



- **Światowy Kongres Polonii Medycznej - Artykuł wstępny - Jakub Bodziony**
- **Analiza ocen Światowego Kongresu Polonii Medycznej - Jan Borowiec**
- **A jak tam w Szwecji? – Janusz Kasina**
- **Stanisław Leszczyński prekursor medycyny społecznej - Przemysław Koźmiński**
- **Pogotowie w poczekalni –krytyczna sytuacja pogotowia ratunkowego w USA – Ewa Lewczuk**
- **Wspomnienia o naszych Profesorach – Przemysław Koźmiński**
- **Wybory zarządu PAHA**
- **Niebezpieczne rozrywki – Piotr Konopka**

Światowy Kongres Polonii Medycznej - część II

Światowy Kongres Polonii Medycznej, c.d.

Piąty Światowy Kongres Polonii Medycznej się zakończył (poniżej podsumowanie drugiej części) a Zarząd Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych już zaczął przygotowania do VI Światowego Kongresu. Prace przygotowawcze koordynuje wiceprezes Federacji, prof. Jan Borowiec, Szwecja. Na grudzień 2003 planowane jest ustalenie miejsca Kongresu, w tej chwili trwają rozmowy z Izbami Lekarskimi.

Poniżej zapowiedziane już w poprzednim numerze biuletynu podsumowanie i ocena drugiego dnia Kongresu. Teksty pisane przeze mnie są oznaczone inicjałami JB (Jakub Bodziony).

Dr. Biniszkiwicz był moderatorem sesji „Otyłość i cukrzyca – aktualne problemy”, i tak pisze o niej:

Sesję poprowadziliśmy wspólnie z dr Szpindor - Watson, ponieważ prof. Strojek i prof. Zahorska - Markiewicz nie dotarli. Odbyły się wszystkie referaty za wyjątkiem wystąpienia prof. Zahorskiej - Markiewicz (co oczywiste) i jednego z referatów z Białorusi. Zgrzytów organizacyjnych nie było żadnych. Merytorycznie - sesja całkiem ciekawa, prawie każdy referat wzbudzał dyskusję, niekiedy dość ożywioną. Udało się wszystko utrzymać w nakreślonych ramach czasowych. Wykładów słuchało około 50 osób, stale się zmieniających - ruch był duży. Koledzy ze wschodu odstają od wykładowców z Polski i USA pod względem multimedialnego przygotowania wystąpień, ale to nie ich wina, tylko warunków w jakich żyją. W sumie moje wrażenie z sesji jest całkiem pozytywne. Tydzień wcześniej byłem na Zjeździe Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w Łodzi i wydaje mi się, że olbrzymia większość (lub nawet wszystkie) referaty z Katowic mogłyby się śmiało pokazać też w Łodzi.

Dr. Arkadiusz Siennicki-Lantz był współmoderatorem sesji „Niektóre aspekty chorób układu nerwowego” oraz sesji „Medycyna wieku podeszłego”:

W sesji został wygłoszony mój wykład p.t. Nocny spadek ciśnienia, a zmiany w perfuzji mózgu u 80-letnich mężczyzn, wykład prof. Opali „Choroby neurologiczne wieku podeszłego”, wykład dr E. Kvascevicene z Litwy: „Perimesencephalic cisterns as independent predictor in severe head injury” oraz wykład dr. Ireny Kubalok „Rola zaburzeń wegetatywnego układu nerwowego w powstawaniu chorób”

Rozwinęła się ożywiona dyskusja dotycząca neurologii wieku podeszłego, dlatego też dodatków przedstawiłem należący w zasadzie do następnej sesji referat o rozwoju opieki nad ludźmi starszymi w Szwecji. Sesja poświęcona tej tematyce była znacznie lepiej obsadzona, odbyło się też większość referatów. Niektóre z nich zajmowały się tematyką którą można by określić jako medycyna niekonwencjonalna.

Andrzej Szpakow opisuje sesję „Profilaktyczne znaczenie wysiłku fizycznego”

Sesja została zorganizowana przez Katedrę Medycyny Sportowej Uniwersytetu Grodzieńskiego oraz Zakład Medycyny Wychowania Fizycznego i Sportu Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie (Andrzej Szpakow, Zbigniew Szyguła, Wojciech Gawroński)

Dr Zbigniew Szyguła wygłosił referat wprowadzający „Profilaktyczne znaczenie wysiłku fizycznego” w którym przedstawił zasadnicze zmiany adaptacyjne pojawiające się w organizmie człowieka pod wpływem różnych form wysiłku fizycznego i treningu.

Dr A. Szpakow w swoim wystąpieniu zaprezentował problem znaczenia odżywiania sportowców na różnych etapach kariery sportowej. Nowym etapem w kształceniu żywienia społeczeństwa są badania faktycznego żywienia oraz stanu odżywienia poszczególnych grup ludności. To daje możliwości otrzymania pełnej istotnej informacji o wpływie charakteru oraz czynników żywienia na stan zdrowia, fizyczną oraz umysłową wydajność sportowców

Następnie dr Jerzy Kisielewski z Katedry Anatomii Człowieka z Uniwersytetu medycznego w Grodnie w interesującym połączonym wykładzie "Aktywność ruchowa i stan stawów – zależność obustronna" i „Wpływ struktur anatomicznych na objętość ruchu stawu kolanowego” mówił o etiologii, anatomii, patofizjologii, trudnościach diagnostycznych i leczeniu patologii stawów. Właściwe postępowanie diagnostyczne oraz profilaktyka stanowią klucz do sukcesu w postępowaniu w patologii tego odcinka narządu ruchu.

Zagadnieniom diagnostyki zdrowia młodzieży był poświęcony następny referat dr. Andrzeja Szpakowa, przygotowany wspólnie z grupa lekarzy i wykładowców z Grodna i Mińska. „Kompleksowa fizjologiczno-higieniczna ocena i prognozowanie stanu zdrowia grupy mło-

dzieży”. W wykładzie przedstawione zostały możliwości diagnostyczne i różne nieinwazyjnej metody badania stanu zdrowia populacji młodzieży. Popularyzacja tych badań związana jest z wzrostem ilości zachorowań cywilizacyjnych w młodym wieku.

W ostatnim wykładzie na temat „Doping i wspomaganie, gdzie są granice?” dr Wojciech Gawroński z AWF w Krakowie przedstawił problemy związane z wspomaganie w sporcie. Szczegółnie miejsce poświęcił działaniu leków na organizm sportowca i znaczenie wykrycia dopingu.

Zanim doszło do oficjalnego zamknięcia sesji uczestnicy mogli dyskutować na przedstawione tematy, dzięki czemu możliwe było nie tylko nieformalne wyjaśnienie dręczących nas problemów naukowych, ale także zawarcie nowych znajomości i zacieśnienie przyjaźni.

Omówione zostały i plakaty „Prosta metoda oceny wielkości obciążenia wysiłkiem u tancerzy” grupy autorów z Krakowa Wnorowski J., Szyguła Z., Pilch W., Więcek M., Kwiatek J. i „Próba oceny wydatku energetycznego tancerzy w układzie tańców latynoamerykańskich” Pilch W., Szyguła Z., Bawelski M., Wnorowski J. z Akademii Wychowania Fizycznego w Krakowie.

Na zakończenie dr Z. Szyguła i dr W. Gawroński przekazali wszystkim uczestnikom sesji nowy numer czasopisma „Medicina Sportiva” i zaprosili zainteresowanych do udziału w konferencjach, poświęconych problemom zdrowego trybu życia i medycynie sportowej, które będą organizowane w październiku 2003 roku w Grodnie i we wrześniu 2004 roku w Krakowie (Medicina Sportiva). Wszyscy zainteresowani zostali zaproszeni na te spotkania. Już dziś zachęcamy do podjęcia przygotowań nie tylko naukowych. W zdrowym ciele - zdrowy duch. Na workshop "Diagnostyka obrazowa sutka" zająłem (JB) w przerwie pomiędzy dwoma innymi sesjami. Forma workshopu jest nową na naszym kongresie, stąd moje zainteresowanie. Koledzy Jean Juras i Maciej Lipski przygotowali serie przypadków ze swojej praktyki i przedstawili ją w formie problemów klinicznych.

Zainteresowanie na sali było duże, wiele pytań i żywa dyskusja. (JB)

Sesja „Minimal invasive trends in proctology” zebrała, jak to się później okazało samych fachowców w dziedzinie koloproktologii. Dr. Marek Bakowski z Niemiec przedstawił nowoczesne techniki operacyjne leczenia choroby hemoroidalnej, ze szczególnym uwzględnieniem technik ultrasonograficznych. W moim wykładzie omówiłem wskazania i metody leczenia operacyjnego przewlekłych zaparć ze szczególnym uwzględnieniem technik laparoskopowych. Interesującą częścią programu było przedstawienie przez Dr Erwina Ruska i Dr. Marka Ręckiego metody leczenia choroby hemoroidalnej operacyjnej na technice „spawania” czyli zamykania przy pomocy kumulacji energii na małej powierzchni poprzez wytwarzanie skoncentrowanego pola elektromagnetycznego. Na podstawie prospektywnej analizy 530 przypadków autorzy dokonują oceny przydatności i skuteczności metody HEMORON w ambulatoryjnym leczeniu choroby hemoroidalnej. Zdaniem autorów, prostota metody, jej niezwykle wysoka skuteczność i bezpieczeństwo stosowania, również w tych przypadkach gdzie inne metody małoinwazyjne są przeciwwskazane, ustawiają metodę HEMORON na czele listy metod małoinwazyjnych. Pozycję tę ugruntowuje bardzo niski koszt jednostkowy zabiegu. (JB)

Jan Borowiec tak ocenia sesję „Postępy w diagnostyce i terapii choroby wieńcowej”

Sesja zatytułowana „Postępy w diagnostyce i terapii choroby wieńcowej” miała kilka niedociągnięć, do których należała niewielka frekwencja, nieobecność na sali niektórych referentów czy też pominięcie jej w "książce streszczeń", tak że streszczenia te zostały dołączone w postaci luźnych kserokopii.

Mimo to przebiegała sprawnie, cechowała ją interesująca i rzeczowa dyskusja, która trwała nawet w kuluarach po zakończeniu sesji. Z przedstawionych referatów na uznanie zasługiwały prace dr J. Serafinowicza z Uniwersytetu Medycznego w Grodnie, który ukazał

nowe aspekty diagnostyczne w tak znanej i klasycznej technice diagnostyki kardiologicznej jaką jest elektrokardiografia. Innym bardzo interesującym tematem zajął się dr J. Fedorowski z Uniwersytetu w Vermont. Przedstawił on aktualne analizy dotyczące efektywności ekonomicznej stentów wieńcowych uwalniających leki. Reasumując, gdyby nie wyżej wzmiankowane niedociągnięcia, sesja kardiologiczna byłaby w mojej opinii jedną z najbardziej udanych i atrakcyjnych sesji V Kongresu Polonii Medycznej..

I na koniec moj własny komentarz (JB)

W moim odczuciu kongres był bardzo udany. Wysiłek włożony w przygotowanie kongresu zarówno przez komitet organizacyjny, komitet programowy jak i przeze mnie, jako przewodniczącego komitetu programowego i głównego animatora kongresu wydaje się pozostawać w dysproporcji do stopnia jego docenienia przez nieuczestników. Ale być może ważniejsza jest ocena przez uczestników ☺. A ocena ta znajduje się poniżej.

Prezes Federacji Polonijnych Organizacji Medycznych

Jakub Bodziony

Analiza ocen Światowego Kongresu Polonii Medycznej

Jan Borowiec
Viceprezes Federacji

Katowice, 29-31.05.2003

Podstawa analizy

- Liczba uczestników: - 250 (nie potwierdzone dane)
- Liczba wypełnionych ankiet: 40 (zatem responsywność 16%)
- Ilość pytań: 25 pytań dot. Kongresu, + 2 pytania o rodzaj wykonywanej pracy i kraj zamieszkania
- Ilość parametrów: 75
- Skala ocen: bardzo dobry, dobry, przeciętny, słaby ---- Odpowiedniki oceny: 5,4,3,2 (brak odpowiedzi nie jest równy 0)

Pytania:

1. Jak oceniasz ogólnie dobór tematów V Kongresu?
2. Czy uważasz poruszane tematy za istotne z punktu widzenia odniesionych, własnych, praktycznych korzyści ?
3. W jakim stopniu zostały wyeksponowane cele integracyjne środowiska Polonii medycznej w czasie V Kongresu ?
4. Jak oceniasz poziom sesji; Szkolenie specjalizacyjne i pospecjalizacyjne lekarzy rodzinnych w Polsce i na świecie. a) wartość naukowo-dydaktyczna b) wartość praktyczna dla Ciebie (możliwość zastosowania) c) sprawność przeprowadzenia sesji
5. Jak oceniasz poziom sesji; Historia medycyny polonijnej.
6. Jak oceniasz poziom sesji; Telemedycyna – "distance medicine" i "distance learning".
7. Jak oceniasz poziom sesji; Astma oskrzelowa – wyzwanie XXI wieku.
8. Jak oceniasz poziom sesji; Mistrz-czeladnik ? Uczenie lekarzy wczoraj i dziś.
9. Jak oceniasz poziom sesji; Gdzie jesteśmy? Skąd wychodzimy?
10. Jak oceniasz poziom sesji; Lekarz Polski w Kraju i Za Granicą: Perspektywy Integracji.
11. Jak oceniasz poziom sesji; Zdrowie publiczne.
12. Jak oceniasz poziom sesji; Aspekty etyczne w medycynie.
13. Jak oceniasz poziom sesji; Otyłość i cukrzyca - aktualne problemy.
14. Jak oceniasz poziom sesji; Niektóre aspekty chorób układu nerwowego.
15. Jak oceniasz poziom sesji; Profilaktyczne znaczenie wysiłku fizycznego.
16. Jak oceniasz poziom sesji; Minimal invasive trends in proctology.
17. Jak oceniasz poziom - Otwartego spotkania polonijnych list dyskusyjnych i listy "PolMed "Blaski i cienie emigracji".
18. Jak oceniasz poziom sesji; Medycyna wieku podeszłego.
19. Jak oceniasz poziom workshop: Diagnostyka obrazowa sutka.
20. Jak oceniasz poziom sesji; Postępy w diagnostyce i terapii choroby wieńcowej.
21. Jak oceniasz poziom sympozjum; Psychiatria - nowe wyzwania w nowym wieku.
22. Jak oceniasz poziom sympozjum; Warsztaty Leczenia Ostrego Zespołu Wieńcowego.
23. Jak oceniasz poziom II Zjazdu Sekcji Schorzeń Pozapiramidowych PTN.
24. Twoja ocena warunków i organizacji Kongresu;
 - a) poziom przyjazności i efektywności organizatorów
 - b) dostępność pomocy technicznej
 - c) działanie systemu informacji w trakcie Kongresu
 - d) poziom wygody sal konferencyjnych
 - e) inne (wpisz sam).....
25. a) Twoja ogólna ocena części towarzyskiej Kongresu;
 - b) możliwość nawiązania nowych kontaktów
 - c) wartość kulturalna
 - d) sprawność przeprowadzenia
 - e) możliwość pogłębienia wiedzy o Polsce
 - f) atrakcyjność programu pozakongresowego
 - g) inne (wpisz sam).....
26. Rodzaj wykonywanego zawodu:
27. Kraj

Tabela wyników:

Pytanie	Odpowiedzi (N---%)	Ocena 5 (N---%)	Ocena 4 (N)	Ocena 3 (N)	Ocena 2 (N)	Srednia
1	38---95	11---29	23	4		4,2
2	37---93	7---19	21	8	1	3,9
3	37---93	7---19	19	8	3	3,8
4a	25---63	7---28	16	2		4,2
4b	25---63	7---28	10	5	3	3,8
4c	24---60	13---54	8	2	1	4,4
5a	15---36	9---60	4	1	1	4,4
5b	14---35	4---29	8	1	1	4,1
5c	15---36	6---40	6	3		4,2
6a	13---33	5---38	7	1		4,7
6b	13---33	4---31	9			4,3
6c	13---33	6---46	5	2		4,3
7a	21---53	14---67	7			4,7
7b	19---48	10---53	9			4,5
7c	19---48	13---68	5	1		4,6
8a	20---50	7---35	13			4,4
8b	20---50	4---20	10	5	1	3,9
8c	20---50	10---50	8	1	1	4,4
9a	10---25	2---20	8			4,2
9b	10---25	2---20	8			4,2
9c	10---25	4---40	6			4,4
10a	16---40	4---25	8	4		4,0
10b	18---45	3---17	8	6	1	3,7
10c	17---43	6---35	6	4	1	4,0
11a	5---13	1	3	1		
11b	4---10	1	2	1		
11c	4---10	1	1	2		
12a	14---35	10---71	4			4,7
12b	14---35	8---57	5		1	4,4
12c	14---35	9---64	5			4,6
13a	21---53	10---48	8	1	2	4,2
13b	20---50	6---30	11	1	2	4,1
13c	20---50	11---55	8		1	4,5
14a	8---20	3	4	1		
14b	8---20	3	5			
14c	8---20	3	4	1		
15a	11---28	4---36	7			4,4
15b	11---28	5---45	6			4,5
15c	11---28	4---36	6	1		4,3
16a	9---23	3	5	1		
16b	9---23	2	4	1	2	
16c	9---23	4	4	1		
17a	19---48	4---21	6	6	3	3,6
17b	19---48	4---21	6	6	3	3,6
17c	19---48	4---21	7	4	4	3,6

18a	22---55	11---50	11			4,5
18b	21---53	7---33	13	1		4,3
18c	20---50	9---45	10		1	4,4
19a	10---25	5---50	5			4,5
19b	10---25	4---40	4	2		4,2
19c	9---23	4	5			
20a	12---30	7---53	5			4,6
20b	11---28	4---36	6	1		4,3
20c	11---28	8---73	3			4,7
21a	3---8	1	2			
21b	3---8	1	1	1		
21c	3---8	1	1		1	
22a	6---15	3	3			
22b	5---13	3	2			
22c	4---10	3	1			
23a	3---8	1	1	1		
23b	3---8	1	1	1		
23c	3---8	1	1			
24a	32---80	19---59	9	4		4,5
24b	30---75	21---70	8	1		4,7
24c	33---83	10---30	13	9	1	4,0
24d	31---78	19---61	11	1		4,6
24e	0					
25a	26---65	20---77	6			4,8
25b	34---85	20---59	12	2		4,5
25c	32---80	23---72	9			4,7
25d	32---80	20---63	10	2		4,6
25e	29---73	8---28	13	5	3	3,9
25f	31---78	24---77	6	1		4,7
25g	0					

WNIOSKI:

1- Udział w ankiecie wzięli przedstawiciele 10 narodowości (Ukraina, Polska, Litwa, Łotwa, Francja, Szwecja, Mołdawia, USA, Kanada, Białoruś). Responsywność na poziomie 16% (40 wypełnionych ankiet na około 250 uczestników kongresu). Udział poszczególnych grup w analizowanym materiale; a. Ukraina 30%, b. Polska 15%, c. Litwa 15%.

2- Zdecydowana większość przedstawicieli reprezentowała środowisko nauki i szkolnictwa.

3- Uczestnicy ankiety są zdania, że tematy zostały dobrane dobrze. Zadowoleni są z wartości dydaktyczno-naukowej, jednak sprawność przeprowadzenia sesji często kwalifikowała się na poziomie przeciętnym. Wysoką ocenę uzyskały sesje koncentrujące się na zagadnieniach klinicznych. Poziom przyjazności i efektywności organizatorów, a także działania systemu informacyjnego została uznana przez 85% za bardzo dobre. Natomiast nisko oceniono możliwości pogłębienia wiedzy o Polsce. Uznano kongres za bardzo dobre miejsce do nawiązania nowych kontaktów, a poziom atrakcyjności programu pozakongresowego również uczestnicy uznali za bardzo dobry.

A jak tam w Szwecji?

Jeszcze nie tak dawno wyjazd z Polski był czymś zarówno heroicznym, jak i romantycznym. Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej zmieni jednak utarty tok myślenia i postępowania. Okaże się, że można mieszkać i pracować w jakimkolwiek miejscu w Europie. Może nie nastąpi to od razu, może nie będzie to łatwym, ale z pewnością znacznie bardziej realnym niż dotychczas. Wielu naszych kolegów z Polski zada sobie pytanie, czy trwać w znanych i trudnych do zmienienia warunkach pracy czy też zmieniać je wyjeżdżając w nieznaną. Jednym z nielicznych miejsc w Europie, gdzie wciąż

na co najbardziej zwraca się uwagę i od tego kto na pytanie odpowiada.

Cały kraj, licząc drogą lądową ma nieco ponad 2000 kilometrów długości, czyli obrazowo mówiąc – mniej więcej taka sama odległość jest z Malmö na północ Szwecji co i do Rzymu czy Madrytu. Południe Szwecji przypomina swoimi warunkami geograficznymi i klimatycznymi północne rejony Polski, czyli upraszczając jest nam znana. Im dalej na północ, tym wyraźniej zmieniają się warunki. Wyraźne różnice zaczynają się pojawiać dopiero w połowie drogi z południa na północ Szwecji, czyli jakieś 300 - 400 km



jest zapotrzebowanie na nowych lekarzy jest Szwecja i Norwegia.

Poza ekonomią, często sterująca naszymi wyborami jest jeszcze wiele innych aspektów życia, które zauważane są dopiero po dłuższym czasie mieszkania i pracy w danym miejscu. Jak się mieszka w Szwecji? Jak się pracuje? Odpowiedź zależy od tego o jakim rejonie Szwecji jest mowa, i od tego

na północ od Sztokholmu. Północ, leżąc po obu stronach koła podbiegunowego, żyje w zimie w ciemności lub półmroku, w lecie zaś, o ile tylko pogoda dopisuje, w niemal nieustającym blasku słońca. W pierwszej chwili nie mogłem zrozumieć, po co ludzie na dalekiej północy mają w oknach żaluzje przeciwsłoneczne. Zrozumiałem to jednak szybko, kiedy, z powodu blasku słońca, nie mogłem zasnąć o północy. Okazało się, że

słońce nigdy nie zachodzi, nieco bardziej szaro jest koło 1-2 w nocy, a od 3-ciej, znów świeci pełnym blaskiem. Jest to zabawne przez kilka dni, potem jednak okazuje się że kiedyś trzeba odpoczywać, czyli noc trzeba robić samemu spuszczać żaluzje. Przyroda północy jest surowa, polodowcowa – wszędzie wokół są obrosnięte mchami i porostami kamienie, karłowate brzozy i kosodrzewiny. Nagle powstający bujny, całodobowy rozkwit przyrody jest niespotykane wspaniały – z dnia na dzień pojawia się zieleń, mchy i porosty odżywają zmieniając swe szare, zimowe kolory na wszystkie odcienie zieleni, czerwieni, brązu, część z nich staje się prawie niebieskimi czy fioletowymi. Oczywiście kolory widać jedynie w czasie cieplejszych miesięcy, kiedy temperatura podnosi się ponad zero i śnieg topnieje. Brzmi to może niezbyt zabawnie, jednak zarówno zima jak i lato na północy jest jedynym w swoim rodzaju przeżyciem. W zimie, pomimo temperatur pomiędzy -20 a -30 stopni można normalnie funkcjonować, jako że wilgotność powietrza jest zazwyczaj bardzo niska, wiatry wieją rzadko, a poza tym nie popełnia się nigdy pomyłek – wszyscy zawsze są odpowiednio ubrani, bo nie ma nadziei na to, że dzisiaj będzie cieplej niż było wczoraj. To co dodatkowo ułatwia życie w trakcie śnieżnej części roku, to dobre przygotowanie na nadejście zimy, która nikogo nie zaskakuje i zyczliwi ludzie, z którymi raz nawiązane więzy przyjaźni funkcjonują przez wiele lat.

Zabudowa na północy Szwecji jest rzadka, odległości pomiędzy sąsiednimi osadami czy pojedynczymi domami niejednokrotnie wynoszą 30 – 40 kilometrów. Trudne warunki kształtowały przez lata żyjących tam ludzi, którzy z reguły są małomówni, przyzwyczajeni do życia w osamotnieniu. Z drugiej jednak strony, po zawarciu bliższej znajomości okazuje się że przy swojej nieśmiałości, doceniają jednak przyjaźń, bliskość, gotowi są do niesienia pomocy. Przyroda ukształtowała sposób myślenia i sposób kontaktowania się między ludźmi. W trakcie jednego z kolejnych moich wyjazdów na kilkutygodniowy wikariat, jeden z pacjentów, drwał z dalekiej północy, opowiadał o swoim życiu, o lesie.

Na moje, pełne zrozumienia stwierdzenie "tak, las jest dużą cześcią twojego życia", po chwili zadumy powiedział "nie, las nie jest częścią mojego życia, to ja jestem częścią życia lasu". Niejednokrotnie zdarzało mi się, że wstępnej prezentacji, krótkiej rozmowie z pacjentką okazywało się, że pacjentka nie opowiada o swoich dolegliwościach dlatego, że ich nie ma, ale dlatego, że po pierwsze nie wypada się skarżyć na ból, bo inni mają jeszcze większe problemy, no a poza tym, to nie ona ma opowiadać lekarzowi co jej dolega, tylko lekarz ma ją zbadać i powiedzieć co jej jest.

Reguły według których działa społeczeństwo są jasne, odczuwa się, że prawie wszystko jest znormalizowane – 90 % domów to produkowane w fabrykach drewniane domy o powierzchni 120-150 metrów, wymalowane na kolor ciemnoczerwony albo żółty. Wszystkie ogródki, mają świeżo podstrzyżoną trawę. To ujednolicenie wyglądu szwedzkiego krajobrazu znajduje swój odpowiednik też i w innych dziedzinach życia, łącznie ze służbą zdrowia.

Prawem zagwarantowany jest równy dostęp do świadczeń medycznych wszystkich mieszkańców w każdym miejscu kraju. Zważywszy na niewielkie zaludnienie i znaczne odległości między kolejnymi miejscowościami, dużego nakładu sił i środków wymaga stworzenie funkcjonującej służby zdrowia. Wyposażenie szpitali, o ile nie jest lepsze w niewielkich miejscowościach, to z pewnością nie jest gorsze niż w Sztokholmie. Lekarze pracujący w mniejszych szpitalach mają wręcz więcej możliwości wyjazdów na kursy i kongresy. Praca w szpitalu charakteryzuje się dobrą organizacją, efektywnością, sztywnym trzymaniem się planu i rutyn. Odstąpienie od rutynowych ocen i działań wprowadza niepokój i jest niemile widziane. Wiele czasu poświęca się pracy administracyjnej, numerom statystycznym, odpowiedziom na ankiety i nieprowadzącej dokądkolwiek kontroli jakości pracy, która w istocie rzeczy ma bardzo wątpliwe zastosowanie w medycynie. Praca jest ułatwiona przez wszechobecne sekretarki medyczne wpisujące bez ustanku do komputerów podykto-

wane przez lekarzy historie chorób i inne dokumenty.

Wzajemne zależności pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi są wyraźnie mniej hierarchiczne niż w Polsce. Pielęgniarki czy położne są zdecydowanie bardziej partnerami lekarza niż jego podwładnymi. Sytuacja ta jest wyraźnie ułatwiona zwyczajem mówienia sobie po imieniu, co samo w sobie stwarza poczucie partnerstwa. Dyżury i każdy kolejny dzień pracy lekarza są dokładnie, co do kilku minut zaplanowane, najczęściej z wielomiesięcznym wyprzedzeniem. Podobnie dokładnie zaplanowane są wszelkie przerwy na kawę czy lunch, które są bezwarunkowo respektowane, zarówno przez współpracowników, jak i przez pacjentów. Wynikiem dbania o zdrowie nie tylko pacjenta ale i lekarza jest przestrzeganie zasad ustalania dyżurów i pracy dodatkowej. Na każde zatrudnienie dodatkowe, poza szpitalem, musi wyrazić zgodę pracodawca. Na dobre i na złe przyjęta została zasada, że osoby pracujące w szpitalu nie mogą mieć praktyki prywatnej. I na odwrót, praktykujący poza szpitalem koledzy nie pracują w szpitalu. Wyjątkiem jest ewentualna praca w czasie urlopów i dni wolnych, które dostaje się jako swego rodzaju zapłatę za czas przepracowany na dyżurze. W okresie kiedy pracowałem w szpitalu jako położnik i stosunkowo dużo dyżurowałem miałem poza przepisany prawem miesiącem urlopu jeszcze następne 10-12 tygodni urlopu, które dostawałem jako część zapłaty za dyżury. Wynikało to z reguły że w większości szpitali, praca między 17.00 a 21.00 wynagradzana jest jak 1:1 w stosunku do pracy w ciągu dnia, między 21.00 a 24.00 jak 1:1,5, a między 24.00 a 7.00 oraz w soboty, niedziele i święta jak 1:2. Efektem tego jest fakt, że za niedzielny dyżur, wraz z przepracowaną nocą, dostaje się zapłatę równą 48

godzinom pracy, z czego 1/3 wypłacana jest w pieniądzu, a 2/3 w wolnym czasie.

Dalszą konsekwencją tego systemu jest brak ciągłości w kontakcie pacjent – lekarz. Pomimo wszelkich wysiłków trudno jest spotkać zawsze tego samego lekarza. Schematy według których pracuje się i ma się wolne sprawiają, że lekarz staje się często wykonawcą jednakowych dla wszystkich rutyn, anonimowym numerem na schemacie, a nie tą właśnie konkretną osobą, z którą chce spotkać się chory. Z czasem, przyzwyczajeni do tego chorzy przestają pytać o to kto będzie ich operował. Będzie to ktoś ze stale zmieniającego się zespołu lekarzy.

Dla ujednolicenia sposobu postępowania stwarzane są setki PM (pro memoriam) – schematycznych opisów postępowania na każdą okazję, często z lokalnymi odnośnikami w rodzaju ”w razie takiej komplikacji, skontaktuj się z kolegą X, zadzwoń do laboratorium, tel nr”. Prawie bezkrytyczne stosowanie się do, wcześniej gruntownie przedyskutowanych PM, upraszcza pracę i podnosi w większości przypadków bezpieczeństwo chorego. W nielicznych, odbiegających od typowego przebiegu przypadkach, doprowadza jednak do dającej się odczuć niepewności.

Do rzadkości należy wnoszenie zażaleń na pracę lekarzy. Dzieje się to częściowo dlatego, że stosunkowo rzadko dochodzi do zaniedbań, częściowo dlatego, że za każdym lekarzem stoi cała organizacja szpitala, częściowo też dlatego, że odszkodowania zasadzane są rzadko i są symboliczne.

Drogi jakie muszą przebyć szwedzki i polski lekarz, zanim zaczną pracować w jednym ze szwedzkich szpitali, są różne. Jakże są różnice i podobieństwa w wykształceniu i formalnych wymaganiach stawianych przed lekarzami w zależności od miejsca ich wykształcenia, będzie przedmiotem następnej korespondencji ze Szwecji.

Janusz Kasina
j@kasina.pp.se

STANISŁAW LESZCZYŃSKI – prekursor medycyny społecznej

Przypomniał mi się stary dowcip wojskowy – do czego służy chlebak? Ano, jak sama nazwa na to wskazuje, służy do noszenia granatów. Przechodząc koło pomnika Stanisława Leszczyńskiego w Nancy, zadałem sobie pytanie: a król, do czego służy król? Ano służy do królowania, czyli do zarządzania przedsiębiorstwem zwanym PANSTWEM. Tylko, że POLSKA w okresie wyboru Leszczyńskiego, czyli pierwszej połowy XVIII wieku była tworem, przy którym przysłowiowy "bajzel" był przykładem porządku, znakomitej, rentownej organizacji i respektu dla "mamy" - kierowniczką. "Ci od Sasa, ci od Lasa".

Leszczyński, humanista, istota wrażliwa o pokojowym nastawieniu, napewno idealista, znakomity organizator, czego późniejsza historia wykazała, w Polsce miejsca nie miał. Wtedy na tronie powinien zasiąść człowiek o pokroju i metodach cara Piotra I-szego, zwanego Wielkim. Owszem, potoczyłyby się niechybnie głowy, ale Rzeczpospolita byłaby chyba



uratowana.

Po wielu perypetiach znalazł się więc Leszczyński na tronie Księstwa Lotaryngii i Barru. Miał pomysły, miał ambicje, niestety żadnej już roli politycznej odegrać nie mógł. Aczkolwiek pole działania finansowego miał ograniczone – intendent Ludwika XV ssał Lotaryngie jak cielak krowę - dokonał Leszczyński dużo. Można nawet powiedzieć, bardzo dużo.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, jaki był stan zdrowotny ludzi XVIII-go wieku, a ubogich w szczególności i jaki był poziom opieki nad chorymi. W Lotaryngii opierała się ona na funduszach z jałmużny publicznej. Za czasów poprzednika Stanisława, księcia Leopolda, aby starczyło pieniędzy dla własnych chorych, siłą wyganiano z miast chromych i chorych zebrzących na ulicach. Mimo tych radykalnych poczynań ciągle brakowało środków na zapewnienie ubo-

gim chorym odpowiedniego zabezpieczenia.

Przez całe życie Leszczyński poszukiwał środków w celu załagodzenia tej sytuacji. Ale dopiero w drugiej połowie swego panowania udało mu się zdobyć odpowiednie fundusze.

W 1748 roku przyznał sumę tysiąca sześciuset funtów "na ulżenie losu biednym chorym różnych parafii Nancy i wszystkich innych, gdzie jego Majestat posiada zamki i gdzie zakłada swoje rezydencje, nie chcąc, aby nie istnieli nieszczęśliwi w jakimkolwiek miejscu które zaszczyliły swoją obecnością". Fundusz ten nazywano "rosołowym", bowiem poza wiktułami, drewnem na opał itd. dostarczano chorym rosół. Jak widzimy "nic nowego pod słońcem". Przynoszenie chorym rosołku, to nie wynalazek naszych czasów.

Poza ulżeniem losu ubogim chorym koniecznym stało się uzupełnienie i unowocześnienie szpitalnictwa oraz utworzenie i unowocześnienie zakładów specjalistycznych. Koniecznym było również wykształcenie personelu pielęgniarstwa. Utworzono więc w Luneville «Zakład Córek Miłosierdzia», co nazwalibyśmy teraz Szkołą Pielęgniarską, bowiem uczono

je wszystkiego co było istotne do pielęgnowania chorych. Nawiasem – w oryginale nazywały się one "les Filles de la Charité". Wydaje mi się, że znane w Polsce siostry "Szarytki" tak się zwa nie od szarego koloru strojów które noszą, ale od Charité – Miłosierdzie. Stanisław z własnej kiesy wyciągnął pieniądze potrzebne na adaptację budynku, zakup mebli i utrzymanie sióstr.

W Nancy w 1748 roku do kręgu, nazwijmy to Sióstr Miłosierdzia należało 30 pań, które pod kierownictwem proboszcza odwiedzały chorych i opiekowały się tymi, którzy z tych czy innych powodów nie mogli być przyjęci do szpitali. XVIII-towieczne "soins à domicile" – opieka domowa. Była też ona znakomicie zorganizowana. W razie potrzeby posyłano pacjentowi lekarza opłacanego przez miasto. Zaś «In articulo mortis» posyłano delikwentowi księdza. Jednak działalność siostrzyczek sprawna i dobra była ograniczona terytorialnie tylko do Nancy.

W takiej sytuacji Leszczyński w 1750 roku tworzy nową fundację dzięki której ściąga do Nancy Braci Zakonu Sw. Jana. Byli oni bowiem, i to już od połowy XV wieku wprawni w chirurgii i farmacji. W razie wybuchu epidemii mieli oni też za zadanie leczenie chorych, opiekowanie się rekonwalescentami, a przede wszystkim mieli udzielać ludności rad w jaki sposób epidemii unikać. Można by to nazwać prewencją, czymś w rodzaju obecnego **San Epidu**.

Jeszcze w 1739 roku Stanisław ściąga z Metz zakonnice do Plombiers, aby opiekowały się tam chorymi podczas ich 3-tygodniowych kuracji. Nawiasem – Plombiers, stare, bo znane już od czasów rzymskich uzdrowisko, gdzie po bitwach i przed bitwami odpoczywali rzymscy legionieści, jest pięknie położone w Wogezach. Mocno dziś podupadłe, warte jest odwiedzin, i - dla czego by nie, n. p. miejsca spotkania koleżeńkiego.

W 1752 przenosi z Pont-à-Mousson szkołę medyczną i tworzy w Nancy Królewskie Kolegium Medycyny (Collège royal de Médecine) które staje się załącznikiem Wydziału lekarskiego Uniwersytetu w Nancy.

W 1760 roku, a więc mając już 83 lata (królów nie dotyczył 35-cio godzinny tydzień pracy i na ogół na emeryturę nie przechodzili), ma jeszcze dość energii, aby stworzyć fundację, zapewniającą utrzymanie i opiekę tym księżom, którym wiek lub zdrowie nie pozwalały na wypełnianie obowiązków kapłańskich . Można by spytać – A dlaczego księżom ? – ano, bo w tamtych czasach kapłani żyli rzeczywiście w celibacie i w razie potrzeby nie miał się nimi kto opiekować. Jak widac z powyższego, wkład Stanisława w opiekę zdrowotną ludności, jak na tamte czasy był olbrzymi. A działał On też skutecznie w innych dziedzinach życia społecznego, jak nauczanie powszechne, nauki ścisłe, literatura czy filozofia.

Wszystko to czego dokonał zostało wryte w kamieniu na Jego pomniku w Nancy.

Przechodniu ! przeczytaj, zapamiętaj ! STAN, jak go w Lotaryngii nazywają (na wypowiedzeniu «Leszczyński» można sobie zęby połamać) "zostawił po sobie wiele pomników i pamiątek. Ale żadne z nich nie będą tak trwałe, jak pamięć po nim" (Melchior Grimm – nie mylić z braćmi Grimm.) I pomyśleć – Polska takiego króla nie chciała. Wołała Sasa-opoja. Taki był niebezpieczny – jeszcze by porządek i jakieś podatki wymyślił. Ciekawe, że autorzy polscy mają Leszczyńskiemu za złe to, czego nie dokonał. Francuzi zaś, chwala go za to, czego dokonał.

Przemysław Koźmiński

Pogotowie w poczekalni- Krytyczna Sytuacja Pogotowia Ratunkowego w USA

Ewa Lewczuk, Connecticut, USA

wypowiedź Ewy Lewczuk na łamach internetowej listy [Polmed](#) w dyskusji na temat stanu służby zdrowia w USA

„Nie uważam, że szerokie warstwy społeczne są pozbawione medycyny w USA. Wręcz przeciwnie i paradoksalnie by się zdawało, brak ubezpieczenia nie prowadzi do braku opieki medycznej i najbardziej drogie leczenia będą skutecznie u takich pacjentów...poza oczywiście operacjami plastycznymi itd...”
Adam



Droga redakcjo,

Nie zgadzam się z powyższą opinią, że brak ubezpieczenia nie prowadzi do braku opieki medycznej. Brak ubezpieczenia jest bardzo dużym problemem społecznym i ekonomicznym w USA. Uważam, że nie posiadanie ubezpieczenia prowadzi do wielkich zaniedbań zdrowotnych, a w szczególnej mierze

- u ludzi bezrobotnych
- u ludzi starszych, którzy tej opieki najbardziej właśnie wtedy potrzebują, czy też są w okresie przejściowym- czyli bez ubezpieczenia z pracy, bo już przeszli na wcześniejszą emeryturę, ale jeszcze nie mają opieki państwowej Medicare
- studentów oraz tzw. pracujących biednych, którzy na to ubezpieczenie nie mogą sobie pozwolić, choć wydawałoby się, że nawet "przyzwoicie" zarabiają te ~ \$20,000-\$30,000 rocznie.

W tym kraju ponad 40 mln ludzi (z ok. 280 mln ogólnej populacji USA) nie ma żadnego podstawowego ubezpieczenia medycznego, (to tyle, co cała Polska!) - nie mówiąc już o ubezpieczeniu na usługi dentystyczne czy pokryciu za leki. W wyniku tego pogotowie ratunkowe pęka w szwach i nie spełnia swej funkcji ochrony zdrowia w warunkach nagłych. Prawie wszyscy nieubezpieczeni udają się więc do "emergency room" (ER), czyli idą na pogotowie nawet z powodu powikłań grypowych, wrośniętego paznokcia, tudzież innych rutynowych procedur, którymi faktycznie powinien zająć się lekarz pierwszego kontaktu (tj. w normalnych warunkach, jeśli byłiby ubezpieczeni).

W skali kraju wiele miejskich szpitali zamknęło już swe oddziały pogotowia ratunkowego, a inne odsyłają pacjentów gdziekolwiek się da, bo mają dzienne limity przyjęć nakładane na nich przez kompanie ubezpieczeniowe, które także nie mają funduszy na leczenie. Wiele szpitali jest tak samo zadłużonych jak w Polsce lub jest na pograniczu bankructwa. A społec-

czeństwo amerykańskie bardzo się oburzało, gdy w TV pokazano jeden z miejskich szpitali w Chicago (który z założenia przecież ma przyjmować ludzi bez względu na to czy mają ubezpieczenie czy nie) odsyłał pacjentów z kwitkiem lub pobierał niskie (w stosunku do ponoszonych kosztów) opłaty od pacjentów nie wymagających pierwszej pomocy.

Niektóre szpitale kopiują ten model i albo pacjenci płacą przed wizytą albo idą do domu lub idą szukać "szczęścia" w innym szpitalu.

Nikt z tej sytuacji nie jest zadowolony, ani pacjenci, ani lekarze, którzy zmuszeni są przyjmować setki pacjentów dziennie. Powszechnie wiadomo, że na skutek braku podstawowej opieki medycznej na codzień, wielu pacjentów przychodzi do ER (emergency room) dopiero wtedy, gdy jest już często za późno. Wtedy właśnie wzrastają wydatki na skomplikowane zabiegi, leczenie powikłań. Pogotowie zadłuża się coraz bardziej, ubezpieczenia rosną i kółko się zamyka.

Temat ubezpieczeń zdrowotnych jest bardzo popularny właśnie teraz na jesień, gdyż zakłady pracy prowadzą nabór i ujawniają ceny na nowy rok ubezpieczeniowy (zwykle pokrywający się z rokiem kalendarzowym). Teraz każdy Amerykanin mający pracę oferującą tzw. benefity (jak ubezpieczenie medyczne, ilość dni urlopu czy też dni wolne "chorobowe") musi dokonać wyboru rodzaju ubezpieczenia na kolejny rok. Cena zależy m. in. od wielkości zakładu pracy i rodzaju pokrycia (opcje poniżej). Ubezpieczenie dla jednej osoby (pracującej) kosztuje średnio \$1,000 do \$2,000 na jedną osobę, za dwie osoby trzeba zapłacić \$2,000- \$3,000, a na rodzinę \$4,000-6,000 na rok, i to przy dość dużych dotacjach ze strony zakładu pracy (jeśli się ma szczęście w takowym znaleźć pracę, gdyż benefity i dopłaty na jakikolwiek fundusz zdrowia nie są tu obowiązkowe).

Ponadto wszystkie wizyty u lekarza i procedury są płatne, a większość ubezpieczeń ma różnego rodzaju opłaty dodatkowe z kieszeni pacjenta, za większość badań czy średnio-skomplikowanych procedur sięgające setki czy nawet tysiący dolarów (nawet z dobrym ubezpieczeniem). Ciągłe wymyślane są nowe i bardziej 'egzotyczne' typy opłat ściągające forszę od pacjenta (takie jak co-pay, co-insurance & deductible), a firmy ubezpieczeniowe negocjują coraz niższe relatywne raty, które zwracają lekarzom za wizyty i zabiegi. W zależności od opcji, którą sobie wybierzemy można mieć: 1- tańsze ubezpieczenie, ale więcej trzeba zapłacić za procedurę, lub 2- droższe ubezpieczenie, ale mniej się płaci w razie potrzeby wykonania usługi.

Z moich doświadczeń podam dla porównania ceny w dwóch planach danych do wyboru pracownikom w mojej korporacji. W opcji pierwszej za wizytę u lekarza ogólnego lub rodzinnego zapłacimy jedyne \$12-\$15 ale na specjalistę trzeba wydać już \$30 (co wcale nie jest małą kwotą za przysłowiowe powiedzenie 'dzień dobry' i 10-min. wizytę ewaluacyjną...). W opcji drugiej płaci się \$15-\$18 niezależnie od rodzaju specjalizacji. Z innych rzeczy, np. MRI w pierwszym przypadku kosztuje pacjenta \$150-\$250 za każdy, a w opcji drugiej jest niepłatny przy odpowiedniej uzasadnionej autoryzacji; procedura "outpatient surgery" czyli operacja jednodniowa bez hospitalizacji w pierwszym przypadku wynosi 20% całkowitego kosztu zabiegu (czasem są roczne limity górne do zapłaty przez pacjenta), a w drugim przypadku \$250 za każdy taki zabieg. Hospitalizacja w pierwszym przypadku właśnie podrożała z \$900 do \$1,200 za jedną trzydniową wizytę w szpitalu, włącznie z porodem (czyli wynosi \$300/\$400 na dobę odpowiednio w roku 2003/2004), lub w drugiej opcji to samo kosztuje \$500 za każdy pobyt w szpitalu po odpowiedniej autoryzacji przez lekarza (i choć cena została taka sama, to totalny koszt ubezpieczenia na dwie osoby wzrósł o \$700 (!) w 2004).

Na temat kosztów leków już nawet szkoda polemizować. 'Głupi' antybiotyk, który w Polsce kosztuje 42 zł, tutaj cena jego wynosi \$90, z czego \$15-\$20 musi uiścić pacjent (jesli lek jest na liście 'generyków' lub \$30-\$50 jeśli jest to lek firmowy (brand name)).

System pogotowia i ogólnie mówiąc także leczenia w USA jest coraz bardziej niewydolny między innymi dlatego iż aż tylu ludzi jest nieubezpieczonych (14.3 % udokumentowanego społeczeństwa, czyli nie licząc 'nielegalnych').

Coraz częściej pobyt w ER sprowadza się do kwestii: jak 'wysiedzę' swoje kilkanaście godzin w poczekalni, to musza mnie przyjąć. Jeśli zauważysz że każda wizyta jednego pacjenta wiąże się z zajęciem izby ER przez ok. 1-2 godziny (bo przecież trzeba pacjenta zbadać i poczekać na wyniki badań), to koszty utrzymania takiej służby zdrowia są niesamowite. W wyniku tego wszyscy objęci tym systemem ponoszą dodatkowe koszty i narzekają że po pierwsze co roku płacą więcej za ubezpieczenia zdrowotne, po drugie nie mogą dostać właściwej pomocy ratunkowej nawet gdy jej najbardziej potrzebują.

Lekarze narzekają przede wszystkim na brak środków do leczenia nieubezpieczonych i przeciążenie zalewem pacjentów oraz przemęczenie.

Oczywiście ma się też ten 'komfort' że jak się połamie nogę to –po dokładnym zebraniu danych i uiszczeniu \$100 za wizytę na ER- zrobią na pogotowiu odpowiedni 'scan' czy MRI (po 6 godzinach czekania w poczekalni), owiną w szybko schnący się gips w niebieskim kolorze i wyślą do domu z paczuszką leków przeciwbólowych które właśnie dostali na wypróbowanie, od ostatnio wizytującej firmy farmaceutycznej.

Ale nikt nie gwarantuje że będzie wolny pokój w ER jak się będzie miało atak serca (bo przecież z powodu braku medycyny podstawowej zainfekowany wrosnięty paznokieć trzeba w końcu usunąć).

Z zaciekawieniem śledzę więc dyskusję o realiach komercyjnej medycyny. Wiem, że takich problemów nie rozwiążemy na liście dyskusyjnej, ale to były moje "trzy grosze" na forum. Wszystkim czytelnikom niezależnie od kraju pobytu życzę więc pracy z dobrym ubezpieczeniem medycznym, a przede wszystkim żeby zdrowi byli i nie musieli chodzić na żadne pogotowie!

Ewa Lewczuk

WSPOMNIENIA O NASZYCH PROFESORACH

Przemysław Kozmiński

Profesor A.Kurnatowski z Łodzi, wydał książkę z życiorysami naszych nauczycieli uniwersyteckich.

W latach naszych studiów (1951-1957), wielu z naszych profesorów było już w wieku emerytalnym, a podjęli pracę z patriotyzmu i umiłowania zawodu. Byli to

przeważnie nauczyciele z ogromnym dorobkiem naukowych, znani uczeni, jak też ludzie charakteru. Masa anegdot krążyła na ich temat. Przemek Kozmiński z Nancy, członek AMOPF-u od chwili jego założenia, proponuje czytelnikom kilka anegdot dotyczących niez-

wykle "barwnych postaci" naszych profesorów, między innymi: Profesora Wasilewskiego (anatomia) i Profesora Tomaszewicza (chirurgia). Przemek proponuje wszystkim czytelnikom Biuletynu, aby "pogrzebali" w pamięci i przysłali do redakcji najciekawsze anegdoty o ich nau-

czycielach uniwersyteckich (P. Konopka). Zyciorysy naszych Nauczycieli, pobudziły pamięć dawnych lat i przybliżyły je. Studiowaliśmy w ciężkich czasach, tak materialnie jak i politycznie. Niejednokrotnie trzeba było uważać co i do kogo się mówi. Ale mimo tego, nie wszystko było smutne, szare i ponure. Przytrafiały się też i sytuacje zabawne.

Nie jeden z nas zachował w pamięci jakieś zdarzenie, które nadawało pewnego koloru naszym Profesorom; stawali się ludźmi z krwi i kości, a nie tylko anatomiami, chirurgami, czy innymi wyspecjalizowanymi naukowcami.

Do czego prowadzę: a może by tak przy pomocy Biuletynu Federacji rozpisać prośbę o nadsyłanie wspomnień o tego rodzaju drobnych zdarzeniach, które możnaby ewentualnie wydać osobno, lub publikować w kolejnych numerach Biuletynu.

Pierwszy daję przykład.

Prof. Tadeusz Wasilewski (anatomia prawidłowa):

W Anatomikum, gdzie usiłowano nauczyć nas anatomii prawidłowej od czasu do czasu "groźny Tadeusz" dokonywał nalotów i przy zwłokach zadawał nam pytania, na które nie wszyscy i nie zawsze byli w stanie dać prawidłową odpowiedź. Razu pewnego dopadł mnie, pytając: "Czo Pan tu robi" ? - ano, kroję..... nie pomnę co tam "kroiłem". I tu pojąłem błąd, który popełniłem. Ale zanim udało mi się błąd ten skorygować,

Prof. Wasilewski rzekł - "kroić to Pan będziesz u rzeźnika, Panie, tutaj to Pan preparujesz ! Tak jest, Panie Profesorze. Drżałem na całym ciele, ręce mi się trzęsły, bo coś przeczułem, że to nie jest koniec przesłuchania. No i w rzeczy samej - "Powiedz Pan co to jest i pokaż Pan, gdzie to jest ta "sieć mniejsza"; rzuciłem się jej szukać, ale zwłoki były już wielokrotnie poprzewracane, tak, że nie mogłem trafić od razu w odpowiednie miejsce (słowo harcerskie - wiedziałem co to takiego i gdzie się to ukrywa). - Nie mogąc trafić od razu, złapałem jelito ślepe (ślepy trzebaby być, żeby go nie znaleźć) i jadąc w górę dotarłem w końcu tam gdzie było trzeba. - " Orłem to Pan nie jesteś- widzę - po nitce do kłębka " - Ano, powiadam, jak się nie jest orłem, to trzeba być węzem "Masz Pan u mnie za tego węża jeden dodatni punkt" I poszedł. Innym razem dopadł kolegę z tej samej grupy. Preparowaliśmy właśnie thorax. "No to, Panie kolego, niech no Pan nam opowie jak jest ten mechanizm oddychania". Biedaczyna, albo niedouczony, albo skonfundowany zaczął opowiadać wszystko wręcz odwrotnie: że płuca rozszerzają klatkę piersiową itd. Groźny Tadeusz nie pozwolił mu skończyć i pyta: "a wiesz Pan, Panie kiedy skutek wyprzedza przyczynę ? - wtedy, kiedy kiepski lekarz idzie za trumną szwojego zmarłego paczjenta."

Prof. Tomaszewicz

(chirurgia ogólna)

Zdawałem " Propedeutykę chirurgii." Pada pytanie, "Nu synku, powiedz no mi co to jest takiego"powysiękowe zapalenie żył". Coś tam zacząłem bredzić, że kwas mlekowy, że uszkodzenie endotelium i inne jakieś głupstwa. Na co Stary: nu, byt może jest to tak jak ty tutaj opowiadasz, ale to nie jest tak jak ja to opisałem w mojej książce. Widać, co ty niedoczytał. A masz moja książkę? Oczywiście, Panie Profesorze, tylko nie przy sobie. Tutaj Tomaszewicz sięgnął po swoją książkę, otworzył na właściwym rozdziale i powiada: nu, weź książku, pojedź na korytarz, przeczytaj i jak się naumiesz, to przyjdź tutaj. Rozdział wchłonąłem w kilkanaście minut, wracam i opowiadam tak jak tam było napisane. "No widzisz – naumiał się, znaczy że nie durak. Nu, a teraz naum się całej mojej książki jak naumiał się tego rozdziału i przyjdź do mnie za dwa tygodnie."

Historyjka, którą zasłyszałem, ale nie byłem świadkiem. Podobno po dość nagłej śmierci biologa, Prof. Aukowskiego, zwrócono się do endokrynologa Prof. Berra, aby u niego studenci zdawali egzamin z biologii. " Co, ja mam pytać z biologii?, ależ proszę bardzo! Byleby mnie nikt o nic nie pytał!"

Inna autentyczna historia: jest rok 1959 bodajże. Odbywa się oficjalne i uroczyste otwarcie Oddziału Laryngologii Dziecięcej w Szpitalu na

Spornej w Łodzi. Szpital, jak na owe czasy nowoczesny i bardzo dobrze wyposażony, pachnie jeszcze farbą. Docent Kmita, daleki zresztą mojej pociotek, w sali nabitej do ostatniego miejsca opowiada, po kilkumiesięcznej podróży do Francji, jak to ta kapitalistyczna medycyna wygląda. A że był to okres jednej z wielu odwilży, mógł opowiadać prawdę. No więc, jak jest zorganizowany dzień pracy, co do kogo należy,

jakim dysponują sprzętem itd. Kilkakrotnie podkreślał wagę pracy sekretarek medycznych, organizujących i koordynujących pracę lekarza. Siedziałem w końcu sali niedaleko Prof. Borsuka. Ten w pewnej chwili, głosem przyduszonego bawołu pyta : "a wiecie co takiego dobra sekretarka ? - prawa ręka, lewa d...a!" Konsternacji nie było, bo większość wsłuchana była w to co opowiada Stasio Kmita.

Zapamiętałem jedno wieloznaczące powiedzenie, nie pamiętam przy jakiej okazji wypowiedziane " każdy zając ma żabę, która przed nim ucieka i psa, którego się boi - powiedział moją żonę widząc jak odbierałem telefon od mojej żony " Mam też w pamięci i inne, dużo mniej zabawne wspomnienia. Ale - Gaudeamus, że jeszcze żyjemy !

Wiadomości z Waszyngtonu

PAHA

W dniu 8.11.03 odbyły się wybory zarządu PAHA. Prezesem związku na drugą kadencję została wybrana Dr Edwarda Buda-Okreglak. Skład nowego zarządu:

Current Board of Directors:

- [Edwarda Buda-Okreglak, MD, President](#)
- [Jarosław Kalka, MD, Vice President](#)
- [Ilona Sawicki-Kalka, MD, Secretary](#)
- Blanka Szadrin, DDS, Treasurer
- [Piotr Grojec, MD](#)
- [Iwona Kasior-Szerszen, MSPT](#)
- [Maria Dorota Majewski, PhD](#)
- [Kris Murawski, MD](#)
- [George Tralka, MD](#)

Audit Committee:

- [Christopher Michejda, PhD, Chairman](#)
- [Anna Korzan, MD](#)
- [Danuta Krotoski, PhD](#)

PAHA Delegate to Federation Council:

- [Kris Murawski, MD](#)

NIEBEZPIECZNE ROZRYWKI

Piotr Konopka

Kontynuując moje prywatne "obchody" 50-lecia śmierci J.Stalina, tym razem opisuję autentyczną przygodę jednego z moich dobrych przyjaciół z liceum. Niestety, jest ona raczej smutna.

Wojtek I. był chłopcem niezwykle wesołym, nieposłusznym, świetnym kolegą, ale dosyć słabym uczniem. Za to był wielkim sportowcem. Był mistrzem Polski juniorów pływania w stylu "motylkowym" i zapowiadał się znakomicie. Dyrektor naszego liceum był nim zachwycony, gdyż wyczyny sportowe szkoły były dla dyrektora najważniejsze. Ciągłe odbywały się jakieś spartakiady, gdzie nasze liceum zawsze "walczyło" o czołowe miejsca. W tej sytuacji, słabe wyniki Wojtka nie tylko dyrektorowi nie przeszkadzały, ale odwrotnie, miał cichą nadzieję, że ten mierny uczeń zostanie w szkole trochę dłużej powtarzając którąś klasę lub oblewając maturę. Los chciał inaczej.

Z Wojtkiem chodziłem do 9-ej i 10-ej klasy (lata 1949-50). Ktorego dnia Wojtek zniknął, to znaczy po wakacjach nie wrócił do 11-ej klasy, czyli w tych czasach klasy maturalnej. Nikt nie wiedział co się z nim stało, nie przychodził również na treningi pływackie; wszelki ślad po nim zaginął.

Spotkałem go dopiero 4-5 lat później na pływalni YMCA w Łodzi, gdzie pełnił zaszczytne stanowisko ratownika. Bardzo utył, zrobił się smutny i poważny. Po pracy, opowiedział mi swoją niesamowitą historię.

Ojciec Wojtka był przed wojną jednym z najbardziej znanych lekarzy w Łodzi. Zamożna rodzina, żyła w wielopokojowym mieszkaniu w samym centrum miasta, gdzie ojciec Wojtka posiadał również swój gabinet lekarski.

Wraz z nastaniem "władzy ludowej" życie całej rodziny zostało całkowicie zbulwersowane: medycyna liberalna została zabroniona, a ogromne mieszkanie rodziców zostało podzielone na liczne segmenty, które przydzielono kilku innym rodzinom. Cała rodzina doktora I. zajmowała obecnie dwa pokoje i mały "pokoik-segment" w którym "urzędował" Wojtek.

Zostawmy na parę minut historię Wojtka i zajmijmy się historią Gertrudy D. Była to starsza pani, około 80-tki, głuchawa i trochę hipochondryk. Ponieważ żyła samotnie, wypełniała swój czas wizytami i czekaniem w poradni dzielnicowej, gdzie wszyscy ją znali i czuła się jak u siebie w domu. Ostatnio zaczęła się skarżyć na bóle brzucha. Lekarz rejonowy, jak zwykle jej nie badając bo po co, przepisywał jej różne środki przeciwbólowe i rozkurczowe... bez skutku. Zmęczony ciągłymi skargami Gertrudy i licznymi wizytami, wysłał ją w końcu do szpitala.

Jakież było zdumienie specjalistów w szpitalu, gdy zobaczyli na zdjęciu rentgenowskim - śrut w powłokach brzusznych. Zoperowano ją natychmiast i wyciągnięto jej z brzucha kilka kawałków srutu drobnego kalibru, takiego, jakiego się używa na strzelnicach do strzelania z wiatrówek. Na szczęście srut utkwił w powłokach bardzo powierzchownie i pani Gertruda nie odniosła żadnych poważnych obrażeń.

Sledztwo, obowiązkowe w takim przypadku, bardzo szybko znalazło sprawcę:był to niestety Wojtek.

Wojtek zajmował pokoik, który przylegał do pomieszczenia gdzie po drugiej stronie mieszkała Gertruda D. Oba pomieszczenia były oddzielone jedynie cieńkim przepierzeniem.

Co sie okazalo? Miłość do ludowej ojczyzny była u Wojtka tak potężna, że jego główna rozrywką, w wolnych chwilach, było strzelanie z wiatrówkido portretu towarzysza Stalina.

Milicjanci znaleźli bez trudu ogromny portret "ojczulka narodów" usiany otworami po strucie. Ponieważ Wojtek powiesił ten portret na ścianie która dzieliła jego pokój od pokoju pani Gertrudy, wypadek był nieunikniony, prawdopodobnie w czasie snu starszej pani. Oczywiście, Wojtek nie wiedział, że Gertruda śpi po drugiej stronie cienkiej ścianki, gdyż w takim wypadku z pewnością wyraziłby inaczej swoje uwielbienie dla towarzysza Stalina.

Zaaresztowany natychmiast, sądzony był przy "drzwiach zamkniętych", prawdopodobnie aby nie "zarazić" swoim pomysłem innych "wielbicieli" towarzysza Stalina. Po takiej obeldze wyrażonej naszemu wielkiemu przywódcy i to w tak ohydny sposób, kara musiała być oczywiście surowa i przykładowa. Drobnie rany pani Gertrudy nikogo nie interesowały w czasie procesu. Wojtek został, słusznie, skazany na 4 lata więzienia i mógł się uważać za szczęśliwego. Jego ojciec leczył kilku kacyków partyjnych, co z pewnością pomogło złagodzić zrozumiały gniew naszych niezależnych przedstawicieli wymiaru sprawiedliwosci. W Rosji "miałby prawo" do 20 lat gulagu.....minimum.

"Odsiedział" pełne 4 lata; zbrodnia była zbyt poważna, aby mógł liczyć na pobłażliwość i wyjść wcześniej z więzienia. Ponieważ został zaaresztowany na rok przed maturą nigdy już nie wrócił do szkoły. Na szczęście, dzięki swojemu byłemu trenerowi, znalazł pracę ratownika. Widywałem go później dosyć często, gdy chodziłem na pływalnię. Nie trzeba było wspominać przy nim towarzysza Stalina..... bo stawał się nerwowy.

**Wszystkim naszym
czytelnikom i ich rodzinom, składamy w imieniu Redakcji i Zarządu Federacji,
święteczne, najserdeczniejsze życzenia zdrowia, radości oraz wszelkiej
pomyślności**

Redakcja Biuletynu:

A. Kłobukowski (Redaktor),
J. Bodziony, F. Forycki, J. Kasina, P. Konopka
(Komitet Redakcyjny)

Adres redakcji Biuletynu:

A.Klobukowski@t-online.de

Andrzej Kłobukowski
Karl-Marx-Strasse 139d, 15831 Grossziethen
Bundesrepublik Deutschland



Poland Invites YOU !

Hope Medical Institute

**Making World-Class Physicians & Veterinarians
Today, For Tomorrow's World**



When it comes to medical and veterinary education, our programs set standards for excellence. With cooperation from European universities, Hope Medical Institute brings you an unique unmatched opportunity at your doorstep.

- ❖ Programs recognized by the National Committee on Medical Education, Accreditation and the U.S. Department of Education, as well as, the Education Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG).
- ❖ 100% financial aid is available. The U.S. government provides subsidized loans to qualified students in our programs.
- ❖ Approved by New York Medical Education Board for clinical training in the state of New York. (A state with a high number of residency positions.)
- ❖ Smaller class size with traditional European tutorial style education.
- ❖ Programs to meet the needs of **high school** and **college** graduates
- ❖ Much safer campus environment, compared to many campuses in the USA.
- ❖ English language curriculum matches to major American medical schools.
- ❖ An excellent opportunity for hands-on participation for extensive training and experience.
- ❖ Alumnus holding very good positions all over the USA.
- ❖ Program offers opportunity to earn degree from Europe's well respected universities.

For the October 2003 Term

For more information contact:

Hope Medical Institute

11835 Rock Landing Dr., Newport News, VA 23606

Phone: 757-873-3333 Email: gethope@hmi-edu.com