraz okazać dowód tożsamości. Studenci muszą okazać ważną legitymację studencką.

Formularz jest ważny maksymalnie przez 2 miesiące kalendarzowe. Czas liczony jest od pierwszego do ostatniego dnia miesiąca. Więc jeżeli udajemy się na urlop 15 lipca wówczas formularz ważny jest do 31 sierpnia, czyli półtora miesiąca. W przypadku emerytów i rencistów, formularz ważny jest przez cały okres przebywania ich za granicą, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy.

W sytuacji kiedy pomoc medyczna za granicą okazała się koniecznością, a my nie mieliśmy E-111 możemy się starać o zwrot poniesionych kosztów leczenia.

Wakacje tuż tuż, trzeba je zaplanować, zadbać o to by były bezpieczne i ciekawe. Warto udać się do NFZ, aby dostać formularz E-111. Warto też zainteresować się co oferuje nam każde państwo członkowskie. Podlaski OW NFZ posiada ciekawe ulotki na ten temat, a pracownicy służą pomocą i radą. Aż żal nie skorzystać! Naprawdę warto!

Udanych i przede wszystkim bezpiecznych wakacji, z formularzem E-111 w walizce. Oby był, ale aby nie trzeba było z niego korzystać. Tego Wam życzę.

MMS

Jazda na maxa – czyli Schodki w CoNieCo

Ostatnie schodki w tym roku, więc i ja pozwolę sobie na niewielką dawkę krytycyzmu. Byłem, widziałem i muszę przyznać, że wiele rzeczy, które miały miejsce, nie powinny tego miejsca mieć. Zaczęło się typowo, ale po chwili zrobiło się nietypowo, nawet bardzo nietypowo. Wydawać by się mogło, że satyra może pozwolić sobie na wszelaką alogiczność, lubieżne stroje i tzw. niesalonowe powiedzonka, i tak też było. Niestety nie było umiaru w tych bezpardonowych słówkach, na które pozwalał sobie konferansjer. Wolności nikomu się dzisiaj nie zabrania, ale niecenzuralne słowa, które padły w obecności przybyłych gości nie dosyć, że nie przysporzyły zaszczytu prowadzącemu, ani nie dodały sarkazmu całości, to na dodatek miały się nijak do „Schodków kiedyś”. Po zakończeniu niejednokrotnie zdarzało mi się słyszeć wypowiedzi, że to była najostrzejsza dawka humoru, jak dotąd. Nie wiem skąd wynikał ów brak poczucia granic, ale liczę, że to była jednorazowa przygoda. Na cóż skarżyła się publiczność: ano, m.in. na słabe zgranie wstawek konferansjera z prezentowanymi skeczami, na długie przerwy między nimi. Ale to tylko kosmetyka. Muszę jednak przyznać, po tych ostrych słowach, że wiele rzeczy wypadło dobrze, a nawet bardzo dobrze. Nie zgodzę się, że te schodki nie poruszały tematów studenckich, jak twierdzi część publiczności. Otóż poruszały i to dogłębnie. Niestety tylko na estra-

dzie, komikom wypada dzisiaj mówić o korupcji na uczelni, śmiać się z postanowień władz o likwidacji stołówki, czy też z tzw. ojcowskich pleców studenta. Za poruszenie owych drażliwych, co tu ukrywać, tematów, chylę czoła. Pojawiło się też coś z górnej półki, ale tylko moim zdaniem. Przedstawienie o „pacjentach z Choroszczycy” mimo, iż zaczynało się dosyć niesympatycznie i zdawać by się mogło, że jest troszkę nie na miejscu, przerodziło się w krytykę leczenia psychiatrycznego, jako nieskutecznego wobec znakomitej terapii szanownej Salowej. Nie chciałbym się w tym miejscu posuwać do górnołotnych porównań, ale pomysł był całkiem przyzwoity. Jako niedoszły aktor jestem zmuszony do pochlebnego wyrażenia się o zdolnościach Rydza. Świetne role kobiece, wspaniałe zagrane dziecko. W tym miejscu nasuwa się jeszcze jedna refleksja – publiczność. Powiem szczerze, nie obrażając nikogo, była co najmniej lekko podchmielona. Okrzyki typu „k...ja p...” nie na tej sali moi drodzy, bo to nie tylko obraża aktorów, ale i resztę publiczności, która nie przyszła wysłuchiwać waszego koncertu. Mam jednak nadzieję, że ostatnie w tym roku schodki, spełniły swoją rolę, bowiem w swoisty tylko dla siebie sposób zwróciły uwagę na oczywiste problemy, o których mawia się pokątnie. Myślę też, że kolejnym razem do nadużywania wulgaryzmów nie dojdzie, a pomysły na wyśmiewanie i szydzenie się nie skończą.

Wszystkim, którym majowe schodki nie przypadły do gustu polecam lekturę „Do Króla” – Ignacego Krasickiego: „Satyra prawdę mówi, względów się wyrzeka. Wielbi urząd, czci króla, lecz sędzi człowieka”.



P Sz

EX TEMPORE ... EX TEMPORE ... EX TEMPORE



Przychodzi baba do lekarza

JACY JESTEŚMY ... JACY JESTEŚMY ... JACY JESTEŚMY ...

– Pan doktor – przymilając się zaczyna baba – to stale mnie bada, opukuje, a nigdy nie zapyta, jak się czuję.

– A jak się pani czuje?

– Ach, niech lepiej pan doktor nie pyta!

Baba przyprowadza córkę do ortopedy:

– A teraz, Basiu, stań prosto, żeby doktor zobaczył jaka jesteś krzywa...

Babie drzazga wlaźła w pośladek. Przychodzi więc do lekarza i prosi o pomoc.

– Zaraz temu zaradzimy – pociesza ją lekarz. – Proszę tymczasem usiąść sobie wygodnie.

Przychodzi baba do lekarza z mężem. Lekarz obejrzał go i mówi:

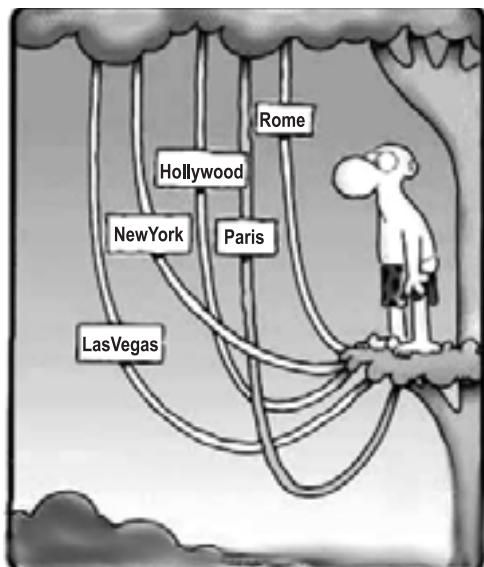
– Pani mąż cierpi na rozstrój nerwowy. Potrzebny mu spokój.

– No widzi pan! Ja mu to przecież powtarzam przynajmniej sto razy dziennie...

Przychodzi baba do lekarza w jednym ręku trzymając telewizorek, a w drugim paczkę kawy.

– Co pani jest? – pyta lekarz.

– Teleexpres...



Przychodzi baba do lekarza i prosi:

– Panie doktorze, niech mnie pan skieruje na EKG. Po ostatnim tak dobrze się czułam...

Do lekarza przychodzi baba w ciąży. Lekarz patrzy wyczekująco, a baba mówi:

– A, tak sobie zaszłam...

Przychodzi baba do lekarza z kierownicą na plecach, a lekarz pyta:

– Kto panią tu skierował?

Przychodzi baba do lekarza i pyta:

– Czy nie zostawiłam u pana halki?

– Nie, na pewno nie.

– To przepraszam, musiałam zostawić u dentysty.

Przychodzi baba do lekarza w wigilię i... mówi ludzkim głosem.

Przychodzi baba do lekarza z zezem zbieżnym:

– Co pani taka skupiona?...

Przychodzi baba do lekarza z zezem rozbieżnym:

– Co się pani tak rozgląda?...

Przychodzi baba do lekarza:

– Panie doktorze, wyrostek mi dokucza.

– Kopnij pani gówniarza, to się odczepi!...

Przychodzi baba do lekarza z szybą i siekierą:

– Co pani jest?

– Szklarska Poręba...

Przychodzi baba do lekarza z murzynkiem na rękach:

– Skąd u pani to niemowlę? – pyta lekarz.

– Miałam randkę w ciemno...

Do lekarza przychodzi grabarz i oświadcza, że baba już więcej nie przyjdzie, bo umarła. No cóż, jaka była, taka była – myśli sobie lekarz – zawsze to jednak długoletnia pacjentka... Zaniosę jej kwiatki na grób. Stoi zamyślony lekarz nad grobem baby i nagle słyszy:

– Panie doktorze, to ja!

– Słucham?

– To ja, baba! Niech mi pan da coś na robaki...

– Panie doktorze, mój mąż strasznie mnie obraził.

– I dlatego musi mnie pani budzić w środku nocy?

– Tak, bo teraz trzeba go będzie pozszywać.

Przychodzi baba do lekarza z całym workiem papieru toaletowego:

– Po co to pani?

– Słyszałam, że jest pan zasranym specjalistą...

Przychodzi baba do lekarza z taczka i margaryną na głowie.

– Co pani dolega?

– Margaret Taczer.

Opracowano na podstawie
<http://www.humor.netbus.pl>

SPRAWDŹ, A PRZEKONASZ SIĘ, ŻE JESTEŚMY NAJLEPSI!

STACJA KONTROLI POJAZDÓW

- badanie techniczne pojazdów do 3,5t
- badanie haka
- badanie pojazdów z instalacją gazową
- badanie pojazdów zarejestrowanych po raz pierwszy za granicą
- badanie pojazdów skierowanych przez organ kontroli drogowej lub po kolizji

CZĘŚCI ZAMIENNE

- sprzedaż hurtowa
- sprzedaż detaliczna
- sprowadzanie części na zamówienie
- sprzedaż części odnowionych

Gwarancja na naprawy i części zamienne

Samochód zastępczy na czas naprawy

Likwidacja szkód komunikacyjnych

SERWIS

- naprawy gwarancyjne i pogwarancyjne
- montaż instalacji gazowych
- montaż i przeglądy klimatyzacji
- obsługa ogumienia
- bezstykowe mycie nadwozia
- Program Corporate Mobility: Kompleksowej Obsługi Firm



Godziny otwarcia: Pn.-Pt.: 6.00-22.00, Sob.: 7.00-15.00

KONRYS ul. Zwycięstwa 8F 15-703 Białystok tel. (085) 651-33-99

SERWIS. PEWNOŚĆ GWARANTOWANA.

www.fiat.pl

FIAT

Nowa Alfa 147

Przebieg 147 km, 100000 km, 150000 km, 200000 km, 250000 km, 300000 km, 350000 km, 400000 km, 450000 km, 500000 km, 550000 km, 600000 km, 650000 km, 700000 km, 750000 km, 800000 km, 850000 km, 900000 km, 950000 km, 1000000 km

Piękno to tylko początek

Tylko spróbuj



1.8 17D Multijet - w 147 i 147i
Sportowy i zwalny zestaw.

Nowa Alfa 147



KONRYS Białystok

ul. Zwycięstwa 8F, tel. (085) 651 63 64, fax (085) 664 74 62
www.konrys.com.pl



5 lat gwarancji
* według warunków
gwarancji w serwisie

ORBIS – pewny partner w podróży!

- | | | |
|--|----------------------------------|------------------------|
| ▶ TURYSTYKA
ORBIS, Travel Time, Neckermann, TUI | tel. 745 00 11 | lub 745 00 12 |
| ▶ BILETY LOTNICZE
podróże służbowe
podróże indywidualne | tel. 745 00 12
tel. 745 00 13 | 742 16 27
742 16 28 |
| ▶ BILETY AUTOKAROWE ZAGRANICZNE | | 745 00 16 |
| ▶ BILETY PROMOWE (połączenia po Bałtyku i in.) | | 742 30 47 |
| ▶ BILETY KOLEJOWE KRAJOWE I ZAGRANICZNE
podróże służbowe | | 745 00 17 |
| ▶ REZERWACJE HOTELOWE | | 745 00 11 |
| ▶ PRZEKAZY PIENIĘŻNE Z ZAGRANICY „WESTERN UNION” | | 745 00 15 |

Tel. ogólny : 745 00 00

Orbis (obok Ratusza), Rynek Kościuszki 13, 15- 091 Białystok
orbis.bialystok@pbp.com.pl

SPECJALNE RABATY DLA PRACOWNIKÓW AKADEMII MEDYCZNEJ I ICH RODZIN!!!

zapraszamy

