



# MEDYK BIAŁOSTOCKI

MIESIĘCZNIK UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU

NR 02 (115)

LUTY 2013

ISSN 1643-2734



## ŁĄCZENIE SZPITALI

s. 5-9

GLP dla Centrum  
Medycyny Doświadczalnej  
s.4

E-student na UMB  
s.12



# Inaugurcja Uniwersytetu Zdrowego **Przedszkolaka**



*Uroczysta imatrykulacja. Wielkim ołówkiem na studenta mianuje dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu prof. Sławomir J Terlikowski*



*Ślubowanie. Z lewej prodziekan prof. Elżbieta Krajewska-Kułak*



*Pamiątkowe zdjęcie małych studentów z pierwszego roku (foto. Tomasz Dawdziuk, więcej o inauguracji s.17)*



- 4 Centrum Medycyny Doświadczalnej z prestiżowym GLP
- 5 Operacja: łączenie szpitali
- 7 Jeden szpital, te same zasady
- 8 Trzeba patrzeć do przodu
- 10 Pierwszaki uczą się od nowa
- 12 E-student na podyplomówce w UMB
- 13 Cukrzyca a karkówka z grilla
- 14 1 proc. podatku też dla nauki
- 14 Szansa dla transplantacji
- 15 Umowa na modernizację starej części USK
- 16 Varietas delectat - rozmaitość cieszy
- 16 Spotkanie przy albumie
- 17 Uniwersytet przedszkolaka wystartował
- 18 E-Medyk, F-Medyk, YT-Medyk
- 18 Doktorzy honoris causa UMB – nowa monografia
- 18 Nasz Uniwersytet promuje się w Wilnie
- 19 4 w 1, czyli wspólnie jest lepiej
- 19 Zakochaj się w muzeum
- 19 Doktorzy habilitowani 2012
- 20 Róża z wiatru
- 21 Uparli się na naukę
- 24 Wspomnienie o Stanisławie Wakulińskim
- 25 W pracowni mistrza
- 26 Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym
- 28 Obozy i szpitale powstańcze
- 31 Tak się nie robi

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

#### Skład redakcji:

**Redaktor naczelny:** Lech Chyczewski • **Zastępca redaktora naczelnego i kronikarz:** Krzysztof Worowski • **Sekretarz redakcji:** Katarzyna Malinowska-Olczyk • **Redakcja:** Tomasz Dawidziuk, Magdalena Grassmann, Adam Hermanowicz, Wojciech Więcko • **Współpracownicy:** Alina Midro, Jan Pietruski, Wojciech Sobaniec, Anna Worowska • **Redakcja stylistyczna i korekta:** Ewa Krzemińska • **Skład komputerowy:** GALAKTUS - Agencja Marketingowa Mateusz Szujat • **Druk:** Orthdruk Sp. z o. o. • **Projekt strony internetowej:** Monika Fiedorowicz • **Projekt okładki:** Tomasz Dawidziuk •

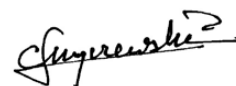
#### Adres redakcji:

Biblioteka Główna Uniwersytetu Medycznego, 15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1, tel. (085) 748-54-85 [rzecznik@poczta-usk.pl](mailto:rzecznik@poczta-usk.pl)  
e-mail: [medyk@umb.edu.pl](mailto:medyk@umb.edu.pl), <http://www.umb.edu.pl>

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

P o długiej batalii, jaką nasz Rektor stoczył, aby przekonać decydentów, przyłączenie Szpitala p/Gruźliczego i Wojewódzkiego Szpitala Chorób Zakaźnych im. K. Dłuskiego do USK stało się faktem. Powstał jeden z największych szpitali w Polsce. Konieczność tego kroku, pomimo oporów związków zawodowych, a także części pracowników przyłączonych szpitali, nie powinna budzić żadnych wątpliwości. Wobec zagrożeń wynikających z tendencji przekształcenia szpitala zakaźnego w spółkę prawa handlowego, Rektor ocenił sytuację, jako zagrażającą egzystencji UMB. W spółce prawa handlowego nie byłoby bowiem miejsca dla pięciu klinik, które funkcjonowały dotychczas na bazie obcej. Fakt przyłączenia szpitali zapobiegł szykującej się katastrofie. Dobrze, że po długich negocjacjach, funkcjonariusze Urzędu Marszałkowskiego zrozumieli, że tak naprawdę, walczymy o Uniwersytet i Jego „być albo nie być”. O kulisach i problemach związanych z fuzją trzech szpitali Czytelnicy dowiedzą się z trzech wywiadów, które zamieszczamy w bieżącym numerze. Rozmowy przeprowadzono z dwoma „twardymi” negocjatorami: Rektorem Jackiem Niklińskim i Cezarym Cieślukowskim, byłym członkiem Zarządu Województwa Podlaskiego. Z trzeciej rozmowy, z dyrektorem Bogusławem Poniatowskim, dowiemy się, jakie problemy wynikają z przeprowadzonej operacji. Łatwo nie było i łatwo nie będzie, ale katastrofie udało się zapobiec. Najczęściej wszystko co wartościowe i dobre, rodzi się w bólach. Tak też było z Centrum Medycyny Doświadczalnej, o którego sukcesie wspominamy w bieżącym numerze *Medyka*. Byłem świadkiem rodzenia się koncepcje budowy gmachu. U jej źródeł był fatalny stan sanitarny małych zwierzętarni, rozrzuconych po zakładach naukowych. Nie spełniały one podstawowych wymogów, jakie narzucają przepisy dotyczące eksperymentowania na zwierzętach. Rektor podjął trud unormowania tej nienormalności, jaka ciążyła na naszej uczelni. Liczne wyjazdy do ośrodków zagranicznych, zdobywanie wiedzy, konsultacje, wizyty najwyższej klasy europejskich fachowców od budowy obiektu, profesjonalnego wyposażenia, hodowli zwierząt laboratoryjnych – jednym słowem olbrzymi wysiłek. Wiem o czym piszę, ponieważ byłem świadkiem tych zmagania, a nierzadko w nich uczestniczyłem. Ten wielki wysiłek zaowocował. Mamy Centrum z prawdziwego zdarzenia, w którym w zwierzęta zaopatruje się większość ośrodków naukowych z Polski, gdzie przeprowadza się eksperymenty w modelowych warunkach. Ostatnio nasze Centrum Medycyny Doświadczalnej odniosło zasadniczy i najważniejszy sukces. Otrzymało międzynarodowy certyfikat GLP (Good Laboratory Practice). Znaczenie tego jest nie do przecenienia. Laboratoria z certyfikatem GLP są respektowane na całym świecie. Dodam, że jesteśmy w Polsce pierwszą uczelnianą jednostką, która posiada certyfikat GLP. Jak wygląda „od kuchni” funkcjonowanie Centrum Medycyny Doświadczalnej, napiszemy w następnym numerze *Medyka*.

Z perspektywy moich 43 lat pracy w AM/UMB, mogę powiedzieć, że przeżywałem tu różne chwile – i dobre i te niedobre. Byłem świadkiem wielu wydarzeń – i tych wspaniałych ale i tych budzących grozę, zażenowanie, czasem nawet wstyd. Tym bardziej cieszę się, że moja Uczelnia jest ciągle młoda, rozwija się i daje mi powód do dumy. Panie Rektorze, trzymać tak dalej i nie schodzić z kursu!




# Centrum Medycyny Doświadczalnej z prestiżowym GLP

*Good Laboratory Practice (GLP) to certyfikat o światowej randze. Przyznaje się go tym laboratoriom, które gwarantują najwyższą jakość badań. W Polsce tylko jeden ośrodek akademicki go ma - Centrum Medycyny Doświadczalnej naszego Uniwersytetu.*

Centrum Medycyny Doświadczalnej to nowoczesny budynek o zwartej bryle usytuowany pomiędzy szpitalem dziecięcym a Wydziałem Nauk o Zdrowiu. To w nim hodowane są zwierzęta laboratoryjne (myszy i szczury) oraz prowadzone badania przyszłych leków, ich właściwości fizykochemicznych, toksycznych i farmakokinetycznych.

GLP tłumacząc z języka angielskiego, oznacza „Dobra Praktyka Laboratoryjna”. To zestaw bardzo szczegółowych wymagań i procedur laboratoryjnych, które trzeba spełnić, by badania miały status najbardziej wiarygodnych i powtarzalnych. Rygory są najwyższe, bo przy testowaniu substancji chemicznych, które potem mogą być lekarstwami dla ludzi, żartów nie ma. W zamian za spełnienie wysokich kryteriów, wyniki badań z takiego laboratorium są niepodważalne i uznaje się je praktycznie na całym świecie. Przykładowo, gdyby firma farmaceutyczna chciała wprowadzić lek na rynek amerykański, to badania *in vitro* lub *in vivo* swojej substancji (obowiązkowe przed badaniami klinicznymi na ludziach - red.) mogłaby wykonać np. w certyfikowanym laboratorium w USA albo w Białymstoku. A wynik z Centrum Medycyny Doświadczalnej nie budziłby żadnych wątpliwości niezwykle restrykcyjnej amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (FDA), która zezwala na wprowadzanie m.in. leków na rynek w USA.

- Już w trakcie budowy Centrum wiedzieliśmy, że będziemy się ubiegać o akredytację GLP - mówi rektor UMB i jednocześnie szef Centrum Medycyny Doświadczalnej prof. Jacek Nikliński. - Jeździliśmy do Hiszpanii i Włoch. Podpatrywaliśmy, jak oni tam stworzyli swoje laboratoria. Eksperci stamtąd przyjeżdżali do nas, mówili nam, co i jak mamy robić.

Starania o akredytację zajęły prawie cztery lata, z czego dwa ostatnie to były już kontrole komisji akredytacyjnej, działającej przy Ministerstwie Zdrowia oraz liczne konsultacje z pracownikami Biura ds. Substancji Chemicznych. Sprawdzane były najdrobniejsze detale. Jednak w tym



foto: umb.edu.pl

Cztery lata CMD przygotowywało się do otrzymania tego prestiżowego certyfikatu

wszystkim, prócz zachowania procedur, ważny jest też bardzo nowoczesny sprzęt, a także świetnie wykształceni ludzie, zatrudnieni w Centrum.

Naukowiec, pracujący w oparciu o zasady GLP, nie ma prawa do swobodnej działalności. Każde jego działanie, czy czynność, opisuje stosowna procedura. Rektor Nikliński całkiem serio podaje przykład z literówką w raporcie z wynikami badań.

- Nie można użyć korektora, czy też zamazać danych, w sposób uniemożliwiający odczytanie poprzedniej wersji. Trzeba wykonać czynności z góry określone procedurą, żeby było wiadomo, skąd się wziął błąd. Wszystko dlatego, żeby badanie było powtarzalne - tłumaczy.

Tu nie ma nic przypadkowego. Wszelkie możliwe parametry działalności laboratorium są rejestrowane. Klatki dla zwierząt mają indywidualną klimatyzację, myszy bawią się specjalnie atestowanymi zabawkami, sprowadzanymi - tak jak wyciółka i pokarm - z zagranicy. W Polsce nie ma dostawcy, który zapewni odpowiednie parametry tych produktów. CMD sprzedaje hodowane zwierzęta do innych ośrodków naukowych, a ich transport jest tak wymagający, że prócz specjalnego auta, wymagana jest właściwa technika jazdy kierowcy.

Bardzo ważna jest też ciągłość pracy Centrum. Dlatego większość urządzeń jest zdublowana. Jeżeli jedno przestaje działać, to drugie włącza się automatycznie. Co więcej obsługa i jednocześnie serwis urzą-

dzania dostają od razu sygnał, co i gdzie się popsuło. Gdyby zabrakło prądu, ma kilkustopniowe zasilanie rezerwowe. A gdyby i tu zabrakło - ma własne zapasowe generatory prądu. Jednak sercem laboratorium jest nowoczesny system kontroli powietrza. To zespół potężnych urządzeń zajmujących się utrzymaniem stałej temperatury w budynku, wilgotności, czystości, a także odpowiedniego ciśnienia. Zamontowane filtry absolutne, odpowiadają za dostarczanie nawiewu sterylnego powietrza do pomieszczeń laboratoryjnych oraz sal operacyjnych. W sposób ciągły monitorowane są warunki zoohigieniczne. Dzięki systemowi kamer zainstalowanych w każdym pomieszczeniu możliwa jest całodobowa kontrola zwierząt. W strefach zamkniętych, w pomieszczeniach, sztucznie utrzymuje się niewielkie nadciśnienie, żeby powietrze z innych stref nie docierało w niewłaściwe miejsca.

Prof. Nikliński nie ukrywa, że prócz wymiaru prestiżowego, akredytacja GLP ma także wymiar biznesowy.

- Już sam fakt ubiegania się o GLP, spowodował, że zaczęło zgłaszać się do nas wiele firm, które chciały u nas robić badania. Obecnie prowadzimy szereg projektów, w których współpracujemy z potężnymi koncernami farmaceutycznymi. Nie ukrywam, że mamy kolejki oczekujących, a przypuszczam, że teraz będą one jeszcze większe - dodaje prof. Nikliński.

**Wojciech Więcko**



# Operacja: łączenie szpitali

*Próbowano od lat. Podejmowało się tego wielu. Udało się dopiero teraz. Uniwersytecki Szpital Kliniczny przejął samorządowe szpitale: zakaźny i gruźliczy*

To była jedna z najtrudniejszych operacji w historii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uczelnia, by móc dalej się rozwijać, musiała przejąć nowe placówki, w których i tak jest obecna.

Rozmowy uczelni z samorządem województwa podlaskiego - do którego należały oba szpitale - rozpoczęły się w 2010 roku. W bardzo gorącej atmosferze i przy sprzeciwie pracowników przejmowanych szpitali, w końcu sierpnia 2011 roku zapadła decyzja o przekazaniu obu jednostek pod skrzydła UMB.

Przeciwnicy łączenia nie dali za wygraną. Uchwałę radnych zaskarżyli do sądu administracyjnego. Jednocześnie trwały też ustalenia, jak technicznie ma się odbyć połączenie USK ze szpitalami zakaźnym i gruźliczym.

Najważniejsze decyzje zapadły niedawno. Najpierw, w końcu stycznia, białostocki sąd rejonowy wykreślił z Krajowego Rejestru Sądowego oba szpitale. Potem sąd administracyjny odrzucił skargi na uchwałę radnych, którzy zgodzili się na połączenie szpitali. I stało się.

W efekcie prawie dwuletniej zwłoki przyłączeniu szpitali stracili wszyscy. Wstępnie ok. 40 mln zł. W 2011 roku resort zdrowia miał w gotowości 80 mln zł na inwestycje w przejmowane szpitale. Teraz trzeba walczyć o kwotę połowę mniejszą.

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Panie Rektorze, dlaczego tak zależało Panu na przejęciu szpitala zakaźnego im. Dłuskiego na Dojlidach?**

**PROF. JACEK NIKLIŃSKI, rektor UMB:** - Było to konieczne biorąc pod uwagę dalsze funkcjonowanie uczelni i prowadzenie dydaktyki na wydziale lekarskim. Nawet patrząc historycznie: ten szpital budowano nie tylko dlatego, by poprawić dostępność i poziom leczenia w województwie, ale też po to, by powstała



fot. medicamopl

Prof. Jacek Nikliński, rektor UMB.

baza dydaktyczna dla studentów ówczesnej, jeszcze młodej uczelni. I można powiedzieć, że od samego początku był to w pewnym sensie szpital kliniczny. Obecnie większość funkcjonujących tam jednostek - to kliniki. Rocznie realizowa-

mercjalizacji, czyli procesowi tworzenia spółek prawa handlowego. A wiadomo, że w spółkach najważniejszy jest efekt ekonomiczny, działalność dydaktyczna czy naukowa nie jest priorytetem. Aby móc dalej efektywnie nauczać studentów medycyny, jedynym rozwiązaniem było przekonanie zarządu i radnych województwa podlaskiego do przekształcenia tego szpitala w szpital uniwersytecki.

*Szpital zakaźny może ładnie wyglądać na zewnątrz, ale w środku ma przestarzałą infrastrukturę, która wymaga natychmiastowej modernizacji*

nych jest ponad dziesięć tysięcy godzin dydaktycznych, a ponad tysiąc studentów w ciągu roku przychodzi na zajęcia. Obserwując sytuację i strategię funkcjonowania szpitali nieuniwersyteckich, wyraźnie widać, że systematycznie ulegają one ko-

**Ale problem ten chyba nie dotyczy tylko naszego województwa?**

- Problem bazy obcej i prowadzenia tam zajęć dydaktycznych dotyka wielu uczelni medycznych. Szpitale samorządowe, które są bazą obcą dla uczelni, starają się maksymalnie obarczyć uczelnię kosztami za prowadzenie dydaktyki. Wzrost kosztów sięga nawet kilkuset procent. Na to nie ma środków finansowych, ani w uczelniach, ani w Ministerstwie Zdrowia.

Pomimo że Ministerstwo Zdrowia jest na bieżąco informowane o tym problemie, rozwiązania nie należy się spodziewać w najbliższej przyszłości. Jestem przekonany, że gdyby nie udało się teraz przekształcić szpitala na Dojli-



dach w Uniwersytecki Szpital Kliniczny, to wcześniej czy później stanęlibyśmy przed tym problemem. W szpitalu na Dojlidach prowadzonych jest ponad 50 prac naukowo-badawczych. Zablokowanie tego typu działalności doprowadziłoby nie tylko do zahamowania rozwoju naukowego pracowników tej jednostki, ale również do znacznego osłabienia potencjału naukowo-badawczego uczelni.

**Wiem, że problem z obcą bazą ma m.in. Warszawski UM.**

- Jak już wspominałem ten problem występuje na wielu uczelniach. Na ostatnim posiedzeniu konferencji rektorów uczelni medycznych podniesiony został alarm: co zrobić z tym problemem. Wiem, że część uczelni poszło naszym śladem i próbuje przejmować bazę obcą i przekształcać te jednostki w szpitale kliniczne. Tak jest m.in. w Poznaniu.

**Oprócz szpitala na Dojlidach, UMB swoje kliniki ma również w innych szpitalach nienależących do uczelni: w Choroszcy, szpitalu MSWiA czy onkologicznym. Czy nie obawia się Pan, że tam również będzie problem z dydaktyką?**

- W ostatnim czasie już się zmieniły warunki korzystania z tych baz obcych, musimy więcej płacić za możliwość prowadzenia tam dydaktyki. Na szczęście zakres prowadzonych tam zadań dydaktycznych dotyczy pojedynczych przedmiotów i jest niewspółmiernie mniejszy niż w przypadku dużego szpitala, jakim jest szpital na Dojlidach, gdzie wszystkie jednostki zaangażowane są w kształcenie studentów wydziału lekarskiego. Ponadto, jeśli chodzi o zajęcia z psychiatrii, to jestem przekonany, że w ramach inwestycji w USK zostanie wybudowana tam nowa klinika psychiatrii.

**Poprzedni rektorzy również myśleli o przejęciu szpitala na Dojlidach, ale nie zrobili tego. Panu się udało. Dlaczego?**

- Pragnę podkreślić, że było to bardzo trudne zadanie, jak nie najtrudniejsze w historii Uczelni. Na to składały się: duży opór środowiskowy, obawy pracowników tam zatrudnionych itd. Wiadomo było, że przekształcenie będzie wiązało się z wymaganiami ustawicznego kształcenia lekarzy, obowiązkiem prowadzenia zajęć dydaktycznych i badań naukowych. Prawdopodobnie łatwiej było części pracowników

funkcjonować bez tych dodatkowych obowiązków. Również pojawiały się opory, i to niemałe, ze strony części radnych województwa podlaskiego. A to przecież od ich głosów zależała decyzja o przekształceniu szpitala i przekazaniu go Uczelni. Od wiosny 2011 prowadziłem wiele rozmów, zarówno z zarządem województwa, jak i z poszczególnymi radnymi z różnych opcji politycznych. Pojawiały się nieprzewidywalne problemy, protesty, trudności. I dopiero po dwóch latach udało się przekonać większość radnych i doprowadzić do przejęcia szpitala. Teraz musimy się skoncentrować nad poszerzeniem działalności i rozwojem tego szpitala.

**Jakie widzi Pan tam problemy?**

- Szpital zakaźny może ładnie wyglądać na zewnątrz, ale w środku ma przestarzałą infrastrukturę, która wymaga natychmiastowej modernizacji i przebudowy. Dotyczy to min. instalacji wewnętrznych i zewnętrznych pochodzących z lat 60-tych, które są przestarzałe i nie spełniają wymogów bezpieczeństwa i należytego funkcjonowania.

Należy ponadto powiększyć infrastrukturę szpitala w zakresie utworzenia tam nowych jednostek jak: oddziału intensywnej terapii, toksykologii, obrazowania medycznego. Istnieje również niezbędna konieczność wybudowania sali wykładowej na 250 miejsc.

W związku z tym opracowujemy wniosek do Ministerstwa Zdrowia o tytuł inwestycyjny. Otrzymanie funduszy umożliwi nam zrealizowanie powyższych potrzeb.

**Wiem, że przez to, że połączenie przeciągnęło się, pieniądze z ministerstwa będzie mniej.**

- Rok temu szanse otrzymania tytułu inwestycyjnego jak i skala środków finansowych z wielu powodów były znacznie większe. Sygnalizowałem to wielokrotnie. Związki zawodowe, które przez ponad rok blokowały uprawomocnienie decyzji samorządu województwa podlaskiego nie były zainteresowane ani rozwojem szpitala ani poszerzeniem zakresu jego działalności. Uważam, że było to bardzo nieuczciwe w stosunku do pacjentów i studentów.

**Rozmawiała  
Katarzyna Malinowska-Olczyk**



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kazimierza Dłuskiego, zwany szpitalem zakaźnym, od 47 lat działa w obecnym miejscu - na Dojlidach. Placówka zaczęła swoją działalność podczas I wojny światowej, gdy wystąpiła epidemia duru brzuszowego. Przez wiele lat po II wojnie szpital mieścił się przy ul. Sosnowej i Branickiego. Przed laty miał tylko cztery oddziały. Teraz ma ich dziesięć, w tym pięć klinik, gdzie w sumie znajduje się 330 łóżek. Oprócz oddziału szpitalnego działa 20 specjalistycznych poradni, zakład diagnostyki laboratoryjnej oraz apteka.



Szpital Gruźliczy (SP ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc przy ul. Warszawskiej) istnieje od 1963 roku. Jego powstanie to wielka zasługa dr Stanisława Gajewskiego (jego sylwetkę przedstawiamy w dalszej części „Medyka”).

W szpitalu gruźliczym są dwa oddziały na 77 łóżek oraz przychodnia. To najmniejszy szpital w mieście, z równie małym kontraktem z NFZ. Już wcześniej samorząd województwa próbował połączyć go ze szpitalem zakaźnym, ale sprawy nigdy nie wyszły poza sferę koncepcyjną.



# Jeden szpital, te same zasady

**P**o ponad półtora roku przygotowań połączenie szpitali stało się faktem. Uniwersytecki Szpital Kliniczny jest obecnie jednym z dziesięciu największych szpitali w Polsce. Do tej pory zatrudniał ok. 1,8 tys. pracowników i ma ponad 800 łóżek, po fuzji dojdzie 480 pracowników i ok. 400 łóżek.

**KATARZYNA MALINOWSKA-OLCZYK: Od lutego br. szpital zakaźny na Dojlidach i szpital gruźliczy przy Warszawskiej są już Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym. Jakie ma Pan plany w stosunku do przyłączonych szpitali? Co na początek: zmiana szyldów?**

**DR BOGUSŁAW PONIATOWSKI, dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku:** - Oczywiście wyrobimy nowe insygnia, które będą informować o tym, że jest to szpital kliniczny. Będą więc nowe szyldy i pieczętki. Jeśli chodzi o pozostałe kwestie to jest podpisane porozumienie pomiędzy uczelnią, a zarządem województwa, które szczegółowo określa zasady przejęcia szpitali. I my jesteśmy zobowiązani do ich przestrzegania. Zgodnie z tą umową nie przewiduje się np. redukcji zatrudnienia, czyli zwolnień przez najbliższe dwa lata.

**Co będzie w takim razie ze stanowiskami, które się dublują?**

- Osoby te nie tracą pracy, dostaną inne zadania. Jeszcze nie podjęliśmy decyzji, jaka będzie szczegółowa formuła funkcjonowania. Potrzebna jest dokładna analiza, ocena możliwości technicznych, tego, co można zrobić drogą internetową, faksem, a co na miejscu. A życie i tak to wszystko zweryfikuje.

**Rozumiem, że najwięcej zmian czeka działy administracyjne?**

- Tak, oraz działy finansowe.

**A w pracy lekarzy i pielęgniarek dużo się zmieni?**

- Kompletnie nic.

**A pensje się zmienią?**

- Ze wszystkich wstępnych informacji,

jakie do mnie docierają, wynika, że w obu przyłączanych szpitalach jest inny system wynagrodzeń niż w „starym” szpitalu klinicznym. A zgodnie z literą prawa warunki muszą być takie, jak w szpitalu przyłączającym. Są dwie możliwości: albo podnieść pensje 1900 osobom w USK, albo obniżyć 400 osobom pracującym w przyłączanych placówkach. Nie ma innej drogi.

**Płace więc pewnie spadną?**

- Musimy wszystko przeanalizować. Trzeba jednak pamiętać, że w każdej działalności, także medycznej, pieniądze, które się wypracuje można przejąć, albo zainwestować w warsztat. My w ciągu ostatnich dwóch i pół roku zainwestowaliśmy 40 mln zł w szeroko rozumiany warsztat. A szpital na Dojlidach, chyba już jako jedyny wysokospecjalistyczny szpital rangi wojewódzkiej w Polsce nie ma ani jednego łóżka intensywnej terapii. Możliwości diagnostyczne są również bardzo skromne.

**To porozmawiamy o tym, co chciałby Pan w tych szpitalach zmienić, jakie inwestycje wdrożyć?**

- Teraz wspólnie z władzami uczelni pracujemy nad tym, co musi być tam zrobione i ile na to potrzeba pieniędzy. Przez te wszystkie zawirowania, przez to, że przejęcie przeciągnęło się o półtora roku, już wiemy, że z Ministerstwa Zdrowia mamy uzyskać o 30 mln zł mniej [półtora roku temu mówiło się o kwocie przekraczającej 70 mln zł - red.].

**Czego tam brakuje?**

- Szpital przy ul. Żurawiej to chyba jedyny w Polsce szpital specjalistyczny rangi wojewódzkiej, który nie ma diagnostyki na właściwym poziomie. Brakuje tam tomografu, rezonansu, czy nawet porządnego aparatu USG. Nie ma łóżek intensywnej terapii, choć leczeni są tam pacjenci np. w ciężkich stanach po zatruciach, z niewydolnością wątroby czy nerek. Instalacja elektryczna wymaga częściowej wymiany. Poradnie mieszczą się w drewnianych barakach, które teraz może źle nie wyglądają, ale za



Bogusław Poniatowski, dyrektor USK.

pięć, dziesięć lat będzie z nimi problem. Potrzeba dla nich nowego miejsca. Ponadto umowa pomiędzy marszałkiem i uczelnią narzuca nam, że w ciągu pięciu lat musimy zwolnić budynek szpitala gruźliczego przy ul. Warszawskiej.

Potrzebna byłaby też sala wykładowa z prawdziwego zdarzenia oraz sale seminarijne. Musimy pamiętać, że szpitale kliniczne świadczą nie tylko usługi diagnostyczno-lecznicze, ale muszą również prowadzić szkolenia przeddyplomowe, dyplomowe, podyplomowe. Żeby kształcić studentów, lekarzy i pielęgniarki musimy mieć bazę.

**Na Dojlidach są dwa oddziały dziecięce, a w USK nie ma oddziałów dla dzieci. Jakie ma Pan plany w stosunku do tych oddziałów?**

- Te oddziały istnieją nie po to, żeby podnieść prestiż szpitala, ale dlatego, że jest takie zapotrzebowanie. Logika podpowiada, że jeśli w szpitalu ma zostać dziecko, to muszą być takie warunki, żeby mogła z nim zostać także matka. Chcemy, więc stworzyć taki standard, który będzie zadawała rodzicom.

**Co będzie, jeśli nie uda się pozyskać pieniędzy z ministerstwa na tę inwestycję?**

- Jeśli nie będzie środków, tragedii też nie będzie. Szpitale cały czas funkcjonują. Warunki dla pacjentów nie są złe.

**Rozmawiała  
Katarzyna Malinowska-Olczyk**



# Trzeba patrzeć do przodu

*Była propozycja, żeby UMB przejął nie tylko szpital zakaźny i gruźliczy, ale też „Śniadeckiego”. Rektor Uniwersytetu odmówił. O negocjacjach samorządu z uczelnią rozmawiamy z Cezarym Cieślukowskim, członkiem zarządu województwa podlaskiego\*, odpowiedzialnym za to porozumienie.*

## **WOJCIECH WIĘCKO: Dlaczego samorząd zdecydował się przekazać Uniwersytetowi Medycznemu w Białymstoku Wojewódzki Szpital Specjalistyczny [szpital zakaźny] oraz Specjalistyczny Szpital Gruźlicy i Chorób Płuc [szpital gruźliczy]?**

**CEZARY CIEŚLUKOWSKI:** - Dwa lata temu, kiedy powierzono mi nadzór nad jednostkami ochrony zdrowia, największymi problemami naszych placówek były ich bardzo poważne kłopoty finansowe. Większość z nich ponosiła w kolejnych latach straty w działalności bieżącej. Dodatkowo konieczne było ponoszenie przez samorząd bardzo dużych nakładów inwestycyjnych i zakupowych związanych z ich dostosowaniem do wymogów zgłaszanych przez NFZ. Nadto konieczne trzeba było zmodernizować te placówki tak, by były bardziej dostępne dla pacjentów i świadczyły wyższą jakość usług.

Gdyby szpitale zakaźny i gruźliczy zostały u nas, to musielibyśmy poczuwać się do obowiązku inwestowania w nie. Jeżeli mamy tak ogromne szpitale jak Śniadecki [Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku im. Śniadeckiego], w Choroszczu, w Suwałkach, czy w Łomży, i każdy z nich składa do nas długą listę życzeń inwestycyjnych w sumie na ponad 400 mln zł, to każda ulga w postaci tego, że nie będzie trzeba wydać na zakaźny 40 mln zł, czy na gruźliczy 10 mln zł, to ulga dla budżetu województwa. Szpital zakaźny nie wymaga wkładu z dnia na dzień, bo nie trzeba teraz łątać dachu czy wymieniać sprzętu, ale to nie znaczy, że można dalej czekać z pewnymi inwestycjami. Szpital gruźliczy też przygotował swój program inwestycyjny opiewający na kilkaset milionów złotych i prędzej czy później trzeba by go uruchomić z budżetu województwa, bo szpital z własnych środków go nie przeprowadzi.

Nagromadzenie tych problemów, wymagało z naszej strony spojrzenia perspektywicznego, na ile w naszych



Cezary Cieślukowski.

realiach finansowych, przy określonej sile budżetu województwa, jesteśmy w stanie sprawnie tymi placówkami zarządzać i w nie inwestować. Z drugiej zaś strony, już w poprzedniej kadencji zasygnalizowano, że władze uczelni są zainteresowane przejęciem tych placówek. W szczególności chodziło o przejęcie szpitala zakaźnego przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny.

## **Negocjacje nie były prostymi rozmowami. Uczelnia wcale nie była zainteresowana przejęciem szpitala gruźliczego.**

- Tak, ale rozważanych koncepcji było wiele. Moja propozycja, jako przedstawiciela zarządu, była jeszcze szersza. Uważaliśmy, że można rozmawiać nawet o połączeniu szpitala Śniadeckiego

ze szpitalem klinicznym. Taka opcja nie wzbudziła jednak entuzjazmu pana rektora i dyrektora USK [szpital Śniadeckiego ma ok. 100 mln zł długu - red.].

Wbrew temu, co się w pierwszej chwili myśli, nie była to koncepcja odebrana od życia. Obie jednostki funkcjonują po sąsiedzku. Obie w części wykonują podobne usługi zdrowotne. Dzięki temu Uniwersytet miał szansę zdjąć ze swojego rynku konkurenta. Wziąłby jego infrastrukturę i jednocześnie jego prawie 100-milionowy kontrakt z NFZ. Tak więc można było stworzyć jeden organizm, który - dobrze zarządzany i przy wsparciu z dodatkowych źródeł, jakie daje korzystanie z budżetu państwa - pozwoliłby na lepsze wykorzystanie całej substancji. Powstałby szpital skrojony na

\* Rozmowa z Cezarym Cieślukowskim została przeprowadzona w momencie, kiedy był on członkiem zarządu województwa. Późniejsze wydarzenia (zarzut naruszenia przepisów o pracownikach samorządu) spowodowały, że stracił rekomendację własnej partii do sprawowania tej funkcji i został odwołany ze stanowiska.



miarę Białegostoku i regionu.

### **Myślę, że decydująca była wielkość długu tego szpitala.**

- Nie ukrywam, że mamy problem ze „Śniadecją”, z uwagi na zaszłości finansowe. Sprawiają one, że choć miniony rok dla szpitala był całkiem niezły, to ta przeszłość powoduje, że jest on w bardzo trudnej sytuacji i wymaga głębokiej restrukturyzacji.

### **Wróć do pierwszego pytania. Dlaczego samorząd zdecydował się na oddanie dwóch szpitali, których wyniki finansowe są całkiem niezłe?**

- Ścierały się pewne poglądy: na ile powinniśmy traktować te szpitale jako swoją własność, która powinna być źródłem potencjalnych dochodów, ale też inwestycji. Zaś w przypadku, kiedy podejmujemy decyzję o przekazaniu, sprzedaży czy prywatyzacji innym podmiotom, na ile jesteśmy tą częścią obszaru życia publicznego, by naszą rolą było zapewnienie opieki zdrowotnej mieszkańcom. Przecież podobną rolę, często ocenianą w dużo lepszy sposób, wypełnia także Uniwersytet Medyczny. Dlatego z jednej strony jest kwestia odpowiedzialności za zapewnienie wysokiej jakości i dostępności usług medycznych mieszkańcom, z drugiej zaś za rozwój Uniwersytetu Medycznego, jako ośrodka mającego zapewnić bezpieczeństwo medyczne, w tym sensie, że dostarcza kadr medycznych dla naszych placówek i powinien mieć miejsce dla ich kształcenia. Braliśmy szereg elementów pod uwagę, nie tylko ściśle finansowe, kto komu i za ile. Także współodpowiedzialność za opiekę zdrowotną w województwie. Stąd wzięła się koncepcja połączenia USK ze szpitalem zakaźnym i gruźliczym. Zaś w ocenie Uniwersytetu infrastruktura szpitala zakaźnego pomieści infrastrukturę szpitala gruźliczego, więc nie ma przeszkód technicznych, organizacyjnych i finansowych, by do połączenia doszło.

Zresztą w latach 2004-2005 był już w samorządzie pomysł, aby połączyć szpitale zakaźny z gruźliczym. Wszystko dlatego, że zachorowalność na choroby zakaźne, choroby gruźlicy i płuc maleje.

### **Pracownicy obu szpitali są przeciwni łączeniu. Argumentują, że ich jednostki dobrze sobie radzą na rynku.**

- Tam nie jest tak źle, że grożą jakiejś upadłości. Choć w ostatnim roku w szpitalu zakaźnym trochę pogorszyły się wyniki. Natomiast skala szpitala gruźliczego jest

dużo mniejsza, bo on ma kontrakt rządu kilku milionów złotych. Staram się rozumieć argumenty pracowników. Z drugiej zaś strony mam pisma z tych szpitali, w których prosi się o dotację na to, dotację na tamto. Mówiłem im, żeby pokazali,

ochronny zatrudnienia. Zaś samo łączenie szpitali odbędzie się dla nich praktycznie niezauważalnie. Po prostu z dniem połączenia, pracownicy szpitali gruźliczego i zakaźnego stają się pracownikami szpitala klinicznego. Kropka. Ko-



Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

że są w stanie wypracować dodatni wynik finansowy, ale go nie ma. Owszem ten wynik jest bezpieczny, ale nie pozwala na inwestowanie ze środków własnych.

### **Pracownicy obawiają się, że ich wynagrodzenia po połączeniu z USK mogą być niższe niż obecnie.**

Nie wiem tego. Dziś o wynagrodzeniach służby zdrowia decydują czynniki rynkowe. Dziś każda osoba ze służby

niec. Pozostałe ustalenia odbywać się już będą w ramach wewnętrznych negocjacji.

### **Co się stanie z budynkiem po szpitalu gruźliczym, kiedy ten przeniesie się na Dojlidy?**

- Chcemy, żeby po okresie przejściowym budynek wrócił do samorządu [5 lat - red.]. Przy ul. Warszawskiej mamy duży szpital - Białostockie Centrum Onkologii, które teraz modernizujemy, a będzie potrzebować przestrzeni. Zachorowalność na choroby onkologiczne stale rośnie. Tu ponoszone nakłady są faktycznie ratującymi życie i traktujemy je priorytetowo. Potencjalnie jest możliwość wykorzystania tego budynku na potrzeby onkologii. Jest jednak za wcześnie, żeby mówić o szczegółach.

### **Jak Pana zdaniem będą wyglądały przekazane szpitale za 5-10 lat?**

- Przypuszczam, że łóżek nie przybędzie. Będzie za to nowocześniejszy sprzęt i procedury, dzięki czemu będzie krótszy pobyt pacjenta w szpitalu, a samo leczenie bardziej skuteczne. To będzie wreszcie ośrodek akademicki, w którym będą się uczyć przyszli lekarze. Nowe jednostki wzbogacą też Uniwersytet Medyczny, który już teraz jest wysoko oceniany w kraju, i staną się przyczynkiem do budowania jeszcze większej siły uczelni, ale też siły naukowej województwa.

---

*Braliśmy szereg elementów pod uwagę, nie tylko ściśle finansowe, kto komu i za ile. Także współodpowiedzialność za opiekę zdrowotną w województwie*

---

zdrowia zna swoją wartość rynkową. Dla jednego oferta rządu 3-4 tys. zł jest satysfakcjonująca, a inny mówi, że chce 20 tys. zł, i może oczekiwać akceptacji, bo jest fachowcem na rynku.

Staraliśmy się zapewnić pracownikom choć minimum bezpieczeństwa, bo wynegocjowaliśmy dwuletni okres

**Rozmawiał Wojciech Więcko**

# Pierwszaki uczą się od nowa

*Nie ma się czego bać - oznajmiło tylko Ministerstwo Zdrowia nakazując skondensowanie programu studiów na Wydziale Lekarskim z sześciu do pięciu lat. Na szóstym roku będzie to, co na stażu.*

Kiedy w głowach przyszłych maturzystów rodziło się marzenie o zawodzie lekarza, wybierali sobie niełatwą drogę przez życie. Po zdanym egzaminie dojrzałości i pomyślnie zakończonej rekrutacji, przychodzili na pierwszy rok studiów, gdzie witała ich chemia, biologia, biofizyka i anatomia. Klinika, a tym samym pierwszy kontakt z pacjentami, pojawiały się dopiero na trzecim roku studiów. Później czwarty, piąty i szósty - w całości kliniczne lata. Z nieociosanych żaków powoli kształtowali się przyszli eskulapi. Na koniec dyplom, niebieska książeczka z Ograniczonym Prawem Wykonywania Zawodu Lekarza i 13-miesięczny staż w szpitalu. Płatny, choć przez niektórych nazywany „siódmym rokiem studiów”. W międzyczasie LEP, obecnie zmieniony w LEK (Lekarski Egzamin Końcowy; trzy podejścia w trakcie stażu), którego wynik decydował o podziale miejsc rezydentkich w ramach ubiegania się o specjalizację.

Po reformie ma być mniej teorii, która wielu stawiała przed dylematem typu „co ja tutaj robię?”, a więcej przygotowania do prawdziwej pracy. Zmniejszą się grupy studenckie, z dotychczasowych „szóstek” do „czwórek”, a nawet „trójek” klinicznych. Staż ma przestać istnieć, a o przyznaniu miejsc specjalizacyjnych przestanie decydować wynik LEK-u, którego po prostu nie będzie. Szósty rok ukończą młodzi lekarze, gotowi do pracy. Założenie interesujące.

## Z perspektywy uczelni: trudniej i drożej

- Pierwszy, znowelizowany rocznik przyszłych lekarzy właśnie się piecze - żartuje prof. Adrian Chabowski, prorektor do spraw studenckich UMB. W rzeczywistości reforma polega głównie na przeniesieniu stażu podyplomowego do programu szóstego roku studiów. Jednak żeby to zadziało, konieczne będzie wprowadzenie zmian w programach dydaktyki wcześniejszych lat.



Mniej zajęć teoretycznych, więcej praktycznych - to najważniejsza zmiana w nowym sposobie nauczania.

- Nie jest to do końca dobre posunięcie. W klinikach mamy i tak bardzo dużo obowiązków, zarówno dydaktycznych, jak i naukowych. Zwiększenie liczby procedur związanych z nauczaniem praktycznym zawodu (które zamiast na stażu ma się odbywać na 6 roku) może się okazać problematyczne. Chociażby ze względu na warunki w szpitalach klinicznych, gdzie zajęcia będą się odbywały przy tym samym składzie osobowym nauczycieli akademickich i w tych samych warunkach lokalowych - mówi prof. Chabowski.

Jest to pierwszy z uczelnianych aspektów sprawy. Innym jest „redukcja” godzin dydaktycznych z zajęć na pierwszych latach studiów, która może skutkować redukcją etatów w zakładach teoretycznych. Kolejnym bardzo ważnym zagadnieniem jest finansowanie zmian.

Zakładając, że zwiększy się liczba godzin dydaktyki w klinikach, a dodatkowo zmniejszy liczba studentów w grupach klinicznych, otrzymamy przełożenie na istotne podniesienie kosztów kształcenia. Obowiązek pensum nauczycieli akademickich pozostanie przy tym założeniu taki sam, a więc konieczne stanie się wypłacanie dodatkowych tzw. godzin ponadwymiarowych.

- Jeżeli asystenci wyrażą zgodę na prowadzenie zajęć po godzinach, trzeba im będzie za to dodatkowo zapłacić. Uczelnia poniesie te wydatki przy stałym poziomie dotowania - podkreśla prof. Chabowski.

## Zakrzywienie czasoprzestrzeni

Do zrealizowania reformy można podejść na kilka sposobów. Najprościej - uczelnia wykazuje się elastycznością - i tak przestawia programy studiów, żeby zmieściły się w pięciu latach. Można też zrobić tak, jak np. krakowski uniwersytet. Tam zamiast zwiększyć liczbę godzin nauczania, zmniejszono liczbę studentów przyjmowanych na pierwszy rok. I to dość znacznie, bo to się opłaca.

Jednak żadne z tych rozwiązań nie jest do końca dobre. Nie można postawić znaku równości pomiędzy godziną dydaktyczną z przedmiotów czysto teoretycznych (np. biologia medyczna, czy chemia ogólna), a przedmiotami klinicznymi. Podobnie zmniejszenie liczby studentów nie zawsze musi oznaczać mniej grup dydaktycznych, co ewentualnie znalazłoby przełożenie na mniej godzin w klinice. Uczelnia płaci za godzinę od grupy, a nie od studenta. Stąd łatwo przekalkulować, że skoro na przedmiotach teoretycznych grupa składa się z kilkunastu studentów, redukcja liczby godzin zajęć teoretycznych nijak się ma do zyskiwania godzin w klinice. W klinikach grupa studencka liczy sześć osób, a według założeń reformy ma liczyć nawet trzy.

Co ma zrobić w takiej sytuacji uniwersytet? Najłatwiej byłoby odpowiedzieć na to pytanie: „czas pokaże” albo



„na pewno się uda”. Bardziej realnie wydaje się jednak to, że studenci będą zgłębiać tajniki przysłego zawodu na kilku zmianach.

## **Z perspektywy studenta: jestem za**

- Student powinien zyskać. Zmniejszy się liczba przedmiotów teoretycznych, albo przynajmniej ilość godzin zajęć w ramach tych przedmiotów - kontynuuje prof. Chabowski. - Ten czas będzie można, tak czy inaczej, rozdysponować na zajęcia praktyczne. Planujemy wprowadzać także tzw. programy zintegrowane, czyli w ramach danego przedmiotu zajęcia będą się odbywały w kilku zakładach. Jako przykład można podać *neuroscience*, w którego skład weszłyby elementy neuroanatomii, neurofizjologii oraz zajęcia na radiologii, gdzie student nauczy się podstaw obrazowania.

Zakładając odpowiednie zaangażowanie studentów w przyswajanie nowych informacji, taki plan wydaje się niezłym wyjściem z sytuacji. Elementy teorii, która w starym systemie musiała być odgraniczona od kliniki i łatwo było o części rzeczy zapomnieć, w nowym systemie zostanie połączona z wiedzą praktyczną, dotykającą kliniki. I to jeszcze przed magicznym trzecim rokiem studiów. Namiastka prawdziwego życia zawodowego stanie się dostrzegalna prawie od początku.

- Z pewnością pierwszy rok na nowych zasadach już nie jest łatwy. Studenci, tuż po liceum, muszą stawić czoła przedmiotom takim jak anatomia, histologia, biochemia czy biofizyka. To są cztery bardzo obszerne przedmioty, które musieliśmy „skondensować” w związku z nowymi standardami nauczania - podsumowuje prof. Chabowski.

Reforma, choć trudna do wprowadzenia, zakłada kształcenie lekarzy-praktyków, gotowych na podejmowanie wyzwań, jakie stawia praca dla dobra drugiego człowieka. Założenie szczytne. Rezultatów należy się spodziewać za sześć lat.

## **Co z tym stażem?**

Po pierwsze: student nie musi otrzymywać wynagrodzenia, a uczelnia nie ma obowiązku mu go wypłacać. Stąd łatwo wywnioskować, że skoro staż odbywać się będzie w ramach szóstego roku, le-

karz-stażysta (a może student-stażysta?) nie dostanie ani złotówki. W przeciwieństwie do tego, co było dotychczas. Jednak to nie uczelnia zaoszczędzi dzięki temu, a odpowiednie ministerstwo.

- Jeżeli dzięki temu, że staż będzie włączony do programu studiów, można się będzie więcej nauczyć, to zgadzam się z tym pomysłem. Po studiach, kiedy młodzi lekarze wkraczą do klinik z ograniczonym prawem wykonywania zawodu, wielu ma wrażenie, że ich przygotowanie do tej pracy nie jest wystarczające. Być może zajęcia kliniczne w rozszerzonym wymiarze i nieco więcej praktyki podczas studiów rozwiążą ten problem - powiedział nam lekarz-stażysta z białostockiego szpitala klinicznego, który prosił o anonimowość.

Dotychczasowy program kształcenia lekarza, włączając w to początkowe kształcenie podyplomowe, czyli staż, obejmował siedem lat. Skrócenie tego procesu o rok powinno cieszyć. Trudno przewidywać, czy zniknie instytucja Ograniczonego Prawa Wykonywania Zawodu, ale lekarzem będzie się od razu po studiach. Bez ceregieli ze stażem i zdawaniem LEP-u. Zamiast tego, już za kilka lat, o przyznaniu etatu rezydentckiego zadecyduje m.in. średnia ze studiów.

## **Jak sobie pościelesz...**

- Nie sądzę, aby to był dobry pomysł, żeby zamiast LEP-u średnia decydowała o przyznawaniu miejsc na specjalizację - mówi studentka trzeciego roku. - Zacznie się kopanie dołków, wykorzystywanie znajomości, koligacji rodzinnych i innych zależności. Nie byłam i nie będę zwolenniczką wyścigu szczurów, a wszystko wydaje się zmierzać w tym kierunku.

Skąd takie obawy? Otóż dotychczas można było, przynajmniej teoretycznie, przyjść do kliniki w połowie listopada, tuż przed ukończeniem stażu i zakomunikować szefowi, że od 1 grudnia będzie się dla niego pracować. Szef mógł poklepać kandydata po ramieniu, pogratulować znakomych wyników na LEP-ie i życzyć powodzenia. Z drugiej jednak strony, mógł odmówić zatrudnienia poprzez wyrażenie sprzeciwu, motywując swoją postawę tym, że panią/pana X widzi pierwszy raz. Zdarzało się to bardzo rzadko, co przemawia raczej za rolą LEP-u jako jednego z mechani-

zmów sprawiedliwości i wyrównania szans pomiędzy tymi, którzy deptali ścieżki przez całe studia, a tymi, którzy woleli tego nie robić. Uniwersalna wyrocznia, egzamin państwowy, który dało się przejść po przerobieniu pytań testowych z poprzednich lat, stanie się historią.

## **Tak cię widzą...**

Przy obecnych założeniach, studenci ubiegający się o miejsca specjalizacyjne będą oceniani zgodnie z trzema kryteriami. Pierwsze - to średnia ocen z całego toku studiów. Drugie kryterium to dorobek naukowy (jest mnóstwo sposobów na zebranie punktów w tej kategorii, szczególnie że teraz za działalność w kołach naukowych można pobierać stypendia. Odbywa się mnóstwo konferencji, wydawanych jest wiele monografii. Kto chce, może się wykazać i specjalizację mieć w kieszeni).

- Wielu studentów zgłasza się do zarządu STN i oznajmiają, że chcieliby należeć do koła naukowego przy danej klinice. Liczą na to, że po koleżeńsku nikt nie sprawdzi, czy faktycznie działają w tym kole. Na razie motywacją są stypendia i nagrody rektora. Wydaje się niemal pewne, że w przyszłych rocznikach rolę motywującą przejmą starania o specjalizację - powiedziała działaczka Studenckiego Towarzystwa Naukowego UMB.

Trzecie kryterium: osiągnięcia zawodowe. W jaki sposób oceniane? Na razie nie jest to wyjaśnione, być może za pomocą specjalnych książeczek stażowych, albo dzięki opiniom opiekunów.

Jeżeli młody lekarz pod każdym z wymienionych względów uzyska błyskotliwe noty, pozostaje jeszcze twór o nazwie „test predyspozycji i umiejętności zawodowych”. Teoretycznie, jeżeli dwójka kandydatów uzyska podobne noty w postępowaniu rekrutacyjnym na specjalizację, szef będzie mógł przyjrzeć się każdemu z nich indywidualnie i wybrać odpowiednią osobę.

Jak przed każdą reformą, burza była nieunikniona. Warto jednak zauważyć, że są kraje, w których system kształcenia lekarzy bardziej przypomina ten nowy niż poprzedni sześćioletni, który panował dotychczas. Radzą sobie z tym całkiem nieźle.

**Tomasz Dawidziuk**

# E-student na poddyplomówce w UMB

*Na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku ruszają anglojęzyczne studia poddyplomowe z biostatystyki.*

*Docelowo będą one prowadzone metodą distance learning.*

W latach 90. XX wieku pękła internetowa bańka, a proces globalizacji światowej gospodarki nabrał szalonego tempa. Narodziła się idea gospodarki opartej na wiedzy. W ofercie dydaktycznej uczelni wyższych w Ameryce Północnej i Europie Zachodniej pojawiły się kursy, a następnie studia prowadzone zdalnie - przez internet.

## Distance learning?

Distance learning oznacza uczenie się na odległość z wykorzystaniem wideokonferencji i internetu, włącznie z możliwością zdawania egzaminów. Pojęcie to jest często mylone z e-learningiem, który jest tylko jedną z form uczenia się na odległość. E-learning polega na nauce przy pomocy komputera i internetu. Użycie technik kształcenia zdalnego pozwala na ukończenie kursu, a nawet całego programu studiów bez konieczności fizycznej obecności w sali wykładowej, czy egzaminacyjnej. Pośrednią formą kształcenia zdalnego jest blended learning - mieszany system łączący e-learning z tradycyjnymi metodami.

Na UMB distance learning wkracza dopiero teraz. Co to przedsięwzięcie oznacza dla słuchaczy i uczelni? Dlaczego na pierwszy ogień idzie biostatystyka?

## Z perspektywy słuchacza

Studia zdalne z wykorzystaniem Internetu i wideokonferencji to większa dostępność do kształcenia i oszczędność kosztów. Dla osób niezamieszkałych w Białymstoku oznacza to redukcję wydatków na podróże i noclegi. Elastyczność w planowaniu czasu na naukę jest dodatkową zaletą. Dostępność wykładów i materiałów dydaktycznych w formie on-line oznacza możliwość nauki o dogodnej porze, np. w domowym zaciszu.

Na początku spora część zajęć na studiach poddyplomowych, które ruszają od października 2013 r., prowadzona będzie w sposób tradycyjny. Jest to konieczne

by przygotować odpowiednie materiały dydaktyczne i nagrać wykłady, które będą wykorzystywane w przyszłości w edycjach prowadzonych w całości w formie przystosowanej do kształcenia zdalnego. Zaletą początkowych edycji studiów będzie możliwość uczestnictwa studentów w wykładach wygłaszanych w czasie rzeczywistym przez najlepszych europejskich specjalistów w tej dziedzinie. Wykładowcami będą bowiem, pracownicy naukowcy z Centrum Statystycznego (CentStat) Uniwersytetu Hasselt w Belgii - jednego z wiodących ośrodków biostatystycznych w Europie.



Pierwsze dwie edycje studiów będą bezpłatne. Po zakończeniu projektu, kierunek ten pozostanie w ofercie edukacyjnej UMB, ale już na zasadach rynkowych.

## Z perspektywy Uczelni

Realną potrzebą, wynikającą z wizji rozwoju Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, jest prowadzenie kształcenia innowacyjnego, opartego na technikach i metodach distance learningu. Bez wprowadzenia nowoczesnych technik kształcenia na odległość Uczelni trudno będzie bronić swojej pozycji konkurencyjnej na europejskim rynku uczelni medycznych.

Środki pozyskane z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na wdrażanie dwóch pilotażowych edycji studiów po-

dyplomowych z biostatystyki pozwolą na zbudowanie profesjonalnej bazy i przygotowanie dydaktyków Uczelni do pracy z wykorzystaniem technik kształcenia zdalnego. W dłuższej perspektywie umożliwi to Uczelni rozbudowanie oferty kształcenia zdalnego.

## Dlaczego biostatystyka?

- Nowoczesne badania biomedyczne nie mogą być prowadzone bez znaczącego użycia metod biostatystycznych w zakresie planowania doświadczeń oraz analizy i interpretacji danych. Zastosowanie tych metod np. w procesie opracowywania nowych leków lub w poszukiwaniach biomarkerów w chorobach nowotworowych jest powszechne i niezbędne - wyjaśnia prof. Tomasz Burzykowski, kierownik Zakładu Statystyki i Informatyki Medycznej UMB, który jest także pracownikiem CentStatu.

W Polsce ograniczenia w dostępie do edukacji biostatystycznej skutkują niewielką liczbą specjalistów w tym zakresie. Negatywnie wpływa to na jakość biomedycznych badań naukowych prowadzonych w naszym kraju.

Biostatystyka, chociaż ma swoje korzenie w matematyce, nie może być rozwijana bez ścisłej współpracy z biomedycyną. Z tego powodu silne zagraniczne centra biostatystyczne często zlokalizowane są przy ośrodkach medycznych (np. Mayo Clinic, Dana Farber Cancer Institute w USA). Wydziały biostatystyki to w wielu przypadkach jednostki naukowe uniwersytetów medycznych. Realizacja rocznego programu kształcenia poddyplomowego w zakresie biostatystyki na UMB jest zgodna z tą koncepcją. Dostępność danych biologicznych i klinicznych gromadzonych w jednostkach naukowych uczelni, mogących być podstawą praktycznego kształcenia studentów proponowanego programu studiów poddyplomowych, jest jedną z oczywistych zalet takiego rozwiązania.

**Anna Daszuta-Zalewska**



# Cukrzyca a karkówka z grilla

80 proc. dzieciaków z Białegostoku chorych na cukrzycę typu 1 ma zakładaną pompę insulinową.

W Europie Zachodniej takie urządzenie ma niewiele ponad 20 proc. ich rówieśników.

To w naszym mieście maluchy mają dużo większą szansę na normalne życie.

Cukrzycę typu 1 można leczyć na dwa sposoby: zastrzyki z insuliny (najpopularniejsze są tzw. peny, które można określić jako półautomatyczne urządzenie do podawania insuliny) lub za pomocą specjalnej pompy, wielkości telefonu komórkowego, stale podpiętej do organizmu (wkłucie raz na 3 dni). W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Białymstoku - ale też w Polsce - specjaliści są zdania, że druga metoda jest lepsza. Insulina jest podawana organizmowi w sposób najbardziej fizjologiczny. Poza tym pacjent zyskuje swobodę w codziennym życiu, bo urządzenie w większości przypadków za niego pilnuje całej procedury podawania hormonu.

- Dlaczego więc Europa Zachodnia uparła się przy zastrzykach? - pytam prof. Artura Bossowskiego, szefa Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii z Pododdziałem Kardiologii w UDSK.

- U nas przełomem były działania Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy. Dzięki temu bardzo dużo mówiło się o problemie cukrzycy u dzieci. W efekcie udało się zmienić mentalność ludzi oraz tych, którzy decydowali o sposobach leczenia. Za tym poszły spore zakupy sprzętu i tym sposobem staliśmy się światowym liderem w takim leczeniu - stwierdza prof. Bossowski.

Zdaniem szefa kliniki Europa Zachodnia trochę za bardzo przyzwyczaiła się do tradycyjnej metody. Dlatego już stara się podpatrywać, jak to się robi w Polsce. W zeszłym roku do Białegostoku, do szpitala dziecięcego, przyjechał prof. Christopher Kelnar z Edynburga, prezydent Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej, i był pozytywnie zaskoczony tym, co zobaczył. M.in. także dlatego specjaliści ze szpitala sami jeżdżą na Zachód, by szkolić tamtejszych lekarzy.

## W weekend na pizzę

Szymon, 13 lat, od pięciu lat choruje na cukrzycę typu 1 (leczył się obiema



foto: Wojciech Więcko

Choć pompy insulinowe są niewielkie, to w znaczący sposób zmieniają życie.

metodami): - Pompa jest lepsza. Półtora roku byłem na „penach”, ale nimi trzeba się kłuć pięć razy dziennie. To nie jest fajne.

Zosia, 14 lat, też ma doświadczenia z obu metod: - Przy zastrzykach trzeba się bardzo pilnować, ile się jada i kiedy. Przy pompie można pozwolić sobie na więcej.

Dr Bożena Florys, lekarz z kliniki: - Proszę sobie wyobrazić np. dwulatka, którego dzień w dzień trzeba nakarmić o tej samej porze, tą samą ilością jedzenia. Ani więcej, ani mniej, nie później i nie wcześniej. A jak dziecko nie będzie chciało jeść, to trzeba mu to wcisnąć, bo to wymuszają „peny”.

Jednak zastosowanie pompy w leczeniu wymaga od pacjenta (i jego rodziny) chęci współpracy z lekarzami. Dlatego właśnie tylko 80 proc. pacjentów otrzymuje pompy. Niezbędne są szkolenia (w tej kwestii jest duży nacisk ze strony kliniki) i przestrzeganie określonych zasad. Co w zamian? Swoboda w życiu. Choćby pizza, lody, czy nawet karkówka z grilla, która jest daniem zakazanym w terapii „penami”.

- Nie oceniając, co jest zdrowe, to karkówka z grilla wchłania się osiem godzin i jest nie do zabezpieczenia insuliny w „penach”. Przy pompie, trzeba tylko pamiętać o właściwym podaniu insuliny. Trzeba mieć wiedzę, jak to się robi, ale to jest trudne tylko na początku - zaznacza dr Florys.

## Trzecia droga

Jeżeli cukrzycę u dziecka uda się wykryć bardzo wcześnie i zapotrzebowanie organizmu na insulinę jest niewielkie, to przy spełnieniu innych kryteriów, takiego pacjenta można skierować na terapię komórkami T-regulatorowymi.

To bardzo innowacyjna metoda opracowana przez specjalistów z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, z którymi współpracują białostoccy lekarze. Polega ona na pobraniu z krwi pacjenta komórek T-regulatorowych, które stoją na straży odporności immunologicznej. Następnie stymuluje się je i namnaża, by przetransferować je do chorego. Dzięki czemu pobudza się organizm pacjenta, by sam produkował więcej insuliny.

- To może być przyszłość. Z grupy kilkunastu pacjentów poddanych tej terapii, po jej zakończeniu, trójce w ogóle nie trzeba było już podawać insuliny. Co więcej przy tej metodzie nie stwierdzono poważnych efektów ubocznych - dodaje prof. Bossowski.

I na koniec prof. Bossowski kolejny raz podkreśla, że przy walce z cukrzycą kluczowa jest edukacja. Nie tylko małych pacjentów, ale przede wszystkim ich rodziców, bo to oni podejmą decyzję o metodzie leczenia. Dlatego jest tak ważne, by wiedzieli, jaki mają wybór i jakie związane jest z tym ryzyko.

Wojciech Więcko

# 1 proc. podatku też dla nauki

*Naukowcy będą mieli prawa majątkowe do swoich odkryć, a firmy będą mogły przekazywać 1 proc. CIT na rzecz jednostek naukowych - to niektóre propozycje Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego, które mają pobudzić współpracę przedsiębiorców z naukowcami.*

Propozycje takie ogłoszono podczas spotkania „Okrągły Stół Innowacji”, z udziałem minister nauki i szkolnictwa wyższego Barbary Kudryckiej. Odkryło się ono w połowie lutego w warszawskim Centrum Nauki Kopernik i uczestniczyli w nim m.in. przedstawiciele Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Jedną z propozycji przedstawionych przez ministerstwo zakłada, że prawa majątkowe do wynalazków będą mieli tworzący je naukowcy, a nie jak dotąd uczelnia. - Wynalazcy sami dostrzegają interes w tym, by ich rozwiązania technologiczne nie leżały na półkach - tłumaczyła minister Kudrycka.

Dochody z wdrożonego wynalazku czerpać za to będą: naukowiec, firma oraz uczelnia. Jednak o tym, jak duże będą zyski tej ostatniej, ma zdecydować regulamin ustalony między

naukowcem a tą instytucją. Wynalazca musiałby zapłacić uczelni za to, że korzystał z jej sprzętu i laboratoriów. Minister Kudrycka zastrzega jednak, że kwota, którą z wynalazku otrzyma uczelnia, będzie mogła stanowić nie mniej niż 25 proc. tego, co otrzyma naukowiec.

- Sprawdzaliśmy czy takie rozwiązania są zgodne z prawem europejskim i stwierdziliśmy, że nie ma przeciwwskazań. W niektórych państwach, np. Danii, Szwecji czy Włoszech, rozwiązania takie są już stosowane - dodała Kudrycka.

Wśród zaproponowanych przez resort nauki pomysłów jest możliwość przekazywania przez firmy 1 proc. podatku CIT na rzecz wskazanych przez nie jednostek naukowych (mogłoby to być możliwie od 2014 r.) Podmiotami uprawnionymi do uzyskania pieni-

dzy pochodzących z 1 proc. podatku CIT będą wydziały uczelni, instytuty naukowe PAN, instytuty badawcze i utworzone na podstawie odrębnych przepisów międzynarodowe instytuty naukowe działające w Polsce.

Zarówno minister jak i naukowcy dostrzegają ogromną barierę blokującą rozwój komercjalizacji nauki - to ustawa o zamówieniach publicznych. Konieczność ogłaszania przetargów na zakupy o wartości powyżej 14 tys. euro często na długi czas opóźnia zasadnicze badania. Dlatego - jak poinformowała minister Kudrycka - nowe dyrektywy unijne przesunęły tę granicę na 130 tys. euro, a w przypadku uczelni na 200 tys. euro. Zmiany w polskim prawie mają nastąpić do końca maja.

**Anna Daszuta-Zalewska,  
PAP - Nauka w Polsce**

## Szansa dla transplantacji

*„Transplantologia darem życia - aspekt medyczny, prawny i etyczny” - pod takim tytułem w końcu stycznia w Podlaskim Urzędzie Wojewódzkim odbyła się konferencja poświęcona problemom transplantologii.*

Ten rok - 2013 - może być rekordowy dla podlaskiej transplantologii - to stwierdzenie prof. Marka Gacko z Kliniki Chirurgii Naczyń i Transplantologii. Z przedstawionych przez niego danych, wynika, że tylko w styczniu dokonano siedmiu transplantacji, choć w całym 2012 roku było ich 25.

Jednak zdaniem prof. Wojciecha Rowińskiego, krajowego konsultanta ds. transplantologii, największym kłopotem jest fakt, że pobrania organów do transplantacji odbywają się praktycznie

tylko w białostockich szpitalach klinicznych. - Czy w takim razie w szpitalach powiatowych województwa podlaskiego ludzie nie umierają? Czy to brak dobrej woli, aby takie pobrania wykonać? - retorycznie pytał profesor.

- Aby były przeszczepy, wszyscy muszą być na „tak”. Wszyscy muszą współdziałać. Lekarze, dyrektorzy szpitali, samorządowcy, Kościół i władze samorządowe - przekonywał zebranych prof. Wojciech Rowiński.

Podczas konferencji ogłoszono też wyniki konkursu na hasło promujące

idee transplantologii. Wygrała Róża Burba, studentka kierunku pielęgniarstwo na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB, z hasłem: „Transplantacja - dar serca - dar życia”. Wyróżniono także trzy inne studentki Wydziału Nauk o Zdrowiu: Aleksandrę Syczewską („Transplantacja - nadaj życiu podwójny sens”), Katarzynę Telefin („Transplantacja - człowiek nadzieją dla człowieka”), Patrycję Ewę Pogorzelską („Transplantacja - podziel się sobą z innymi”).

**Andrzej Guzowski**



# Umowa na modernizację starej części USK

*Niecałe 170 mln zł będzie kosztować gruntowny remont i modernizacja starej części Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku. Umowa na prace budowlane z firmą Budimex została już podpisana.*

Uroczystość była skromna. Odbyła się w gabinecie kanclerza Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Konrada Raczkowskiego. Prócz gospodarza, byli też przedstawiciele Budimexu, z dyrektorem Oddziału Budownictwa Ogólnego Wschód Radosławem Górskim.

Samo podpisywanie dokumentów zajęło dobrych kilkanaście minut. Wszystko dlatego, że trzeba było parafować każdą stronę liczącą kilkadziesiąt stron umowy i to w kilku egzemplarzach dokumentu.

Budimex - według planu - do starej części szpitala klinicznego ma wejść wiosną 2014 roku. Planowana przebudowa obejmuje całkowitą modernizację klinik, korytarzy, a także holu. Powstaną również nadbudowy nad budynkami, gdzie obecnie znajdują się SOR i Klinika Kardiologii Inwazyjnej. Po modernizacji największą powierzchnię będzie miała Klinika Hematologii. Co prawda nie przybędzie tam zbyt wielu łóżek (ich liczba zwiększy się z 30 do 37), ale zdecydowanie poprawią się warunki leczenia. Zamiast sal wieloosobowych będą, co najwyżej 1-2 osobowe z sanitariatami. Powstanie również 5-łóżkowy, spełniający wszystkie standardy (m.in. posiadający specjalne śluzę) pododdział przeszczepu szpiku. Podobnie polepszy się standard leczenia we wszystkich pozostałych klinikach. Nowością będzie również stacja dializ (zaplanowana jest ona w miejscu, gdzie obecnie mieści się Szpitalny Oddział Ratunkowy), a także Ośrodek Badań Klinicznych. Na całym V piętrze - gdzie obecnie znajdują się kliniki: endokrynologii, reumatologii, urologii i chirurgii - będzie się mieścić administracja szpitala. W ramach umowy Budimex będzie również odpowiadał za alokację klinik, a także będzie musiał wybudować wielopoziomowy parking na ok. 250 aut (ma się znajdować między budynkiem szpitala a ul. Waszyngtona).



fot. Tomasz Dawidziuk

Podpisanie umowy na modernizację starej części szpitala. Z lewej kanclerz UMB Konrad Raczkowski, obok Radosław Górski, dyrektor Budimexu

- Udało się nam zawrzeć umowę na remont tzw. starej części szpitala. Jest ona ostatnim elementem wielkiej modernizacji szpitala klinicznego. W starej części szpitala wyremonto-

po podpisaniu umowy kanclerz UMB Konrad Raczkowski.

Firma Budimex jest doskonale znana uczelni i szpitalowi. To właśnie ona jest głównym wykonawcą nowych budynków szpitala. Gmachy, łącznie z elewacją są gotowe. Obecnie trwają już prace wykończeniowe. Prawdopodobnie jesienią rozpoczną się przeprowadzki pierwszych klinik do nowej części szpitala.

Największym wyzwaniem będą przeprowadzki klinik, tego najbardziej obawia się dyrektor Budimexu Radosław Górski: - Będziemy działali na żywym organizmie. Przecież szpital musi być cały czas czynny. Tak więc trzeba pogodzić z jednej strony jego funkcjonowanie, z drugiej - rozbudowę, przebudowę, remonty i przeprowadzkę. Jeżeli przeprowadzki pójdą sprawnie, to ja o prace budowlane się nie boję - zapewnia.

Choć harmonogram prac zakłada zakończenie inwestycji w sumie wartej 500 mln zł, w 2017 r., to całkiem realny jest termin połowy roku 2016.

*Harmonogram prac zakłada zakończenie inwestycji do 2017 r., ale całkiem realny jest termin połowy roku 2016*

wane zostaną te kliniki, które do tej pory takiego remontu nie przeszły. Na koniec będziemy mieli w całości nowoczesny szpital. Już się nie odróżni starej części od nowej, bo obie będą nowe. Zakładamy, że prace budowlane zakończą się w 2017 roku, ale chcemy rozmawiać z wykonawcą o przyspieszeniu tego terminu - stwierdził też

**Katarzyna Malinowska-Olczyk, bdc**

# Varietas delectat - różnorodność cieszności

Rozpoczynając każdy kolejny rok akademicki zadajemy sobie pytanie, co zrobić, by zdobywanie wiedzy i rozwijanie kompetencji językowych było dla studentów jak najmniej nużące i schematyczne.

I tak co roku wprowadzamy jakiś nowy element przekazu. Choćby w czasie zajęć o aromaterapii salę wykładową wypełniamy zapachem wonnych świec. Traktując zaś łacińskie sentencje jak źródło treści humanistycznych, pamiętamy, że rośliny lecznicze to nie tylko ich nazwy i właściwości, ale również etymologia oraz przeróżne ciekawostki. Związek angielskiego z łaciną jest bardzo ścisły, szczególnie w świecie medycyny i farmacji.

Kolejny pomysł na uatrakcyjnienie zajęć językowych przyszedł nam do głowy podczas otwarcia Euroregionalnego Centrum Farmacji. Zwiedzając budynek ECF zajrzałyśmy do apteki szkoleniowej - to było jak olśnienie. Nowoczesna apteka, laboratoria, magazyn, salki wykładowe - wszystko perfekcyjnie wyposażone - jakby stworzone do naszych zajęć. Bo trzeba dodać, że lektorat języków angielskiego i łacińskiego, to nie tylko gramatyka i leksyka, ale też rozwijanie sprawności rozumienia ze słuchu i zdobywanie profesjonalnej wiedzy językowej na temat leków.

Mając na uwadze, że kształcimy studentów I roku, przygotowaliśmy scenariusz zajęć zaliczeniowych w aptece szkoleniowej, z której mogłyśmy skorzystać dzięki uprzejmości władz Wydziału Farmaceutycznego.

Zajęcia polegały na sprawdzeniu i ocenie poznanych przez studentów struktur językowych dotyczących nazewnictwa grup leków, ich postaci, dróg podania w obu językach. Ponadto oceniony został poziom kompetencji komunikacyjnej zdobytej w języku angielskim na płaszczyźnie farmaceuta - pacjent.

Na pierwszym etapie zaliczenia studenci zaprezentowali informacje dotyczące wybranych przez siebie leków. Uczestniczyli w zainscenizowanych w aptece scenkach. Najważniejszy był dialog, a więc formułowanie pytań i odpowiedzi oraz wiedza na temat opracowanych leków. Umiejętność konstruowania pytań, bardzo istotna w życiu codziennym, była jednym z elementów potwierdzających umiejętności językowe studentów. Innym ważnym komponentem dialogu farmaceuty z pacjentem było poprawne formułowanie nakazów i zakazów. Ten specyficzny dla języka angielskiego aspekt, przekładał się na umiejętność przekazania profesjonalnej informacji w zrozumiałym sposobie. Dotyczyło to m.in. sposobu zażywania leku, interakcji z innymi lekami

i żywnością, sposobu przechowywania, a także przeciwwskazań. Nasze zajęcia były także świetnym sposobem sprawdzenia kolejnej sprawności językowej, jaką jest rozumienie ze słuchu. Autentyzmu dodawał im fakt, że rolę pacjentki odgrywała jedna z nas - anglistka - uosabiająca w dialogu „marudzącego” chorego.

W drugiej części zajęć studenci musieli wykazać się znajomością nomenklatury łacińskiej, która w farmacji nadal ma niebagatelne znaczenie. Już przy pierwszym kontakcie z tematyką dotyczącą recepty, studenci dowiedzieli się np., że każdy lek ma trzy nazwy - łacińską nazwę chemiczną, międzynarodową nazwę potoczną, utworzoną na bazie łaciny, oraz nazwę handlową zastrzeżoną patentem. I tu właśnie mają przewagę osoby znające łacinę medyczną - w wielu wypadkach człon nazwy leku stanowi nazwa anatomiczna organu dotkniętego chorobą lub nazwa choroby.

W bieżącym roku akademickim planujemy kontynuować i rozwijać tę formę zajęć w myśl starożytnej maksymy *varietas delectat* - różnorodność cieszności.

**dr Anna Serwicka-Kapała**

(st. wykładowca języka łacińskiego)

**mgr Urszula Nowogrodzka**

(wykładowca języka angielskiego)

## Spotkanie przy albumie



for: Tomasz Dawidziuk

Od lewej: Tomasz Koronkiewicz, Bogusław Poniatowski, Jerzy Kamiński, Andrzej Gajewski, Czesław Drozd, Jerzy Goszczyński, Bogdan Lewandowski.

Do niezwykłego spotkania doszło pod koniec lutego w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Przy jednym stole zasiadło siedmiu dyrektorów, którzy zarządzali tą placówką przez ostatnie 40 lat.

Spotkali się, by podpisać album wydany z okazji obchodzonego w końcu minionego roku jubileuszu 50-lecia szpitala. W spotkaniu wzięli udział: dr Jerzy Goszczyński (1971-1987), dr Andrzej Gajewski (1988-1994), dr Czesław Drozd (1994-1997), dr Tomasz Koronkiewicz (obecnie zastępca dyr. ds. lecznictwa kierował szpitalem w latach 1998 - 2001, dr Bogdan Lewandowski (2001-2002), dr Jerzy Kamiński (2002-2004). Obowiązki gospodarza czynił dr Bogusław Poniatowski, który zarządza USK od 2004 roku.

km



# Uniwersytet przedszkolaka wystartował

Po raz pierwszy w ławach studenckich Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku zasiadły 20 lutego przedszkolaki. A to za sprawą organizowanego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Zdrowego Przedszkolaka.

Akcja ma na celu uświadomienie małym dzieciom, jak ważna jest higiena i dbanie o zdrowie oraz, jakie nawyki warto sobie przyswoić. Maluchy będą się uczyć, jak współpracować ze sobą, jak zachowywać się w różnych sytuacjach życiowych, jak radzić sobie z agresją i jak szanować pracę innych. Spotkania na uczelni będą też okazją do poznania tajemnic pracy przedstawicieli różnych medycznych zawodów, 20 lutego pielęgniarka, położna, dietetyk czy menedżer zdrowia.

Uroczysta inauguracja roku akademickiego dla maluchów niewiele różniła się od tej dla większych studentów. Rada wydziału – na czele z dziekanem prof. Sławomirem J. Terlikowskim – ubrana była w tradycyjne togi, odegrano „Gaudeamus Igitur”, w auli w której odbyła się uroczystość zgromadzili się znamienici goście, żacy byli w odświętnych strojach, odbyło się wręczenie indeksów i mianowanie na studentów (co prawda nie rektorskim berłem, ale wielkim ołówkiem). Na zachętę prócz zestawu materiałów do nauki, dzieciaki dostały lizaki i wydziałowe gadżety. Furorę zrobiły długopisy w kształcie strzykawki.

- Znaleźliście już strzykawki? Trzeba się ich bać? – pytał z mównicy Andrzej Guzowski (pracownik wydziału), opiekun roku małych studentów.

- Nieee... - odpowiedziały chórem dzieciaki.

- Właśnie. Takimi strzykawkami za tydzień, podczas normalnych zajęć, będziemy robić zastrzyki. Dowiemy się też jak opatrywać rany. A tego wszystkiego będą nas uczyć mądrzy ludzie – opowiadała dalej małym studentom Andrzej Guzowski.

- Nasz pomysł Uniwersytetu Zdrowego Przedszkolaka jest akcją promującą zarówno zdrowe i higieniczne życie, jak i kierunki naszego wydziału – stwierdziła w rozmowie z Medykiem prof. Elżbieta Krajewska-Kuśak, prodziekan ds. studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu.



foto: Tomasz Dawidziuk

Pierwsza edycja uniwersytetu przedszkolaka to eksperyment. Jeżeli się powiedzie, od października uczyć się będzie więcej maluchów.

Z drugiej zaś strony nauczanie małych dzieci prawidłowych zachowań zdrowotnych będzie procentować. - Wokół najmłodszych bardzo często toczy się życie rodzinne i poprzez zainteresowa-

ciekliwości poznawczej i ich wyścigu po wiedzę.

Dla pracowników wydziału praca z przedszkolakami to duże wyzwanie. Okazuje się bowiem, że dużo łatwiej zdyscyplinować dorosłego studenta, niż tego małego.

Na razie naukę rozpocznie 30 maluchów (część jest z przedszkola nr 20, część to pociechy pracowników UMB). Będą się spotykały w 15-osobowych grupach co dwa tygodnie, a zajęcia zakończą w czerwcu. Jeżeli pomysł się spodoba, a także będzie widać efekty zajęć – od października wystartuje kolejna edycja Uniwersytetu Zdrowego Przedszkolaka. Tym razem skierowana już do szerszej grupy dzieci.

Podczas trwającej jeden semestr nauki mali studenci będą musieli poznać wiedzę z 12 modułów, m.in. „Tajemnice muzeum medycznego”, „Uwierz w siebie”, „Nie taki zastrzyk straszny”, „Rodzi się życie”, „Uczymy się pomagać”, „Ruch to zdrowie”, „Zdjęcie nie tylko u fotografa”, „Wiem, co jem”, „Logopedia na wesoło”, „Młody menedżer ochrony zdrowia”, „Młody odkrywca”, „Przyszły naukowiec”.

---

*Uniwersytet Zdrowego  
Przedszkolaka jest akcją  
promującą zdrowe  
i higieniczne życie*

---

nie właśnie tej grupy wiekowej chcemy zainteresować też starszych członków rodzin - dodaje pani dziekan.

Podobnego zdania jest Lucja Orzechowska, zastępca dyrektora departamentu edukacji białostockiego magistratu: - Dzieci są radością rodziców i nas wszystkich. Ale jedno mogę zagwarantować patrząc na nie: ich do-

**Andrzej Guzowski,  
Wojciech Więcko**

# E-Medyk, F-Medyk, YT-Medyk

**P**remiera obecnego wydania „Medyka Białostockiego” odbyła się równocześnie w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie. Jego e-wydanie pierwsi przeczytali absolwenci UMB mieszkający w Ameryce Północnej

Wraz z początkiem tego roku akademickiego „Medyk” zaczął się gwałtownie zmieniać. Do gazety dołączyliśmy więcej artykułów dotyczących bieżących spraw uczelni, szpitali i miasta. Ale to w papierze. Postanowiliśmy też ożywić „Medyka” w internecie. Dlaczego? Okazało się, że absolwenci naszego Uniwersytetu zamieszkali m.in. w USA, Dani, Wielkiej Brytanii, Niemczech, Białorusi, Szwecji, Australii, Hiszpanii, Irlandii,

Norwegii, Włoszech, Austrii, Holandii, Meksyku, Kanadzie, Malcie, Finlandii, Indonezji, Czechach, Litwie oraz Japonii i poszukują informacji o tym co się dzieje w ich Alma Mater (dane o państwach na podstawie statystyk z portalu YouTube – red).

To właśnie na naszej stronie internetowej ([www.medyk.umb.edu.pl](http://www.medyk.umb.edu.pl)) publikujemy najświeższe informacje dotyczące życia UMB. Przewagą internetu nad papierową gazetą jest fakt, że ma nieograniczoną przestrzeń. Dlatego na naszym www prócz artykułów znaleźć można bogate galerie zdjęć, a także filmy z różnych wydarzeń (wszystkie są na kanale „Medyka” w serwisie YouTube, w wyszukiwarce portalu wystarczy wpi-

sać „medyk białostocki”). Zawsze też na naszej witrynie internetowej znaleźć można będzie najświeższe wydanie gazety (w pdf), a także wszystkie wydania archiwalne.

Ale to jeszcze nie koniec. „Medyk” wkroczył też do Facebooka. Informacja dla miłośników tego portalu społecznościowego: wszelkie redakcyjne artykuły, galerie zdjęć, czy filmy są publikowane w pierwszej kolejności właśnie na FB.

A dlaczego premiera „Medyka” w USA i Kanadzie? To wielki ukłon w stronę naszych absolwentów, których życie rzuciło prawie na drugi koniec świata, a nie zominają skąd się wywodzą. Dziękujemy.

**Wojciech Więcko**

## Doktorzy honoris causa UMB – nowa monografia

**Z**bliżają się ku końcowi prace redakcyjne nad trzecim tomem wydawnictwa z jubileuszowej serii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Poświęcony on będzie osobom uhonorowanym tytułem doktora honoris causa naszej Uczelni. W ponad 60-letniej historii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku ten zaszczytny tytuł otrzymały 42 osoby. W poczet honorowych doktorów zaproszono zarówno naukowców - wybitnych specjalistów z różnych dziedzin nauki, jak również polityków, którzy mieli szczególnie wkład w rozwój białostockiej Alma Mater. Pochodzą Oni z różnych stron świata - od Stanów Zjednoczonych, poprzez Anglię, Francję, Włochy, Niemcy, Polskę, aż po daleką Japonię. W przygotowywanej monografii po raz pierwszy zostanie szczegółowo przedstawiony ceremoniał nadawania tego tytułu i jego przemiany na przestrzeni lat. Poszczególne życiorysy będą opatrzone unikalnymi fotografiami oraz dokumentami. Monografia ukaże się wczesną wiosną.

**Magdalena Grassmann**

## Nasz Uniwersytet promuje się w Wilnie



Stoisko promocyjne UMB na targach edukacyjnych w Wilnie

**W** ramach projektu Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego „READY, STUDY, GO! POLAND”, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku wziął udział w XI Międzynarodowych Targach Studijos 2013 w Wilnie.

7 lutego w Litexpo przedstawiciele Biura Promocji i Rekrutacji, Działu Spraw Studenckich oraz dziekanatu Wydziału Lekarskiego przedstawili ofertę edukacyjną naszej Uczelni (zarówno

w języku polskim jak i angielskim) oraz możliwości skorzystania z wymiany międzynarodowej w ramach programu Erasmus. W tegorocznych targach udział wzięło 190 szkół wyższych z całego świata. Przedstawiciele UMB już wkrótce pojawią się również na wielu spotkaniach edukacyjnych w regionie oraz na Międzynarodowym Salonie Edukacyjnym Perspektywy 2013 w Warszawie.

**Hanna Sarosiek**



# 4 w 1, czyli wspólnie jest lepiej

Trzy największe białostockie uczelnie (Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Politechnika Białostocka i Uniwersytet w Białymstoku) oraz magistrat podpisały list intencyjny o współpracy i działaniu na rzecz promocji Białegostoku jako ośrodka akademickiego

Wszystkim stronom porozumienia przyswieca jeden cel: uczynić z miasta liczący się ośrodek akademicki. Choć każda ze stron od lat stara się robić to na własną rękę, to jednak wszyscy razem mogą zyskać więcej.

- Chcemy promować Białystok jako miasto uniwersyteckie – stwierdził podczas uroczystości prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski. - Wszystkie trzy uczelnie skupiają 75 proc. studentów naszego miasta, ale jeszcze więcej posiadają kadry naukowej i potencjału.

Zdaniem prof. Adama Krętowskiego, prorektora ds. nauki UMB, współpraca największych uczelni jest szansą na rozwój wszystkich. Zwłaszcza, że powstaje Białostocki Park Naukowo-Technolo-



Podpisanie umowy o współpracy. Od lewej prezydent Białegostoku Tadeusz Truskolaski, rektor PB Lech Dzienis, prorektor UMB Adam Krętowski oraz rektor UwB Leopold Eteł.

giczny, który stanie się niejako miejscem spotkań naukowców z białostockich uczelni. Już teraz wiadomo, że w nowej pracowni obrazowania medycznego, która będzie funkcjonować w parku naukowym, pracować ze sobą będą lekarze, inżynierowie z politechniki i fizycy z uniwersytetu.

W ramach współpracy – jak zauważył prof. Krętowski – uczelnie i miasto chcą wspólnie promować i zatrzymywać tutaj najlepszych i najzdolniejszych absolwentów szkół średnich, tak by ci właśnie w Białymstoku mogli się dalej kształcić i rozwijać.

**bdc**

## Zakochaj się w muzeum

Zamiast sztabowego oglądania gablot - lepienie serca z gipsu stomatologicznego albo stworzenie własnej tabletki szczęścia. Muzeum Historii Medycyny i Farmacji zaprasza do odwiedzin.

Końcówka stycznia do połowy lutego to był intensywny okres pracy uczelnianego muzeum. W okresie ferii szkolnych dzieci mogły uczestniczyć w specjalnie przygotowanych zajęciach edukacyjnych: „Moja pierwsza wizyta w Muzeum”, „Magia apteki”, „Z wizytą u stomatologa” oraz „Kamienie do czytania”. Chodziło głównie o to, by maluchy miały okazję poznać historyczne aspekty funkcjonowania różnych dziedzin medycznych (m.in. stomatologii, okulistyki, a także tajniki dawnej apteki), ale też rozwijały swoje prozdrowotne zachowania.

Nowinką w działalności muzeum było zorganizowanie w jej murach obchodów Dnia Babci i Dziadka. Z babciami maluchy odkrywały tajemnice apteki, by w finale spotkania samodzielnie wykonać własną tabletkę szczęścia. Dzień później - w obecności dziadków - dzieci poznawały historię okulistyki, zwiedzały gabinet dawnego okulisty i same tworzyły okulary karnawałowe.

W Walentynki osoby odwiedzające muzeum dowiadywały się, jak działa ludzkie serce, dlaczego św. Walenty jest patronem zakochanych oraz lepiły z gipsu stomatologicznego własne walentynki - serca.

W sumie z oferty muzeum skorzystało ponad 550 osób, głównie dzieci z białostockich przedszkoli, szkół podstawowych i gimnazjów.

**Marta Piszczatowska,**  
Muzeum Historii Medycyny i Farmacji UMB

**bdc**

## Doktorzy habilitowani 2012

Okazało się, że nie z winy redakcji, opublikowaliśmy niepełną listę naukowców, którzy w minionym roku uzyskali stopień doktora habilitowanego. Czyniąc zadość osobom niewymienionym oraz historii, publikujemy pełną listę osób.

### Wydział Lekarski

Alina Kułakowska, Barbara Panasiuk, Maciej Kondrusik, Barbara Kozak, Anna Tomaszuk-Kazberuk, Ewa Sierko, Bożena Mikołuc, Szymon Brzóska, Tomasz Hryszko

### Wydział Nauk o Zdrowiu

Sławomir Dariusz Szajda, Katarzyna Guzińska - Ustymowicz, Anna Lipowicz

### Wydział Farmaceutyczny

Katarzyna Leszczyńska, Wojciech Miltyk, Jolanta Nazaruk, Danuta Drozdowska, Marzanna Cechowska-Pasko.

# Róża z wiatru

**A**ntropologia szeptuch skupiona jest wokół zwalczanych przez nie problemów zdrowotnych. Chcąc rozpatrywać je naukowo, jako antropolog, posługuję się koncepcją choroby ludowej (ang. *folk illness*). To taki kompleks symptomów, który choć nie jest zdefiniowany przez medycynę w postaci jakiegokolwiek jednostki chorobowej (por. ang. *medically unexplained symptoms*, MUS), istnieje w przekonaniach oraz praktyce danej społeczności lokalnej. W środowisku szeptuch rozpoznałam pięć głównych chorób ludowych, z czego największa liczba uzdrowicieli specjalizuje się w leczeniu cierpiących z powodu *róży* oraz *wiatru*.

Wiatr od niepamiętnych czasów przyprowadził człowieka o dreszcze, a przyczyn tego było wiele. Przede wszystkim budził instynktowny niepokój, jako złowrogi zwiastun nadciągającego nowego - czegoś nieznanego, a więc potencjalnie niebezpiecznego. W sposób szczególnie obawiano się niesionej z wiatrem choroby, zarazy, tak zwanego *morowego powietrza*. Ponieważ jednocześnie istniała głęboka wiara w moc raz wypowiedzianych słów, z czasem ukuto znane nam do dziś powiedzenie *nie rzucaj słów na wiatr*. Oznacza to tyle, że obawiano się też niesionej z wiatrem klątwy. Wreszcie wiatr zyskał diabelskie oblicze w formie trąby powietrznej. Nie sposób pominąć tu jeszcze prozaicznego chłodu, jaki po krótkiej chwili przenika ciało nieszczęśnika wystawionego na zimny wiatr. Trzeba dodać, że zgodnie z ludową racjonalnością wszystkie wspomniane elementy mogły być mechanizmem powstawania choroby.

Do dziś w świadomości Podlasiian zachowała się głównie ta ostatnia własność wiatru. Cechuje nas jednak nie spotykana u mieszkańców innych części kraju obawa przed wiatrem i szczególna wrażliwość na przeciąg w pomieszczeniach i pędzących pojazdach. Dlaczego

go *przewiani* nieraz szukamy pomocy właśnie u szeptuch? W przeciwieństwie do lekarzy ci uzdrowiciele ludowi mogą zabezpieczyć chorego przed działaniem złych mocy tradycyjnie łączonych z wiatrem. O tym, jak to robią, opowiem już innym razem.

Szeptuchy, zależnie od używanej gwary, stosują wiele synonimicznych nazw tej *wiatrowej choroby*. Najczęściej spotykałam takie określenia, jak *cug*, *cugowe* i *przewianie* oraz *skwoźniak*, *spryszczenie*, *swędziaczka*, *wiater*, *wiatry*, *wiecier* i *więtrynka*. W pojęciu szeptuch symptomy przewiania obejmują bóle o różnym umiejscowieniu i nasileniu, a z czasem też dotykający zwykle szyi i kończyn charakterystyczny ich zdaniem paraliż, przypominający porażenie nerwu. Opowiadano mi nieraz o objawach tak silnych, że w krótkim czasie prowadziły do śmierci zaniedbanego chorego. Szeptuchy przestrzegają przed takim *zadawnieniem choroby*. Niezwłoczna wizyta u mieszkającego w pobliżu uzdrowiciela ma więc ogromne znaczenie - zwłaszcza, że właściwe rozpoznanie *przewiania* nie jest łatwe. Powód to mnogość odniesień łączących *wiatr* z innymi chorobami. Wyraża się to we wspomnianej wielowymiarowej etiologii, w mnogości nazw odwołujących się do rozmaitych objawów oraz do ich nieswoistości. Szeptuchy rozpoznają chorobę dzięki doświadczeniu pokoleń uzdrowicieli. Jeśli symptomy są niejednoznaczne, zastosują leczenie o charakterze ogólnym. Przynosi choremu ulgę niezależnie od problemu, z jakim się zgłosił.

Właśnie wiatr szeptuchy uważają za jedną z przyczyn chorób skóry, w tym szczególnej odmiany *róży*. *Róża* znana jest tu również pod takimi nazwami, jak *różyczka*, *ohnik*, *roza* i *wysypka*. Nie należy mylić jej z *różą*, łac. *Erysipelas*, ani *różyczką*, łac. *Rubella*. Kojarzona jest z pojawiającą się w różnych miejscach na ciele wysypką, zaczerwienieniem lub zaognieniem skóry, ewentualnie opuchli-

zną. Rzadziej łączona jest z nieogojącymi się ranami o różnym charakterze. Jej pozornie jasne przyczyny, czyli wiatr, woda i przeziębienie, to czynniki mechanizmu chorobotwórczego niezwykle trudnego do wyjaśnienia - zdaniem współczesnych szeptuch.

Choć uzdrowiciele są przekonani, co do istnienia odmian *róży*, w praktyce często pomijają ich rozpoznanie; i kłopotliwe, i zbędne już w chwili leczenia. Choremu łatwiej to odgadnąć, o ile pamięta okoliczności kontaktu z niepokojącym czynnikiem. Cóż jednak z tego, skoro sam wiatr (a podobnie i woda) może kryć w sobie tak wiele różnorodnych niebezpieczeństw. Stąd podział odmian *róży* (przykładowy, nie jedyny), na tę *od wiatru*, *od wody*, *suchą*, *gnojną* i *naslaną*, nie upraszcza rozpoznania choroby, lecz jest świadectwem zawiłości problemu.

Jeszcze przed wojną *róża* była powszechna w całej Polsce. Nawet dziś spotyka się ją w innych częściach kraju. Zależnie od regionu szczególny charakter i inny zestaw odmian znacznie różnicuje rozumienie problemu. Jestem przekonana, że w poglądach dotyczących tego syndromu chorobowego wyraża się coś w rodzaju lokalnej dermatologii ludowej. To z kolei jest ważnym czynnikiem kształtującym świadomość naszego ciała, z którą udajemy się na wizytę do lekarza dermatologa.

Kolejnym tekstem otworzę obszerną, wielowątkową dyskusję na temat kołtuna, raka i stresu oraz dawnych i współczesnych powiązań między nimi. Chodzi o ów kołtun, znany z czasem pod nazwą łac. *Plica polonica*, który od wieków był w środowisku medyków osiłą sporów na temat higieny i zdrowia.

**Małgorzata Anna Charyton**

*Mgr etnologii, doktorantka, Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej UAM*

Zapraszamy do dyskusji, kontakt: charyt@amu.edu.pl



# Uparli się na naukę

*W Stanach dobry nauczyciel, to taki, który potrafi dużo nauczyć i umie zaszczepić pasję do medycyny – o swoich wrażeniach z kilkuletniego pobytu w USA opowiadają Eliza i Krzysztof Pierko z Chicago.*

Z moimi bohaterami, najmłodszymi absolwentami Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, mieszkającymi w Stanach, rozmawiam przez skype'a. Jest niedziela. Są w swoim wynajętym apartamencie, z okien którego widać jezioro Michigan. Oboje uśmiechnięci, zadowoleni. Jak zapewniają szczęśliwi. Do Stanów wyjechali świadomie, w poszukiwaniu lepszego, ciekawszego życia.

- Stany Zjednoczone zawsze mnie fascynowały z różnych powodów i czułem, że tu bardziej będę mógł się rozwijać – przyznaje Krzysztof. – A ja chciałem się uczyć i poszerzać horyzonty. W Polsce lekarze podczas specjalizacji z różnych powodów zmuszeni są do wykonywania „papierkowej roboty”. Tutaj nauka wygląda inaczej. Każdy dzień zaczyna się od „morning report”, gdzie omawiane są przypadki pacjentów przyjętych poprzedniego dnia. To nie tylko dyskusja na temat dolegliwości pacjenta i propozycji, jak go leczyć, ale również nauka logicznego i krytycznego myślenia w oparciu o najnowsza ewidencje medyczne (EBV – „evidence based medicine”). Oprócz tego liczne prelekcje, konferencje z różnych dziedzin medycyny i kluby dyskusyjne („journal clubs”) – przynajmniej dziesięć godzin dodatkowej edukacji tygodniowo.

W Stanach dobry nauczyciel, to ten który dużo może nauczyć i zaszczepić pasję do medycyny. Już od pierwszych dni rezydent jest odpowiedzialny nie tylko za swoją edukację, ale również edukację studentów. W tym akademickim rozwoju pomaga bardzo rozbudowany system ewaluacji. Studenci oceniają rezydentów i adiunkta, rezydenci swoich kolegów, studentów i adiunkta, a adiunkt ocenia wszystkich. Taka ocena odbywa się co miesiąc i jest anonimowa.

- I ci, którzy są dobrymi nauczycielami, dostają za to nagrody – dodaje Krzysztof. - Przez to wszyscy chętnie uczą i dzielą się swoją wiedzą. Tutaj nie ma strachu, że



fot. archiwum prywatne

Krzysztof i Eliza Pierko.

jak dobrze nauczę rezydenta, i ten rezydent będzie lepszy niż ja, to stracę pracę.

Krzysztof w lipcu skończył już specjalizację z chorób wewnętrznych. Jego żona dopiero kończy rezydenturę. Na razie nie planują wracać do Polski, choć nie ukrywają, że ciągnie ich do kraju i każdy dłuższy urlop spędzają w ojczyźnie.

- Mamy nadzieję, że w Polsce też dojdzie do tego, że to pacjent i jego dobro będzie najważniejsze. To będzie czas żeby wrócić – mówi Eliza.

## Wyleczyć albo uśmiercić

Krzysztof Stany poznał dobrze już kilka lat temu – przyjeżdżał tu na każde wakacje do rodziny w Bostonie. Eliza pierwszy raz przyjechała już jako narzeczona Krzysztofa w 2005 roku. Pobrali się na stażu w 2007 roku i wtedy na poważnie zaczęli zastanawiać się nad wyjazdem. Pracowali w szpitalu i uczyli się do egzaminów nostryfikacyjnych. Informacji o tym, jak przygotować się do nich, szukali na forach internetowych. Najbliżej egzamin nostryfikacyjny można było zdać w Wilnie i przystąpili do niego w styczniu 2008 roku. Drugi – sprawdzający wiedzę kliniczną – zdawali w Berlinie. By zdać trzeci i czwarty, musieli pojechać do Stanów. W Filadelfii,

na egzaminie praktycznym musieli zebrać wywiad i zbadać 13 pacjentów. Oceniano ich profesjonalizm, wiedzę kliniczną i znajomość języka. Najtrudniejszy, ostatni dwudniowy egzamin zdawali w Bostonie. Składał się z pytań testowych (łącznie prawie 500) i przypadków klinicznych wybieranych przez komputer.

- To było coś w rodzaju gry komputerowej – opowiada Krzysztof. - Trzeba było zaproponować diagnostykę i leczenie, można było pacjenta wyleczyć lub uśmiercić.

Ogromnym wsparciem okazał się zapoznany przypadkiem naukowiec z Harvardu – prof. Mark Poznanski (dziadkowie jego wyjechali z Białegostoku w latach 20-tych XX wieku). Przy jego pomocy Eliza zaczęła pracę naukową na Harvardzie przy opracowywaniu szczepionki przeciw HIV. W tym czasie Krzysztof robił praktyki obserwacyjne w Massachusetts General Hospital w Bostonie, a jednocześnie przygotowywał się do rozmów kwalifikacyjnych na rezydenturę (postanowili, że on pierwszy zacznie specjalizację, a Eliza dopiero rok później). W grudniu 2008 roku Krzyżowski, od razu po wstępnej rozmowie kwalifikacyjnej do Cook County Hospital w Chicago, zaproponowano rezydenturę, która rozpoczęła się w lipcu 2009 roku.

## Szalone tempo

Początki okazały się bardzo trudne.

- Miałem wiedzę medyczną, ale nie wiedziałem jak ją wdrożyć w życie – wspomina Krzysztof. – Znajomość pod-

Eliza zaczęła swoją rezydenturę rok później w Saint Joseph Hospital w Chicago. Pomimo, że знаła system pracy w amerykańskim szpitalu, początki nie były łatwe.

- Każdy rezydent pierwszego roku

rektorami programu i szefem szpitala jest głosowanie. Krzysiek był najlepszy w ocenie jednych i drugich.

- Jestem „łącznikiem” pomiędzy rezydentami, a szefostwem - tłumaczy Krzysztof. - Jest to pozycja akademicka, ale i administracyjna. Jestem menadżerem, a jednocześnie nauczycielem. Muszę prowadzić konferencje, przygotowywać raporty z najtrudniejszych przypadków, uczyć rezydentów i studentów. Uczestniczę w rekrutacji, prowadzę rozmowy z kandydatami.

Wie już, że od 1 lipca będzie zatrudniony jako lekarz internista w Cook County Hospital, oraz jako nauczyciel akademicki (clinical instructor – odpowiednik adiunkta) na współpracującym ze szpitalem Rush University. Będzie też lekarzem proceduralistą – odpowiedzialnym za wykonywanie różnych zabiegów medycznych: nakłuć opłucnej, otrzewnej, nakłuć łędźwiowych, biopsji czy dojsć centralnych (w Polsce robią to jedynie chirurdzy lub anestezjodolży). W przyszłym roku ma szansę dostać tytuł Associate Professor w Rush University (tytuł profesora nadzwyczajnego).

Elizie do końca rezydentury zostały cztery miesiące. Potem od lipca w MacNeal Hospital rozpocznie podspecjalizację z medycyny sportowej. Czeka ją dodatkowy rok nauki. Przyznaje, że od dziecka uprawiała sport: grała w koszykówkę, biegała, skakała w dal. Ale o medycynie sportowej nigdy nie myślała.

- W Polsce od trzeciego roku studiów działałam w studenckim kole naukowym działającym przy Klinice Hematologii – wspomina. - Jak przyjechałam do Stanów to też myślałam o specjalizacji z hematologii-onkologii. Na pierwszym roku rezydentury pracowałam jako wolontariusz na maratonie w Chicago i to był początek mojej nowej pasji. Medycyna sportowa łączy to, co w medycynie mnie kręci najbardziej: zdrowe odżywianie, psychologia, interna i układ mięśniowo-kostny. Sama też biegam. Przebiegłam już dwa maratony (w Chicago i w Paryżu) i kilka półmaratonów.

## Pomagają Polakom

Oboje przyznają, że wielką satysfakcją w ich pracy sprawia im pomaganie Polonii.

- Będąc na rezydenturze, raz w tygodniu przyjmowałam pacjentów w przychodni i czasem czułem się tak, jakbym



for. archiwum prywatne

Państwo Pierko wraz z prof. Sławomirem Wolczyńskim nad jeziorem Michigan.

ręczników to nie wszystko. Dużo uwagi poświęca się najnowszym trendom medycznym i informacjom pochodzącym z badań i projektów naukowych.

Problemem był też język.

- Okazało się, że pomimo tego, że nauczyliśmy się angielskiego, czym innym była nauka, a czym innym używanie tego języka w codziennym życiu - opowiada. - Musieliśmy się nauczyć medycyny po angielsku, w czym do pewnego stopnia pomogła znajomość łaciny.

Krzysztof pracuje w jednym z najstarszych szpitali w Stanach (pracuje tu też Waldemar Nikliński, bohater jednego z poprzednich odcinków cyklu). Większość rezydentów, to obcokrajowcy, szczególnie dużo osób pochodzi z Indii. Wielu lekarzy jest już po specjalizacjach, które zrobili w swoich ojczystych krajach.

- Poziom ich wiedzy klinicznej i prowadzonych dyskusji, był bardzo wysoki, wręcz deprymujący - przyznaje.

Szokowała też intensywność pracy.

- Były takie miesiące, że jako młodszy rezydent pracowałam około 90- 100 godzin tygodniowo, nie licząc nocnych dyżurów. Zdarzało się, że o północy byłem w domu, a o godzinie 4 rano wstawałem, by na 5 znów iść do szpitala. Kiedyś użyłem krokomierza. Okazało się, że dziennie robiłem około ośmiu kilometrów!

ma pod opieką 8-9 pacjentów, i co czwarty dzień przyjmuje pięciu nowych. Każdego z nich trzeba zobaczyć, zlecić badania, leki i napisać notatkę. – wylicza Eliza. - Każdego dnia trzeba wykonać dziesiątki telefonów. Do tego codziennie są 2-3 godziny zajęć teoretycznych. Na początku trudno mi było wyrobić się w czasie z tym wszystkim. Amerykańscy studenci są bardziej przygotowani praktycznie. Już na trzecim roku studiów dostają pacjentów (jednego albo dwóch) i prowadzą ich „od A do Z”:-

Przyznają, że kilka miesięcy zajęło im wdrożenie w ten system.

- Po jakimś czasie wiedzieliśmy, na co poświęcić więcej czasu, na co mniej, by móc się z tym wszystkim wyrobić – mówią zgodnie.

## Szef rezydentów

Kiedy w czerwcu ub. roku Krzysiek kończył rezydenturę, wygrał konkurs na funkcję szefa rezydentów (Chief Medical Resident - w Polsce nie ma odpowiednika tej pozycji). Na co dzień pod opieką ma 50 rezydentów (a na dyżurach nawet 150).

- Te stanowisko to zaszczyt i wyróżnienie – mówi dumna z męża Eliza. – Kandydatów na to stanowisko zgłaszają zarówno rezydenci jak i adiunkci. Po szeregu rozmów kwalifikacyjnych z dy-



nigdy nie wyjeżdżał z Polski. Połowa moich pacjentów to byli Polacy – opowiada Krzysztof.

Eliza pracuje w półprywatnym szpitalu. Tam Polacy prawie nie trafiają (przez trzy lata było może dwóch polskich pacjentów). Raz w tygodniu pracuje w przychodni, w której przyjmowane są osoby nieubezpieczone. Leczą tam wolontariusze (około 400 lekarzy), którzy do dyspozycji mają leki – dary od firm farmaceutycznych. Jak mówi Eliza to są jej „polskie dni”.

- W każdy czwartek przyjmuje średnio 5-7 polskich pacjentów - opowiada. - Przychodzą i mówią, że u lekarza byli osiem albo dziesięć lat temu, kiedy byli w Polsce. Często nie znają języka, nie mają pracy ani ubezpieczenia. Zgłaszają się z bardzo poważnymi chorobami: zaawansowaną cukrzycą czy rozwiniętym nadciśnieniem. Są szczęśliwi, że mogą w ojczystym języku wytłumaczyć, co im dolega.

Państwo Pierko przyznają, że ostatnio sytuacja Polaków z powodu kryzysu bardzo się pogorszyła.

- Co drugi, trzeci polski pacjent w mojej przychodni ma depresję – mówi Eliza. - Mają ogromny poziom lęku, często z tego powodu, że są nielegalnie, nie znają języka. Boją się ruszyć poza polską dzielnicę. Boją się, że ktoś ich o coś zapyta, i nie zrozumieją. Albo zabłądzą.

- A jak nawet pracują i zarabiają, to wszystkie pieniądze inwestują w Polskę – mówi Krzysztof. - Tam budują domy czy kupują samochody. A w Stanach żyją oszczędzając na wszystkim. Problem w tym, że potem są tak chorzy, że nie mogą już wrócić. Przyznam, że namówiłem kilku starszych Polaków do powrotu do kraju, żeby zdążyli nacieszyć się zyciem.

## Paczki z Polski

Nie ukrywają, że im na początku też było ciężko finansowo. Rezydentura jest traktowana, jako przedłużenie studiów i dalsza nauka. Lekarz robiący specjalizację zarabia około cztery razy mniej, niż młody lekarz na normalnym etacie. Szczególnie ciężki był pierwszy rok, gdy Krzysztof był na rezydenturze, a Eliza zdobywała doświadczenie pracując na wolontariacie.

- Rodzina chciała nam z Polski przysłać jedzenie – wspominają ze śmiechem. -

Ale my i tak mamy dobrze, bo nie mamy długów za szkołę medyczną.

Jak mówią, teraz z dwóch pensji rezydentów są w stanie spokojnie przeżyć. Mają pieniądze by pójść na koncert, festiwal czy kilka razy w miesiącu do restauracji. Nieliczne wolne dni starają się spędzać aktywnie. Latem Krzysiek

Również, jeśli chodzi o poziom kształcenia studentów medycyny z przedmiotów teoretycznych. Problem tkwi w relacjach między ludźmi, brakiem otwartości, a także z pewnymi schematami, które pokutują.

W USA pacjentem opiekuje się zespół składający się z adiunkta,



foto. archiwum prywatne

Krzysztof Pierko (3 z lewej) uważa, że międzynarodowy zespół współpracowników prowadzi do podniesienia poziomu wiedzy.

jeździ rowerem, Eliza biega. Zimą robią wypad w góry, by pojeździć na snowboardzie. Mieszkają w wynajętym apartamencie w centrum Chicago. Na razie nie planują kupować własnego lokum, bo nie wiedzą, jak potoczą się ich dalsze losy.

Jak mówią widzą zarówno dobre jak i złe strony życia w Stanach.

- Firmy ubezpieczeniowe i ubezpieczenie zdrowotne są koszmarem – przyznaje Eliza. - Często zdarza się, że jak ktoś nie ma dobrego ubezpieczenia, to musi zaciągać mega kredyty na leczenie.

Przyznają jednak zgodnie, że łatwiej się żyje w USA. A sytuacja lekarzy jest stabilniejsza i bardziej rozwojowa.

- Taka struktura oddziału, gdzie jest ordynator stojący na czubku piramidy, a potem są wszyscy pod nim, to system hamujący rozwój – uważa Krzysztof. - Tu nie ma ordynatorów. Są szefowie internistów czy specjalistów, ale oni nie mają wpływu na dalszy rozwój poszczególnych lekarzy. Każdy działa indywidualnie, sam decyduje o tym, jak chce się rozwijać i co chce robić ze swoją karierą.

## Otwartość i rozmowa

Podkreślają, że jeśli chodzi o leki czy diagnostykę, Polska nie odstaje od Stanów.

dwóch starszych rezydentów, dwóch młodszych rezydentów i zazwyczaj kilku studentów. Wkład intelektualny i zdanie każdego z członków zespołu jest brany pod uwagę. Jest swoboda wypowiedzi, otwartość i miejsce na dyskusje. Niejednokrotnie słyszy się stwierdzenie z ust adiunkta – „Wow. Dziś nauczyłem się od Was czegoś nowego. Dziękuję.”

Podkreślają jednak, że pod jednym względem mają przewagę nad kolegami w pracy - w Polsce studenci lepiej uczeni są podejścia do pacjenta, a w szczególności do badania fizykalnego.

- Amerykańscy rezydenci nadużywają badań diagnostycznych, nie umieją badać pacjenta fizykalnie. Brakuje im techniki – mówi Eliza.

- Do dziś wspominam prof. Wiktora Łaszewicza z Kliniki Gastroenterologii. – dodaje Krzysztof. - Według mnie jest jednym z najlepszych lekarzy, jeśli chodzi o profesjonalizm, kontakt z pacjentem i badanie fizykalne. Kiedyś na zajęciach powiedział: ”medycyna to sztuka, my jesteśmy artystami i powinniśmy się zachowywać jak artyści”. I ja za jego rada staram się być artystą i uczyć innych tego szlachetnego fachu.

**Katarzyna Malinowska-Olczyk**

# Wspomnienie o Stanisławie Wakulińskim

3 lutego 2013 roku zmarł Stanisław Wakuliński, wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, a jednocześnie nestor podlaskich rzeźbiarzy.

Urodził się 7 stycznia 1923 r. w rodzinie Jana i Marii z Marczuków w Pobikrach k/Siemiatycz. Ojciec był cieślą. W 1932 r. rodzina Wakulińskich przeprowadziła się do Białowieży. Tu Stanisław ukończył szkołę podstawową, a potem uczęszczał do gimnazjum w Hajnówce. Opowieści rodziców o puszczy, zubrach i bezpośrednie spotkania z przyrodą pozostawiły niezatarty ślad w jego pamięci. Już wówczas zaczął rzeźbić szczyrykiem postaci zwierząt w korze. Około 1939 r. Stanisław wykonał pierwsze prace w drewnie. Przedstawiały one puszczańskie zwierzęta: zubry, jelenie i wilki w dynamicznej walce.

W okresie okupacji hitlerowskiej (lata 1940-1944) brał udział w działalności ruchu oporu jako członek ZWZ-AK. Bezpośrednio po zakończeniu wojny został wcielony do Wojska Polskiego.

W latach 1945-1950 uczył się na Wydziale Rzeźby Państwowej Wyższej Szkoły Sztuk Pięknych w Gdańsku z siedzibą w Sopocie. Jego nauczycielami byli m.in. prof. Marcin Wnuk i prof. Stanisław Horno-Popławski. Gdy w 1951 r. przybył do Białegostoku, był jedynym rzeźbiarzem działającym w mieście. Realizował liczne zamówienia na tablice, plakaty i medale. W tym też roku został przyjęty do Związku Polskich Artystów Plastyków.

Pracował w Liceum Sztuk Plastycznych w Białymstoku. Prowadził zajęcia z rzeźby, rysunku i kompozycji. W 1952 r. pan Stanisław objął funkcję plastyka w Zakładzie Anatomii Prawidłowej Człowieka w ówczesnej Akademii Medycznej w Białymstoku. Zakładem kierował prof. Tadeusz Dzierżykray-Rogalski. Pan Stanisław był autorem rysunków do preparatów muzealnych, wykonanych przez asystentów zakładu i studentów. Głównie dzięki niemu powstało Muzeum Anatomiczne, które w czasie III Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anatomicznego w 1954 r. wzbudziło

uznanie uczestników zjazdu. Ponadto Wakuliński wykonał wiele medali i rzeźb na zamówienie władz uczelni oraz mnóstwo pomocy naukowych m.in. gipsowe modele narządów, tablice anatomiczne i wykresy. Tworzył również tablice zamawiane przez fizjologów, chirurgów



i kardiologów. W sumie powstało ich ponad 400.

W latach sześćdziesiątych był kuratorem kilku plenerów dla młodych rzeźbiarzy w Lipsku nad Biebrzą. Dla tego miasta stworzył pomnik oraz kilka wolnostojących rzeźb. Zresztą okolice Lipska, rozlewiska Biebrzy i Czarnej Hańczy głęboko zapadły mu w serce. Malował liczne pejzaże tych miejsc. Są to najczęściej oleje, ale również akwarele, które przedstawiają przyrodę czystą i niezniszczoną przez człowieka.

Rzeźby Wakulińskiego znalazły się w wielu miejscowościach naszego regionu (m.in. w Łapach, Elku, Kolnie, Mońkach, Sejnach, Lipsku, Grabówce, Wysokiem

Mazowieckiem, Płonce Kościelnej, Olszewie). Za to w Białymstoku artyście nie udało się zrealizować żadnego monumentu. Nawet gdy jego projekty zdobywały w konkursach nagrody i wyróżnienia. Artysta wygrał m.in. konkurs na pomnik Bohaterów Ziemi Białostockiej, jednak splot wydarzeń spowodował, że nie doszło do realizacji tego założenia. Więcej szczęścia miał jego syn Jan, którego pomnik marszałka Józefa Piłsudskiego mogą podziwiać białostoczanie w centrum miasta.

W latach siedemdziesiątych Stanisław Wakuliński zaprojektował i wykonał ołtarz główny, a także ołtarze boczne, konfesjonały, chrzcielnicę oraz zyrandole do kościoła Najświętszego Serca Jezusa przy ul. Traugutta w Białymstoku. Jego dziełem są ołtarze główne w kościołach: św. Jadwigi Śląskiej w Łojach, św. Stanisława w Białaszewie oraz w kościele w Braniewie.

W latach dziewięćdziesiątych artysta zaprojektował i wykonał ołtarz główny, chrzcielnicę, konfesjonały i świeczniki do kościoła garnizonowego w Augustowie oraz wystrój wnętrza kaplicy Sybiraków przy kościele p.w. Ducha Świętego w Białymstoku. Zrealizował także inne rzeźby o charakterze sakralnym w innych białostockich świątyniach: w kościele Św. Kazimierza - figury Jana Pawła II oraz Chrystusa Błogosławionego, do kościoła Najświętszego Serca Chrystusa - pomnik Papieża Polaka.

Na emeryturę przeszedł w 1993 r. W UMB przepracował 41 lat. Był człowiekiem bardzo pracowitym, większość wolnego czasu spędzał w pracowni, wciąż tworząc.

W przygotowaniu wspomnienia wykorzystałem folder „Rzeźba Stanisława Wakulińskiego” Izabeli Suchockiej.

**Mieczysław Sopek**

*Dr n med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka UMB*



# W pracowni mistrza

Jak to jest poznawać historię u źródła? Ale nie takich w archiwach, tylko w pamięci świadków? Z pewnością nie jest to rzecz dostępna na co dzień i warto jej poświęcić nieco zachodu.

Na jednym z ostatnich wernisaży w bibliotece UMB nadarzyła się okazja do porozmawiania z jednym z najstarszych pracowników obecnego Uniwersytetu Medycznego, Stanisławem Wakulińskim. Rzeźbiarzem i autorem setek plansz dydaktycznych, na których szkolono kolejne pokolenia studentów. Na wystawie w połowie grudnia zeszłego roku – co niektórych zdziwiło – pokazał swoje obrazy. Artysta przyznał, że malowanie było dla niego czymś w rodzaju odskoczni, sposobem na odprężenie i odzyskiwanie sił po tygodniach spędzonych na formowaniu pomników, czy tworzeniu pomocy dydaktycznych. Po krótkim zapoznaniu dostałem zaproszenie do jego pracowni na następną dzień. Zapowiadała się ciekawa rozmowa.

## Z daleka od poklasku

Między blokami, w jednym z zaułków przy ulicy Proletariackiej w Białymstoku, znajduje się niepozorny budynek. Ściany, obłożone cegłą klinkierową, kryją sklep, lokale użytkowe i pracownię artysty. Tam mieści się na tyłach, skromnie ulokowana poza zasięgiem wzroku przypadkowych przechodniów i, jak sam mistrz mówił, z dala od rozgłosu.

Przywitał mnie w drzwiach. Powiedział, że jeśli zdecyduję się odwiedzić go częściej, to nauczę się odczepiać łańcuch i wchodzić bez pukania. Na zewnątrz było jedenaście stopni mrozu, a my weszliśmy do ciepłej hali, wysokiej na pięć metrów. Niemal w całości zagospodarowano ją stołami roboczymi. I półki. Dużo półek. Znajdujące się u góry, naprzeciwko okien, zastawione były gipsowymi popiersiami i odlewami z brązu. Gipsowe maski wisiały wszędzie, na ścianach, na kolumnach podpierających stryszek. Niektóre z nich ustawiono rzędami na mniejszych półkach. Tuż za wejściem, w stropie skonstruowano kłapę, przez którą miały wystawać górne części tworzonych tu rzeźb. Tak było znacznie łatwiej. Zamiast budować piętrowe rusztowania, wystarczyło wejść na górę, by spokojnie dopieszczać detale.



fort. Tomasz Dawidziuk

Stanisław Wakuliński w swojej pracowni.

## Czas zrobił swoje

Mistrz poruszał się z trudem, pomagając sobie laską. Dziewięćdziesiąt lat to kawał czasu. A mimo tego ciągle aktywny, chce wychodzić i rozmawiać, poznawać ludzi.

– Wybacz pan, że usiądę – mówiąc to, opadł na wytarty fotel z widokiem na całą pracownię. – Mam już swoje lata i, jak to wy młodzi mówicie, jestem już trochę zmulony. Ale atmosfera tego miejsca sprzyja dyskusjom. Rozmowa pozwala zachować umysł w dobrym stanie. Lekarz powinien wiedzieć to najlepiej.

Uśmiechnąłem się i rozłożyłem aparat fotograficzny we wskazanym miejscu. Na stole położyłem dyktafon, tak żeby nie przeszkadzał. Zewsząd patrzyły na nas gipsowe twarze, niektóre przedstawiały ludzi, którzy odeszli dawno temu. Ciszę przerywało tylko tykanie zegara. Sfatygowane narzędzia odpoczywały w specjalnie przygotowanych uchwytach. Niektóre zdążyła pokryć warstewka kurzu, inne wyglądały jak odłożone przed chwilą.

Zapytawszy o pozwolenie, zacząłem chodzić po pracowni z aparatem. Niemal natychmiast rzuciła się w oczy spora kolekcja płócien, ustawionych w karnym rzędzie przy nogach sztalugi. A jednak to prawda. W ramach odskoczni powstawały kolejne obrazy, eksperymenty z paletami barw i światłocieniem.

– Czas zrobił swoje – powiedział. – Czytałem kiedyś w prasie, że jeden z Gruzinów dociągnął 150 lat. Ale nie ma pewności, czy nie zapomniał swojej daty urodzenia. Setka to chyba maksimum, powyżej nie ma już nic. Tak mi się przynajmniej wydaje.

## Trudne początki

Rozmowę rozpoczęliśmy od wspomnienia Zjazdu Anatomów Polskich w Białymstoku, organizowania na tę okazję muzeum anatomicznego i projektowania plansz dydaktycznych. Osobą odpowiedzialną za przygotowanie był dr Omulecki, wspomniany przez Wakulińskiego jako znakomity anatom. To on zaproponował mu pracę w Akademii Medycznej.

Z dnia na dzień, Wakuliński podjął decyzję o dodatkowym etacie, po godzinach pracy w liceum, gdzie był nauczycielem. Dzień mistrza od tamtej pory zaczynał się przed pierwszym dzwonkiem, potem była przerwa na obiad i od czternastej kolejna zmiana, tym razem „na anatomii”.

Oprócz muzeum były też inne problemy. Epidiaskopy, zastąpione obecnie rzutnikami multimedialnymi, okazały się mizerną namiastką pomocy, a rzucały na ścianę obraz stawał się niewidoczny dla osób w dalszych rzędach. Pojawiła się potrzeba stworzenia tablic anatomicznych dla studentów. Później, takie tablice były zamawiane nie tylko przez Zakład Anatomii Prawidłowej, ale również przez chirurgów, kardiologów, fizjologów... Jedną powstawała przez kilka dni, a mistrz stworzył ich grubo ponad czterysta.

– Wszystko musiało mieć sens – wspominał. – Każda kreska, przypisy, odpowiednio dobierane kolory. Zakład Anatomii potrzebował muzeum, które stało się z czasem jego wizytówką. Doktor Omulecki, który był wówczas adiunktem, zorganizował wszystko znakomicie. Zgromadził wokół siebie grupę zapaleńców, część z nich wykonywała preparaty mokre,

cd. ze str. 25 →

a tacy jak my zajmowali się preparatami kostnymi. Potrzeba było wszystkiego, począwszy od gablot, na planszach z rysunkami skończywszy. Była to wielka praca. Czasem przychodziło nam nawet nocować w Zakładzie. Ale zdążyliśmy ze wszystkim na Zjazd, wrażenie z pewnością pozostało.

Było to ponad pięćdziesiąt lat temu. Mimo upływu lat, obecny szef Zakładu Anatomii Prawidłowej UMB, prof. Janusz Dzieciol, nie zapomniał o tamtej pracy, ani o mistrzu Wakulińskim. Czasami odwiedzał go w pracowni, a ekspozycja plansz dydaktycznych i gipsowych popiersi pracowników Zakładu jego autorstwa były w tym roku ozdobami wystawy, zorganizowanej z okazji Nocy Muzeów.

### Życzenia na przyszłość

– Teraz jest zupełnie inaczej – powiedział Wakuliński, kiedy zapytałem, czy mogę obejrzeć złożone przy sztaludze obrazy. – Kiedyś trzeba było wybrać się w teren, wziąć kartonik, akwarelkę, zrobić szkice. Zobaczyć krajobraz własnymi oczami, a nie tylko zapisać odwzorowanie.

Wyjął jedno z płócien, przedstawiające pola uprawne późną jesienią. Porę roku zdradzały kolory.

– Takich kop już nigdzie nie ma – westchnął. – Po prostu już ich nie układają. Jeżeli pan chce posłuchać o historii to proszę się pospieszyć. Nie wiadomo, kiedy wezwą mnie na górę – z uśmiechem wskazał sufit.

Życzenia na przyszłość? Głupie pytanie. Chociaż w tej sytuacji o dziwo okazało się trafne. Ocalić od zapomnienia. Spisać, przededagować zbiór wspomnień, od wojny przez okupację, zmiany ustrojowe, pracę na Akademii, tworzenie pomników, i plansz. Na emeryturze skończywszy. W międzyczasie spróbować znaleźć rzeźby, które rozeszły się po świecie. Nawet w Chicago mają ich kilka. I żeby ktoś przychodził od czasu do czasu porozmawiać, bo to nie pozwala zapomnieć, umrzeć za życia. A mistrz? Mistrz twierdzi, że nie jest ważny i że to wcale nie jemu należą się dowody uznania. Liczą się prace, które po nim pozostaną.

Wyszedłem z pracowni po niecałej godzinie. Czas naglił, na powrót przybiegając swój naturalny bieg i wyrwał z zastanowienia. Siarczasty mróz znów szczyptał w policzki, a u kresu drogi czekał ten sam, co pięćdziesiąt lat temu pałac. Tylko ludzie się zmienili. Historia pozostała na swoim miejscu.

**Tomasz Dawidziuk**

# Lekarze białostoccy w okresach: międzywojennym i powojennym

## Stanisław Gajewski (1913-1983)

Urodził się 22 kwietnia 1913 r. w Warszawie w rodzinie robotniczej. Jego ojciec był pracownikiem kolejowym, matka zajmowała się wychowywaniem trojga dzieci. Brat Stanisława został inżynierem, a siostra - nauczycielką.

Liceum ogólnokształcące ukończył w Warszawie. Tu również w latach 1932-38 studiował na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego. W 1938 r. podjął pierwszą pracę jako lekarz w stołecznym Szpitalu Dzieciątka Jezus. W czasie okupacji hitlerowskiej - w latach 1940-1942 - pracował w Ośrodku Zdrowia w Radzyminie, a następnie w Ostrowi Mazowieckiej. Tu dostał ostrzeżenie, że ma być aresztowany przez gestapo za współpracę z ruchem oporu. Powrócił więc do Warszawy, gdzie ukrywał się, pracując dorywczo na Oddziale Gruźliczym Szpitala Dzieciątka Jezus. W obawie przed aresztowaniem uciekł do Białegostoku, zatrudniając się w Miejskiej Przychodni Przeciwgruźliczej.

Pracy w naszym mieście miał dużo, gdyż poza pacjentami chorymi na gruźlicę, w placówce dokonywano też prześwietleń klatki piersiowej osób, które były wywożone do Niemiec na roboty przymusowe. A to dlatego, że okupanci panicznie wręcz bali się gruźlicy. Kiedy w końcu lipca 1944 r. ofensywa wojenna dotarła do Białegostoku, dr Gajewski wraz z personelem ratował przychodnię przez spalaniem, a sprzęt medyczny ukrył przed wywiezieniem.

### Wojna wypowiedziana gruźlicy

Bezpośrednio po wojnie podjął pracę jako kierownik Miejskiej Przychodni Przeciwgruźliczej w Białymstoku. Dzięki wielkiemu zaangażowaniu i pracowitości dr Gajewskiego oraz poparciu ówczesnego wojewody - i też lekarza - dr Jerzego



Sztachelskiego, zakupiono aparat rtg dla Przychodni Przeciwgruźliczej i Poradni Międzyszkolnej. Odremontowano też przy ul. Mickiewicza 2 budynek po dawnym szpitalu niemieckim i utworzono w nim 50-łóżkowy Oddział Szpitalny Przeciwgruźliczy.

Dr Gajewski włączył się w pracę Duńskiego Czerwonego Krzyża, w którym przeprowadza się masowe badania tuberkulinowe i szczepienia przeciwgruźlicze. Dzięki jego talentowi i dalekowzroczności, w oparciu o Miejską Przychodnię Przeciwgruźliczą, w 1949 r. na mocy decyzji ministra zdrowia powstała Centralna Wojewódzka Przychodnia Przeciwgruźlicza w Białymstoku. Gajewski został jej dyrektorem. Zadania placówki były bardzo rozległe. Obejmowały zarówno badania i leczenie dorosłych oraz dzieci, kierowanie do szpitali i sanatoriów, przydział leków, szczepienia przeciwgruźlicze, ale też szerzenie oświaty zdrowotnej, przez całokształt organizacji i nadzoru walki z gruźlicą. Dlatego też powstały terenowe poradnie przeciwgruźlicze w Augustowie, Hajnówce, Łomży i Ełku.

W 1949 r. Poradnia Przeciwgruźlicza i Oddział Szpitalny Przeciwgruźliczy została przeniesiona do Szpitala Zakaźnego przy ul. Sosnowej 5/7. Warunki



pracy znacznie się pogorszyły, ponieważ jeszcze odczuwało się skutki zniszczeń wojennych.

## List do Bieruta

Wraz z powstaniem Akademii Medycznej w Białymstoku, dr Gajewski liczył, że wkrótce zwiększy się kadra lekarska pracująca w pionie ftызjatrycznym. Nie mylił się. Wraz z pierwszym rektorem AMB prof. Tadeuszem Kielanowskim - specjalista ftызjatra - przyjechali jego współpracownicy: dr Stanisław Brokman, Biruta Fąfrowicz, Stanisława Banikowska. Zostali oni tymczasowo zatrudnieni na Oddziale Przeciwgruźliczym Szpitala Zakaźnego przy ul. Sosnowej.

Ciężkie warunki pracy Centralnej Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej skłoniły dr Gajewskiego do starań o nowy lokal. Jednak wszystkie proponowane obiekty nie były odpowiednie. Sugerowano nawet przeniesienie przychodni poza Białystok. W 1952 r., traktując to jako ostateczność, dr Gajewski postanowił wystąpić z pismem do prezydenta Rzeczypospolitej Bolesława Bieruta. Odpowiedzią była decyzja ministra zdrowia o budowie nowej siedziby Wojewódzkiej Przychodni Przeciwgruźliczej.

Jesienią 1956 r. służba zdrowia została zaalarmowana dużą liczbą przypadków duru brzuszego. Potrzebą chwili stało się natychmiastowe zwiększenie ilości łóżek szpitalnych. Tak się złożyło, że zwolnił się budynek przy ul. Lenina 5 (obecna Branickiego). Tam na czas epidemii postanowiono umieścić Oddział Gruźlicy Płuc i Gruźlicy Kostno-Stawowej wraz z Centralną Przychodnią Przeciwgruźliczą. Dr Gajewski cieszył się, że udało się wreszcie z dotychczasowych fatalnych warunków przenieść do lepszych. Jednocześnie z ogromnym zainteresowaniem śledził postęp robót na budowie nowego gmachu. Jak na owe czasy postępowały dość szybko. Nową placówkę oddano do użytku w 1960 r. Znalazły się tam wszystkie agendy i 50-łóżkowy szpital wraz z laboratorium.

Dr Gajewski wraz z dr Barbarą Osiną zorganizował 10 poradni przeciwgruźliczych, m.in. w Sejnach, Olecku, Gołdapi, Zambrowie, Siemiatyczach i Dąbrowie Białostockiej. Przekonali oni władze powiatowe o potrzebie tworzenia poradni przeciwgruźliczych. Zresztą to pod kierownictwem dr Gajewskiego wyspecjalizowała się większość lekarzy w pionie walki z gruźlicą w regionie.



Dzień Służby Zdrowia – lata osiemdziesiąte. Dr Gajewski pierwszy z prawej

Nieprzerwanie od 1958 r. do 1976 r. wyróżniał się pracą i zaangażowaniem w Społecznym Komitecie do Walki z Gruźlicą. W imieniu tej instytucji występował do różnych organizacji i instytutów o dotacje, i w ten sposób zbierał fundusze na walkę z gruźlicą. Należy wspomnieć, że oprócz wymienionych działań, zorganizował w 1951 r. Prewentorium dla dzieci w Choroszczy, a po kilku latach uruchomił Prewentorium w Bacikach koło Siemiatycz.

Przez cały okres swojej pracy kształcił innych, nie zapominając o poszerzeniu własnej wiedzy. W czerwcu 1970 r. uzyskał stopień doktora medycyny na podstawie pracy: „Wpływ promieni jonizujących na dystrybucję kwasu izonikotynowego (INH) w ustrojach świnki morskiej” (promotor prof. Andrzej Danysz).

Do 1973 r. pełnił funkcję dyrektora Specjalistycznego Przeciwgruźliczego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Białymstoku, a następnie pracując jako ordynator oddziału szpitalnego w tej jednostce. W kwietniu 1976 r. - po 40 latach pracy - przeszedł na emeryturę.

Przez cały okres pracy zawodowej dr Gajewski brał czynny udział w pracach społecznych. W 1945 r. był współzałożycielem Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Białymstoku i przez dłuższy czas nim kierował. Współpracował z Towarzystwem Przyjaciół Dzieci, z Polskim Czerwonym Krzyżem, czynnie działał w Wojewódzkim Komitecie do Walki z Gruźlicą. Został uhonorowany wieloma odznaczeniami, m.in.: „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”, „Zasłużony Białostoczczyźnie”, „Złotym Krzyżem

Zasługi”, „Krzyżem Kawalerskim Polonia Restituta”. Postać dr Gajewskiego łączy się nierozzerwanie z akcją walki z gruźlicą w naszym województwie. Zaczął pracę w służbie przeciwgruźliczej w 1943 r., kiedy na Białostoczczyźnie nie było poradni przeciwgruźliczych, aparatury, specjalistów, gdy gruźlica stanowiła problem, jako choroba społeczna. Stał wówczas na czele tych osób, które organizowały służbę przeciwgruźliczą od podstaw. Nie ustawał w pracy mającej jeden cel - zlikwidowanie gruźlicy. To dzięki jego staraniom w 1970 r. dziesięciokrotnie zmniejszyła się liczba zachorowań na gruźlicę wśród dzieci i dorosłych.

Prof. Tadeusz Kielanowski wspominał, że kiedy przyjechał do Białegostoku organizować Akademię Medyczną i miał wątpliwości, czy mu się to uda, dr Gajewski powiedział mu wprost: „będzie akademia - musi być”. M.in. także dlatego dr Gajewski znalazł się wśród doradców rektora.

Stanisław Gajewski zmarł 28 stycznia 1983 r. Pochowany został na Cmentarzu Miejskim.

25 kwietnia 1998 r. w Szpitalu Przeciwgruźliczym w Białymstoku przy ul. Warszawskiej 15, dokonano odsłonięcia tablicy pamiątkowej poświęconej Stanisławowi Gajewskiemu, pionierowi w walce z gruźlicą na ziemi białostockiej.

## Mieczysław Sopak

*Dr n. med., były wieloletni pracownik Zakładu Anatomii Prawidłowej Człowieka UMB*

## Dr Urszula Olańska-Wagilewicz

*Były wieloletni współpracownik dr Stanisława Gajewskiego*

# Obozy i szpitale powstańcze

S koro, jak Polska długa i szeroka, obchodzimy 150. rocznicę wybuchu powstania styczniowego, to chciałbym także poświęcić kolejny odcinek naszego cyklu wydarzeniom 1863 roku.

Niestety, nie udało się wówczas wyzwolić żadnego większego miasta, tylko na krótko do miasteczek i wiosek wkraçały partie powstańcze. Natomiast w lasach, na obszarach trudno dostępnych, zakładano obozy, ćwiczono się w nich, czekano na ochotników, leczono rany po stoczonych bitwach i potyczkach. To były powstańcze miejsca kwaterowania.

## W Puszczy Knyszyńskiej

Powstańcy sokólski na pierwszą swą koncentrację wybrali ostoję leśną „Starynka” w okolicach wsi Talkowszczyzna - Lipowy Most. Tu zbudowali szałas, w czym pomogli okoliczni mieszkańcy. Dowodził absolwent petersburskiego Instytutu Leśnictwa i Miernictwa, cho-

*W razie braku podstawowego wyposażenia stosowano przy operacji noże kuchenne oraz deski i kije do unieruchamiania kończyn. Wódka służyła jako środek znieczulający i odkażający*

raży rezerwy Walery Wróblewski. On to w uzgodnieniu ze świeżo przybyłym naczelnikiem wojennym województwa grodzieńskiego płk. Onufrym Duchyńskim (Duchyńskim), wyznaczył na dzień 24 kwietnia koncentrację ochotników



**ADAM  
CZESŁAW DOBRÓŃSKI**

z całego regionu. Dodajmy, że według nomenklatury przyjętej przez Rząd Narodowy, wspomniane województwo obejmowało poza Grodnem i Białymstokiem także: Bielsk Podlaski, Brześć Litewski, Sokółkę i Wołkowysk. Na zachodzie graniczyło z należącymi do Królestwa Polskiego województwami: augustowskim (tu Łomża i Suwałki) oraz podlaskim (z Siedlcami i Białą), które sięgało tylko do rzeki Bug. Powstanie w Królestwie Polskim wybuchło 22 stycznia 1863 roku, natomiast Litwa (b. Wielkie Księstwo Litewskie) przystąpiła do walk dopiero w kwietniu.

Pierwsza bitwa białostockich, bielskich, sokólskich i świstockich powstańców skończyła się przegraną w dniu 29 kwietnia w ostoi Komotowszczyzna, nieopodal wzgórza Pierieciosy, koło wsi Waliły. Rozproszone partie ostatecznie zebrały się ponownie w uroczysku leśnym „Budzisk”, 4 km od wsi Straż położonej na szosie Białystok - Sokółka - Grodno. Były tu i bagna, porośnięte łożami oraz karłowatymi brzoźami. Szałas zbudowano na wyniosłości, do której także dziś trudno trafić. A stoi tam wysoki krzyż poświęcony przez bpa połowego ks. Sławoja Leszka Głodzia. Pamiętam tę uroczystość, poszum świerków, głoś trąbki.

Białostocki nauczyciel gimnazjalny i powstaniec Ignacy Aramowicz odnotował przez 150 laty: „...Wszędzie po lesie stoją szałas w rzędy z dachami ułożonymi z kory opuszczonymi do ziemi, a bokami wyplecionymi z jedliny. A przed szałasami ogniska i ponad nimi wiszą kociołki, z których, po zagotowaniu jemy kaszę łyżkami z odpowiednio wyciętej i wygiętej kory. A w bok od szałasów mamy wozy i arsenał, i kuźnię, i rymarzy, i nieco dalej mamy gotowe dla ukrycia rzeczy, których byśmy nie mogli unieść”. Bywały i dni trudne, zimne, głodne. „Pożywieniem, jeżeli w ogóle dostawaliśmy je, była najczęściej wódka, słonina i chleb”. Przez 17 dni szykowano się do dalszych walk i 1 czerwca oddział ruszył przez Sokołkę, Piłatowszczyznę i Mostowlany do Jałówki, gdzie podczas mszy ksiądz proboszcz pobłogosławił „leśnych” na dalszą drogę.



for. NAC

Lata 30. Powstańcy kombatancki byli zapraszani na najważniejsze uroczystości państwowe.



## W Puszczy Augustowskiej

Rozmachu działaniom powstańczym na ziemiach znajdujących się na północ od doliny Biebrzy, w województwie augustowskim, dodał płk Konstanty Ramotowski „Wawer”. Pseudonim jego świadczył o pięknej karcie bojowej w wojnie polsko-rosyjskiej 1831 roku, co potwierdzał też otrzymany wówczas Krzyż Orderu Virtuti Militari. W końcu marca 1831 roku pociągnął „Wawer”, lat już 51 liczący, z Łomżyńskiego ku Suchowoli, a następnie zaszył się w uroczysku „Kozi Rynek”, obecnie rezerwacie w nadleśnictwie Balinka. Było tu także wzgórze otoczone bagnami, z jedną ścieżką wiodącą na suchy grunt. W niebo strzelały świerki, splątane krzewy i wysokie paprocie dawały poczucie bezpieczeństwa, gęste poszycie wyciszało kroki. Dokuczały komary, nocą słychać było żerującą zwierzynę. Z okresu walk 1863 roku w Puszczy Augustowskiej pochodzi i dobrze upamiętnione obozowisko „Powstańce”, do którego można dojechać (lepiej dojść) z Przewięzi. Nad brzegiem rzeczki leśnej zbudowano tu kuźnię.

Antoni Dąbrowski „Zajac” opisał swe wspomnienia puszczańskie z 1944 roku. Jego oddział Armii Krajowej przemierzał ostępy puszczańskie kierując się na „Kozi Rynek”. Dowódca zauważył, że 60-letni Józef Krysiuk „Dziadek” i jego syn „Sosenka II” zrywają kwiatki leśne. Padło pytanie o przyczynę i wtedy kpr. Władysław Kurpiowski „Jałowiec” powiedział: „Będziemy przechodzić przez uroczysko Trzech Krzyży”. I rzeczywiście pokazały się wkrótce trzy drewniane krzyże na grobach powstańców styczniowych. Znalaziono nawet podkowy wrosłe w drzewa, spełniające rolę „koniowiążów”.

## W Puszczy Kurpiowskiej i Białowieskiej

Tradycyjnie już kolejne powstanie narodowe wsparli Kurpie. Do oddziału Karola Brandta wstąpił Konstanty Borowski, późniejszy autor pamiętnika. Obóz rozbito niedaleko pogranicznej wówczas wsi Wincenta. Kilkanaście szałasów i do tego namioty, bo noce stały się już ciepłe. „Byli w oddziale i felczerzy, co niesli pomoc chorym, a w czasie bitwy rannym opatrunek. Porządek w oddziale panował wzorowy. Każdodziennie rano, skoro świt, grano pobudkę. Gdy tony trąbki rozległy

się w obozie, wiara stawała w szeregi, a że śpiąc nie rozstawano się z bronią, stawiano takową na chwilę w kozły, umywano się, szeptano ranne pacierze i stawano w apelu. Zaraz po apelu szedł oddział przed namiot

partii płk. Władysława Cichorskiego „Zameczka”. Benedyktowicz po pewnym czasie znalazł się w oddziale „celnych strzelców” Władysława Wilkoszewskiego „Wiriona”. 14 marca odniósł bardzo cięż-



Lata 30. Choć powstanie styczniowe nie było sukcesem militarnym, jego uczestników w kraju bardzo poważano.

z ołtarzem polowym, żołnierze każdego rodzaju broni stawali szeregami przed ołtarzem...” Potem było śniadanie, produkty przynosili ludzie z wiosek i przywożono je wozami z dworu. Dzień wypełniały ćwiczenia i patrole, kosynierzy codziennie ostrzyli i polerowali swe kosy. Tę sielankę przerwały wieści o zbliżających się rotach piechoty carskiej i sotni kozackiej.

Puszcza Białowieska nie stała się macecznikiem powstańczym na podobieństwo lat 1830-1831. Schroniła się w niej jednak część partii biorących udział w największej bitwie w naszym regionie, czyli w walkach o Siemiatycze (6-7 II 1863 r.). Dłużej w puszczy pozostał wspomniany już oddział O. Duchinińskiego i W. Wróblewskiego, który wymykał się oblacom wojsk carskich i dopisał do swej historii bojowej kilka potyczek. Piotr Bajko przywołał postać strzelca Smoktunowicza, ten zastrzelił żubra dla powstańców i z tego powodu został zesłany na Syberię (jego prawnuk zasłynął jako aktor rosyjski).

## Przypadek szczególny z Puszczy Białej

Ludomir Benedyktowicz (1844-1926) w 1861 roku rozpoczął studia w Instytucie Leśnym w Feliksowie koło Broku nad Bugiem. Po wybuchu powstania 79 tamtejszych studentów wstąpiło do

kie rany, stracił lewą rękę i dłoń prawej ręki. Z pomocą miejscowej dziedziczki opatrzone go i przewieziono na plebanię w Ostrowi Mazowieckiej, gdzie znajdował się szpitalik urządzony przez wikarego ks. Floriana Jastrzębowski. Przeprowadzono operację, a następnie okaleczonego powstańca wywieziono z Ostrowi rozpuszczając jednocześnie wieści o jego śmierci i pogrzebaniu. L. Benedyktowicz przeczekał okres najsilniejszych represji, zaprojektował metalową obrączkę z kabłąkiem na przedramię ocalałej ręki, podjął studia malarskie w Warszawie u Wojciecha Gersona, od 1868 roku uczęszczał przez cztery lata na monachijską Akademię Sztuk Pięknych, a w kraju jeszcze przez rok pozostawał pod opieką mistrza Jana Matejki. Pozostawił po sobie piękną kolekcję obrazów, zwłaszcza widoków puszczańskich. Ocalał dzięki ofiarności i umiejętnościom lekarzy.

## Powstańcza służba zdrowia

Rząd Narodowy poprosił zaufanych lekarzy o opracowanie ustawy o służbie zdrowia. Nad całością spraw czuwać miała Komisja Lekarska, ustanowiono etaty lekarzy wojewódzkich, pozyskano tzw. lekarzy rozporządzalnych, aptekarzy, weterynarzy i felczerów, zabiegano o gromadzenie narzędzi lekarskich i apteczek,

wydawano rozporządzenia regulujące opiekę nad rannymi i chorymi w obozach oraz szpitalach. Jeśli oddział liczył ponad 600 osób, to dla wsparcia lekarza i felczera dosyłało do niego studentów IV i V kursu medycyny, a do szpitali także siostry miłosierdzia. Historycy są zdania, że powstańcza służba zdrowia

w dworach, także na plebaniach, a nawet w szpitalach cywilnych w miastach. W tym ostatnim przypadku zmieniano „pacjentom” dane osobowe i tworzono fałszywe opisy wypadków, które rzekomo miały miejsce podczas piłowania drzewa, prac żniwnych, polowań itp. Bardzo przydatne okazały się klasztory,

Nic więc dziwnego, że śmiertelność była duża, mimo niezwykłej ofiarności lekarzy, felczerów, pielęgniarek i osób wspomagających. Większość z nich pracowała bez wynagrodzenia, wśród lekarzy przeważały osoby starsze, bo młodszy przebywali bezpośrednio w oddziałach. Szacuje się, że ogółem w czasie powstania styczniowego istniało na ziemiach polskich - krócej lub dłużej - około 200 szpitali.



for. NAC

Bohaterowie stycznia 1863 roku podczas spotkania z dziećmi. Lata 30.

działała bardzo dobrze, a jej personel nie mieszał się do polityki, pełnił swe obowiązki sumiennie. Co ważne, pomocy udzielano również rannych Rosjanom, choć były przypadki, że żołnierze carscy wymordowali wszystkich zastałych w powstańczych szpitalach.

Bardzo ważną rolę odegrały również organizacje kobiece, które dodatkowo opiekowały się rodzinami poległych powstańców, lub wysłanych na Syberię. To kobiety przygotowywały bandażę i szarpie, gromadziły bieliznę i ją prały, a ponadto piekły chleb, zabiegały o żywność, pełniły dyżury przy chorych. W celu ujednoczenia działań Wydział Spraw Wewnętrznych Rządu Narodowego zalecił w połowie czerwca 1863 roku, by powstały komitety składające się z 4 „obywaterek bez różnicy wyznań, pozostających pod przewodnictwem proboszcza parafii lub obywatela poważanie ogólne mającego”.

## Szpitala

Pierwsze powstawały spontanicznie, w pobliżu toczonych bitew. Wcześniej rannych powstańców starano się umieszczać w domach prywatnych, zwłaszcza

leśniczówki, smolarnie leśne, niekiedy nawet karczmy. Szpitale w klasztorach i dużych dworach miały nawet po kilkadziesiąt łóżek, ponoć przez prywatny szpital-ambulatorium w Krzeszowicach (własność hrabstwa Adama i Katarzyny Potockich) przewinęło się podczas powstania aż około 670 rannych.

W najlepszej sytuacji znalazły się partie walczące w pobliżu granicy południowej Królestwa Polskiego, bo w razie potrzeby można było rannych transportować na tereny Galicji. Z nieco gorszym skutkiem czyniono tak i w województwie augustowskim, przewożąc ofiary bitew do Prus Wschodnich „dla kuracji”. Nie spotkałem w literaturze opisu powstańczego szpitalika-lazaretu w byłym obwodzie białostockim. Może i dlatego, że tu trudniej było ukryć taki fakt. Anegdotalnie brzmi wiadomość, że w okolicach Wilna - gdzie terror carski był szczególnie silny - rannego powstańca przechowywano w „komórce” urządzonej w starodawnym kominie.

W razie braku nawet podstawowego wyposażenia stosowano przy operacji noże kuchenne oraz deski i kije do unieruchamiania kończyn. Wódka służyła jako środek znieczulający i odkażający.

## Trzeba o nich pamiętać

Z kilkunastu znanych nam z imienia i nazwiska lekarzy, felczerów, aptekarzy i studentów medycyny, walczących w 1863 roku w naszym regionie, chciałbym przypomnieć dwóch o niezwykle barwnych życiorysach.

Józef Chwiećkowski (1821-1880), urodzony w Przesławce w rodzinie szlachcica zagrodowego, doktor medycyny i filozof przyrody. Uczył się w gimnazjum białostockim do 1842 r., studia ukończył na Uniwersytecie w Moskwie. Do naszego miasta wrócił w 1861 r., walczył w okolicach Białegostoku. Zesłany do Tomsku (Syberia), po powrocie mieszkał i praktykował od 1867 r. w Tykocinie, następnie we Włocławku i Warszawie. Testamentem przeznaczył znaczący majątek na cele oświatowe, z tych kwot fundowano i stypendia dla studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Autor dzieła „Siła i materya...” (Warszawa 1877). Warto przypomnieć, że wcześniejszy absolwent gimnazjum białostockiego, lekarz klasy I - Maciej Łowicki, był zesłany do Wschodniej Syberii już w 1841 roku, a zostawił po sobie liczne artykuły.

Władysław Jabłonowski, „Genuńczyk” (1841-1894), student medycyny, absolwent szkół wojskowych w Genui i Cluneo, jeden z bohaterów bitwy pod Węgrowem (3 II poprowadził atak kosynierów na działa rosyjskie). Razem z Janem Matlińskim („Sokół”) dotarł z 800-osobowym oddziałem do Drohiczyzna, ale nie dołączył do walczących 6-7 lutego w Siemiatyczach. Adiutant gen. Mariana Langiewicza. Po powstaniu dokończył studia medyczne we Wiedniu i zaciągnął się jako lekarz do armii tureckiej (b. bogata kariera). Prowadził badania archeologiczne, etnograficzne i przyrodnicze, dużo pisał.

*Adam Czesław Dobroński jest prof. dr hab., pracuje na Wydziale Historyczno-Socjologicznym Uniwersytetu w Białymstoku*



# Tak się nie robi



**Doktor  
ADAM HERMANOWICZ**

**G**orąca miała być końcówka lutego w naszej polityce. Palikot miał tworzyć wspólne listy w wyborach do Parlamentu Europejskiego z Kwaśniewskim. Profesor Gliński miał utworzyć nowy rząd po obaleniu... wróć - po udzieleniu wotum nieufności skompromitowanemu rządowi Donalda Tuska.

Obalony był tylko jeden rząd w krótkiej historii III RP. Obalono go pod osłoną nocy i zdradziecko, teraz zaś na wskroś demokratyczna opozycja po prostu udzieliła wotum nieufności Radzie Ministrów. Gabinet cieni prof. Glińskiego w chwili, gdy piszę te słowa, składał się z trzech profesorów i nikogo więcej. Słusznie więc mógł zostać uznany za rząd ekspercki. Premier Tusk miał ruszyć tuskobusem w kraj dopytać się wyborców, na co chcą przeznaczyć miliardy euro, które rozgarnięta, jak widać inaczej, Unia Europejska dała nam in blanco.

W międzyczasie wszystko się pokręciło i z Kwaśniewskim spotkał się Miller, Tusk zapowiedział prezasowania w rządzie, a Wanda Nowicka została pierwszym w historii wicemarszałkiem/wicemarszałkinią (to drugie słowo uparcie podkreśla korekta programu Word stworzonego we wstecznej obyczajowo i niepoprawnie politycznie Kalifornii) Sejmu, niepopieranym przez żaden z klubów

poselskich. Innymi słowy dzieje się w tym naszym tygielku politycznym, że ho, ho!

Niech wiedzą wyborcy, za co płacą. Przecież nie za pracę w parlamencie, w którym na najważniejszych głosowaniach ławy poselskie świecą pustkami. To jest robota dla frajerów. Prawdziwa polityka to: Marcinkiewicz, Niesiołowski, Giertych i Kamiński zakładający think-thank, który

*Kiedy tuzy naszej polityki  
szykowały się na robienie  
rewolucji, ich wysiłki zniweczył  
głos bardzo wiekowego człowieka  
mieszkającego z dala od naszego  
pępka świata*

ponoć na wiosnę nawet się zbierze i coś wymyśli. Albo Palikot, przestawiający Grodzką za Nowicką i mówiący, że ta ostatnia chce być zgwałcona. Aha, no i Kwaśniewski spotykający się przed kamerami z Millerem, jakby nie mógł do niego zadzwonić. Generalnie polska polityka to jest przegląd gości wieczornego serwisu TVN 24, próbujących inteligentnie konwersować z redaktorem Morozowskim np. na temat rozpoczynającego się procesu matki „małej Madzi” z Sosnowca,

wysokości, na jakiej została ścięta smoleńska brzoza i premii wicemarszałków Sejmu.

Kończówka lutego miała przynieść kumulację tego cyrku, w której każdy miałby do ugrania coś dla siebie, ze szczególnym uwzględnieniem uwagi mediów, które na żółtych (oby), albo nawet czerwonych (Boże, to zbyt piękne, ale może się uda) paskach będą pokazywały facetów, którzy siedzą w polityce od kilkudziesięciu lat i jak się spotkają, albo „wydadzą wspólny komunikat”, to stworzą „nową polityczną jakość”, która „rozbije zabetonowany układ partyjny”. Minęło nas to szczęście o mały włos. Albo raczej o słaby głos.

W czasie bowiem, kiedy tuzy naszej polityki szykowały się na robienie rewolucji poprzez zwoływanie konferencji prasowych, wszystkie ich wysiłki zniweczył słaby głos bardzo wiekowego człowieka mieszkającego z dala od naszego pępka świata. Benedykt XVI zapowiadający abdykację w czasie, kiedy prof. Gliński miał ogłaszać skład eksperckiego rządu, a Palikot ogłaszać wspólne listy z Kwaśniewskim, to jest po prostu dywersja i cios w plecy. To coś, jakby Juliuszowi Cezarowi przy przekraczaniu Rubikonu ktoś ukradł kości, jakby Aleksandrowi Wielkiemu ktoś na złość rozwiązał węzeł gordyjski, jakby Brutusowi ktoś podmienił nóż na gumową zabawkę. Tak się nie robi, to jest po prostu nie fair. Panie, widziałeś to i nie grzmisz, żadnych znaków nie dajesz?!

Jeśli więc ktoś miał wątpliwości co do natury zjawiska, które zaszło nad nieszczęsnym Czelabińskim, teraz już ich mieć nie powinien. To się nie mogło inaczej skończyć.