

W numerze: Sprawa polityczna - str. 4 • Czy
zostało spowodowane kalectwo - str. 7 • Statut
DIL - str. 8 • Uczmy się języków - str. 13 •

Serdecznie gratulujemy

MINISTREM

Nowym dyrektorem Departamentu
Służby Zdrowia i Opieki Społecznej
został przewodniczący Dolnośląskiej
Izby Lekarskiej — dr Władysław
Sidorowicz.



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

LUTY '91

Nr 2(10)

Leczenie bólu przewlekłego wywołanego chorobą nowotworową

Ból jest powszechnym objawem schorzenia nowotworowego. Uważa się (wg danych WHO), że występuje u około 75% chorych z nowotworem.

Ból związany z nowotworem można podzielić na 3 fazy:

1. ból jako moment diagnostyczny, alarmujący,
2. ból z ucisku guza, rozpychania tkanek, bóle o typie neuralgicznym a nawet z objawami uszkodzenia nerwów,
3. bóle wywołane przerzutami.

Ból 2 i 3 okresu musi być zwalczany, jest bowiem cierpieniem bezsensownym.

Wg opinii ekspertów WHO, można, stosując odpowiednie metody leczenia, całkowicie znieść lub bardzo znacznie złagodzić ból u 70—90% chorych z nowotworem. Wg opinii tych samych ekspertów — w krajach rozwiniętych 50—80% chorych nie doświadcza zadowalającej ulgi. Główne przyczyny niezadowalającego łagodzenia bólu nowotworowego (wg WHO) tkwią w:

- często występującym u fachowych pracowników służby zdrowia braku świadomości o ustalonych i zadowalających metodach leczenia bólu nowotworowego,
- brakiem przekonania u kompetentnych

organizatorów służby zdrowia o konieczności ujęcia problemu leczenia bólu nowotworowego w formy organizacyjne,

- braku w wielu krajach dostępności leków zasadniczych do walki z tym bólem lub obecności przepisów znacznie utrudniających ich stosowanie,
- obawach możliwości wystąpienia naloгу lub niebezpiecznych powikłań u chorych z nowotworem biorących narkotyki (obawa nieuzasadniona),

Dokończenie na str. 2

„Co to jest Hospicjum?”

Jest to opieka nad chorym, umierającym na nieuleczalną chorobę. W zasadzie dotyczy chorych w terminalnym okresie choroby nowotworowej, gdy zostały już wyczerpane możliwości leczenia przyczynowego. Nie powinno się używać terminu „hospicjum” dla domów starców, domów dla przewlekle chorych czy schronisk dla bezdomnych, gdyż termin ten (hospice care, hospice medicine) ma już skonkretyzowane znaczenie medyczne, a sam ruch zasięg ogólnościowy.

Chory z chorobą nowotworową, u którego mimo zastosowanego leczenia: operacyjnego, chemioterapii czy radioterapii — choroba postępuje, lub gdy na to leczenie jest już za późno — jest chorym wymagającym szczególnego podejścia. Nie powinny tu być stosowane agresywne metody leczenia, nie powodujące powrotu do zdrowia, a tylko odwołujące chwilę zgonu kosztem dodatkowych cier-

pień: Chory nie może być jednak pozostawiony ze swoim cierpieniem i lękiem bez wykwalifikowanej i zaangażowanej pomocy.

Cierpienie w terminalnym okresie choroby nowotworowej jest cierpieniem całej osoby ludzkiej w jej wymiarze cielesno-duchowym, tak słusznie nazwanym przez L. Cecily Saunders — twórczynię Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie — „bólem wszechogar-

nającym” (total pain). Dlatego w leczeniu trzeba działać wszechstronnie, dążąc do zalczenia wszystkich aspektów cierpienia: somatycznego, psychicznego, socjalnego i duchowego.

Tymczasem właśnie ci chorzy są często jakby „poza marginesem” medycyny. Nie ma u nas wyodrębnionego działu medycyny paliatywnej, przedmiot ten nie jest nauczany na studiach medycznych ani w szkołach pielęgniarstwa, rzadko poruszany w szkoleniu podyplomowym. A przecież istnieją (wypracowane właśnie przez zespoły hospicyjne) metody zwalczania bólu, które wg ekspertów WHO pozwalają całkowicie znieść lub bardzo znacznie złagodzić ból u 70—90% chorych z nieuleczalnym nowotworem. Także inne uciążliwe dolegliwości mogą być znacznie zmniejszone.

Sama wiedza medyczna jednak tu nie wystarczy. Konieczne jest „pochylenie się” nad tajemnicą cierpienia. Jest to „bycie z cho-

Dokończenie na str. 4

Gratulujemy

Władysław Sidorowicz



ur. 17.09.1945 r. w Wilnie, od dzieciństwa mieszka we Wrocławiu. Tu ukończył szkołę podstawową, a następnie IX Liceum Ogólnokształcące. W 1963 r. zdał maturę i rozpoczął studia na Akademii Medycznej we Wrocławiu. W 1968 r. za udział w organizowaniu strajków studenckich został relego-

wany z uczelni. Studia ukończył w 1971 r. na Akademii Medycznej w Łodzi. Pracę zawodową rozpoczął w Klinice Psychiatrycznej Akademii Medycznej we Wrocławiu w ramach studium doktoranckiego. Jako były uczestnik „Marca 68” nie dostał etatu, odszedł z uczelni i pracował kolejno w Specjalistycznym Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Poradni Odwykowej dla dzielnicy Śródmieście i w ZOZ-ie dla Szkół Wyższych, gdzie pełnił funkcję kierownika Poradni Zdrowia Psychicznego. Jest specjalistą II stopnia w zakresie psychiatrii. Od początków „Solidarności” aktywny organizator i działacz związku. Przewodniczący komisji zakładowej i członek prezydium Zarządu Regionu Dolny Śląsk NSZZ „Solidarność” w pierwszej kadencji. Od 13 grudnia 81 do czerwca 82 internowany w Grodkowie. Po wyjściu nadal aktywny w tajnych strukturach związku. Brał udział w obradach Okrągłego Stołu w podzespole do spraw zdrowia. Po zalegalizowaniu NSZZ „Solidarność” został ponownie wybrany przewodniczącym komisji zakładowej. Jest również członkiem prezydium KK służby zdrowia NSZZ „Solidarność” na szczeblu regionu i wiceprzewodniczącym Krajowej Komisji Koordynacyjnej. Sprawami organizacji służby zdrowia i jej reformy zajmuje się od 1980 r. Organizator i przewodniczący Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Od kilku lat jest biegłym Arcybiskupiego Sądu Duchownego. Od 1968 r. żonaty, ma pięcioro dzieci, dwoje wnucząt. Syn Radosław 22 lata studiuje medycynę na Akademii Medycznej we Wrocławiu. Córka Agata, 21 lat, obecnie na urlopie macierzyńskim (matka 2-letniej Paulinki i 4-miesięcznego Bartłomieja), córka Dorota 18 lat, studentka polonistyki. Syn Łukasz, 7 lat i córka Marta, 6 lat — uczniowie I klasy i „zerówki” w szkole podstawowej nr 28. Żona Irena, specjalista psychiatra, pracuje obecnie na oddziale szpitalnym SZPOZ we Wrocławiu.

Z żalem zawiadamiamy, że 1 września zmarł

kol. HENRYK KRZYŚLAK

długoletni pracownik Gnieźnieńskiej Stomatologii a ostatnio jej szef.

W dniu 12 sierpnia 1990 roku zginął w wypadku drogowym

kol. PAWEŁ JAROS

pediatra z Tuliszkowa w woj. konińskim. Z żalem żegnamy Kolegę.

Leczenie bólu przewlekłego wywołanego chorobą nowotworową

Dokończenie ze str. 1

— braku systematycznej edukacji studentów medycyny, lekarzy, pielęgniarek i innych fachowych pracowników służby zdrowia.

Jednym z powodów, dla których — nawet mimo prawidłowo prowadzonego leczenia farmakologicznego — nie udaje się bólu nowotworowego opanować, jest nieuwzględnienie faktu, że ból nowotworowy to tzw. „ból wszechogarniający” („total pain”) i w leczeniu trzeba uwzględnić wszystkie: somatyczne, psychiczne, socjalne i duchowe aspekty tego bólu. (Ryc. 1).

Aby wdrożyć właściwe leczenie, trzeba przede wszystkim dokonać oceny bólu. Pomocne są tu następujące punkty:

1. wierzyć skargom pacjenta na ból,
2. ocenić natężenie bólu,
3. ocenić stan psychiczny chorego,
4. zapoznać się szczegółowo z historią choroby i historią skarg na ból,
5. przeprowadzić dokładne badanie przedmiotowe,
6. sprawdzić konieczne badania diagnostyczne,
7. rozważyć w czasie początkowej oceny alternatywne metody kontrolowania bólu

(np. radioterapia w przerzutach do kości),
8. ocenić poziom kontrolowania bólu po początkowym leczeniu p-bólowym (po 24 i 72 godz.).

Zalecaną przez ekspertów WHO strategię terapeutyczną przedstawia ryc. 2.

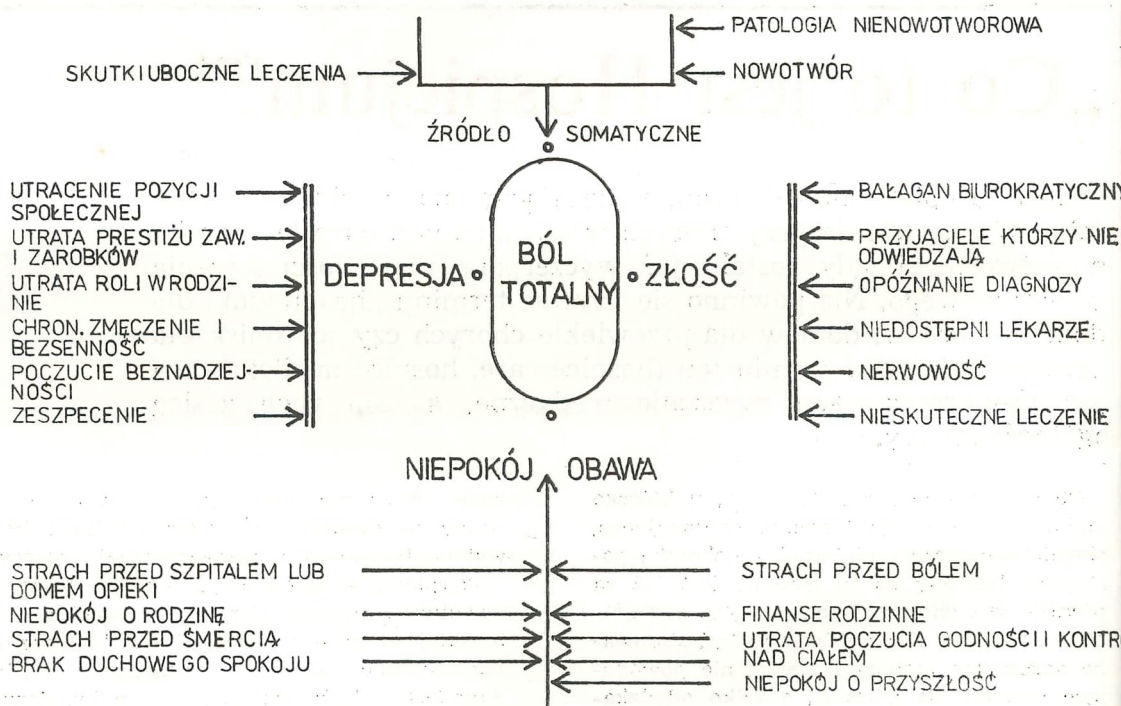
U większości chorych skuteczne jest leczenie farmakologiczne, o ile stosowane jest ono w odpowiedni sposób.

Podstawowe zasady tego leczenia to:

1. Ból nowotworowy wymaga terapii prewencyjnej. Chodzi o niedopuszczenie do nasilenia bólu, a nie jego zwalczanie, gdy jest „nie do zniesienia”. Oznacza to podawanie leku „wg zegarka” (zwykle co 4 godziny), a nie „na żądanie”.
 2. W miarę możliwości leki powinny być podawane doustnie.
 3. Dawki leków muszą być dobierane indywidualnie i w razie potrzeby zwiększane.
 4. Wg zaleceń WHO proponowana jest tzw. trzystopniowa „drabina analgetyczna”:
- I. słabe bóle: niesterydowe leki p-zapalne,
np.:
aspiryna 250—750 g co 4 godz.
paracetamol 500—1000 mg co 4 godz.
pyralgina 300—750 mg co 4 godz.

Dokończenie na str. 3

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA PERCEPCJĘ BÓLU U CHOREGO



KOLEJNOŚĆ POSTĘPOWANIA W ŁAGODZENIU BÓLU NOWOTWOROWEGO



Dokończenie ze str. 2

Często skuteczne tu są też leki takie jak diclofenac, piroxicam i inne z tej grupy. Należy jednak wybrać taki lek, który chory najlepiej toleruje.

Jeśli lek nie jest skuteczny, nie należy zmieniać go na alternatywny o podobnej sile, lecz zastosować lek z następnej grupy.
30–60 mg co 4 godz.

- II. silne bóle: słabe opioidy (kodeina, dionina) + ewent. lek z gr. I. Popularne są tu tzw. „proszki poczwórne”
dionini 0,03
pyralgini 0,5
coff n. benz. 0,05
luminali n. 0,025

lub czopki:
codeini phosp 0,03
acidi acetylosal. 0,5

- III. bardzo silne bóle: silne opioidy:
morfina (doustnie!) 5, 10, 15, 20, 30, 40, 60 lub więcej mg co 4 godziny
Np. Rp: Morphini hydr. 0,3
Sir. Simp. 35,0
T-ra Aurantii 2,0
Aq. destil ad 300,0

Zaczynamy podawanie od 1 łyżeczki (5 mg) co 4 godziny zwiększając dawkę w razie potrzeby. Można bezpiecznie stosować dawkę 2 łyżek stołowych (30 mg) co 4 godz., a opisywano dawki do 2000 mg/dobę. Przed snem można choremu podać dawkę podwójną. Są też — niestety jeszcze nie w Polsce — tabletki morfiny o przedłużonym działaniu. Częstym błędem jest odwlekanie momentu podania morfiny, oraz stosowanie zbyt małych, nieskutecznych dawek, a też przekonanie o większej skuteczności stosowania parenteralnego. Wydaje się, że przyczyną takiego postępowania są pokutujące przekonania,

że stosowanie morfiny powoduje wyniszczenie i szybszy zgon pacjenta, obawa przed uzależnieniem, lęk przed toksycznością, a szczególnie możliwością spowodowania depresji oddechowej. Te i inne podobne obawy, które mogą być prawdziwe w innych sytuacjach klinicznych czy życiowych, nie znajdują potwierdzenia w praktyce leczenia bólów nowotworowych doustnym podawaniem morfiny.

Należy podkreślić, że morfina powinna być podana wtedy, gdy istnieją takie wskazania (brak skuteczności słabych opioidów), a dawka musi być skuteczna. Objawy uboczne stosowania morfiny: nudności, czasem wymioty w pierwszych dniach stosowania wymagają podania leków przeciwwymiotnych, a zaparcia muszą być odpowiednio zwalczane, nie stanowią one natomiast wskazania do odstąpienia morfiny. Obecnie obowiązujące u nas przepisy utrudniają zapisywanie wystarczających dawek doustnych morfiny i powinny ulec zmianie.

W przypadku, gdy chory nie może pobierać leków doustnie, najkorzystniejsze jest podawanie morfiny w postaci ciągłej infuzji podskórnej. Założoną w skórę brzucha igłę typu „motylek” można utrzymywać przez kilka, a nawet kilkanaście dni, zaś w celu utrzymania stałej szybkości podawania leku należy stosować pompy infuzyjne (automatyczne strzykawki). Na świecie bardzo popularne są bateryjne urządzenia tego typu, które chory może nosić przy sobie. Warto, by zaczęły one być do Polski sprowadzane, zwłaszcza, że ich koszt nie jest zbyt wielki w porównaniu z innymi urządzeniami medycznymi. Jeśli chory ma założony wlew dożylny — morfina należy stosować we wlewie ciągłym. Dawki muszą tu być też indywidualnie dobierane, zaczyna się od 1 mg/min. To, czego należy unikać — to powtarzane iniekcje!

W niektórych przypadkach, przy nowotworach usytuowanych w dolnej połowie ciała, można stosować morfina do cewnika założonego do przestrzeni nadoponowej lub podpajęcznej.

Morfina jest w leczeniu silnych bólów nowotworowych lekiem z wyboru. Tylko jeśli pacjent w sposób uporczywy nie toleruje morfiny, można podać mu alternatywny, chemicznie odmienny lek w nadziei, że nie wywoła objawów niepożądanych.

Lekami silniejszymi od morfiny i bardziej kumulującymi się są metadon i levorphanol. Buprenorfina, lek agonistyczno-antagonistyczny, działa dłużej, można ją stosować co 8 godz. Nie można podawać jej jednocześnie z morfina, bo znoszą swoje działanie! To samo dotyczy popularnego ostatnio trodonu (tramal). Do tej samej grupy leków należy pentazocyna (Fortral), która w ogóle nie powinna być stosowana w leczeniu bólów nowotworowych ze względu na swoje niepewne działanie, szybki rozwój tolerancji i częste objawy uboczne. Łączenie u jednego chorego morfiny (czy dolantyny) i fortralu jest błędem w sztuce! Petydyna (dolantyna, dolargan) nie ma żadnej przewagi nad morfina w leczeniu bólu nowotworowego.

Na każdym etapie (stopniu leczenia) konieczne jest zazwyczaj stosowanie leków uzupełniających. Do najważniejszych należą:

1. Glikokortykoidy: użyteczne w łagodzeniu bólu związanego z uciskiem na struktury nerwowe, przerzuty do mózgu i narządów mięszowych oraz kości, przy obrzękach tkanek miękkich. Powodują też polepszenie nastroju i stymulację apetytu. Najczęściej stosowane są dexametazon i prednisolon. Należy uważać na krwawienia z przewodu pokarmowego, zwłaszcza, gdy stosowane są łącznie z aspiryną.

2. Leki p-drgawkowe: phenytoina i amizepina, przy bólach deafferencyjnych. Dawki — 200–800 mg/dobę.

3. Leki neuroleptyczne: chlorpromazyna, prochlorperazyna, haloperidol — stosowane u chorych pobudzonych, a najczęściej jako leki p-wymiotne. Dawki mniejsze niż przy leczeniu psychoz.

4. Leki uspokajające, nasenne: relanium, oxazepam — w razie potrzeby.

5. Leki p-depresyjne: Najczęściej stosowana jest amitriptylina w dawce 25–100 mg na noc. 25% chorych z nowotworem ma możliwość do identyfikacji depresję, prócz tego amitriptylina ma działanie p-bólowe w bólach kauzalicznych.

Jak wynika z tego przeglądu, odpowiedni dobór leku może wyeliminować różne rodzaje bólu. Należy wspomnieć, że w bólach wywołanych przerzutami do kości, morfina jest mało skuteczna, bardzo dobrze działają natomiast leki z grupy I.

Nie należy też zapominać o niektórych inwazyjnych metodach leczenia bólu nowotworowego. Należą do nich wspomniane już znieczulenia nadoponowe i podpajęczne, dopłucnowe podawanie środka znieczulającego czy blokady nerwów. W bólach wywołanych nowotworem trzustki czy żołądka bardzo skuteczne są blokady lityczne splotu trzewnego. Zabiegi te mogą być wykonywane w wyspecjalizowanych ośrodkach.

We Wrocławiu możliwość ta istnieje w Ośrodku Badania i Leczenia Bólu przy Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Reasumując:

1. Ból nowotworowy może i musi być leczony.
2. Podstawą leczenia tego bólu jest farmakoterapia.
3. Leki przynoszące ulgę mogą być pobierane przez długie okresy.
4. Morfina stosowana w leczeniu bólu nowotworowego nie powoduje uzależnienia psychicznego.
4. Leczenie musi uwzględniać wszystkie aspekty „bólu totalnego”.

O tym wszechogarniającym charakterze bólu nowotworowego musimy szczególnie pamiętać. Samo leczenie farmakologiczne, przewodowe czy operacyjne nie odniesie skutku,

Dokończenie na str. 7

Dolnośląska Izba Lekarska
uprzejmie informuje,
że zmienione zostały umery
telefonów Izby:

22 5056-225057

Za wynikłą zmianę serdecznie
przepraszamy!

„Co to jest Hospicjum?”

Dokończenie ze str. 1

rym”, pełna akceptacja chorego takim, jakim jest, oddanie i zrozumienie, słuchanie chorego (a nie tylko mówienie, wyjaśnianie), dar czuwania, przyjaźni. Taka postawa jest wyrazem szacunku dla osoby chorego oraz wyrazem naszej pokory wobec tajemnicy życia i śmierci.

Ruch hospicyjny przyjmuje bardzo różnorodne formy działania, zależnie od lokalnych warunków i potrzeb. W Polsce rozwija się w 2 głównych kierunkach. Jednym, na razie docelowym, jest budowa domów-hospicjów (najbardziej zaawansowana w Krakowie). Aby zapewnić właściwą opiekę hospicyjną, powinny być to obiekty nieduże, (do 25 łóżek), o wyposażeniu przypominającym dom (jednoosobowe pokoje chorych z możliwością pobytu rodziny chorego), z dużą dbałością o estetykę wnętrza i jego przytulną atmosferę, z licznym personelem pielęgniarstka (1 pielęgniarka na 3 chorych), stałą opieką lekarza wyspecjalizowanego w medycynie paliatywnej, pomocą psychologa, socjologa, i — co bardzo ważne — wolontariuszy, którzy chorem samotnym będą zastępować rodzinę. Jest to więc model zupełnie odmienny od naszych „domów opieki” i nie ukrywajmy — kosztowny, choć oczywiście rozwiązania tego rodzaju są docelowo konieczne. Jednak większość chorych umierających na chorobę nowotworową nie chciałaby — i nie musi — być umieszczonych w specjalnych oddziałach

czy domach-hospicjach, nawet bardzo luksusowych.

Miejsce, gdzie człowiek czuje się najbezpieczniej, jest własny dom. To dom i obecność rodziny dodaje odwagi i wspiera, by godnie przeżyć te trudne chwile. Jednak rodzina, nawet jeśli jest gotowa uczynić dla chorego wszystko, nie zawsze może sprostać tym zadaniom. I dlatego na całym świecie, a również w Polsce, najpopularniejszy stał się model domowej opieki hospicyjnej. Rodzina w opiece nad chorym pomaga zespół składający się z lekarza, pielęgniarki, ew. studenta medycyny, wolontariuszy, często kapłana. Stara się zapewnić choremu jak najszerszy i na najwyższym poziomie zakres opieki medyczno-psychiczno-duchowej. Otacza też opieką rodzinę, również w okresie żałoby. W USA i krajach Europy Zach. zespoły takie włączone są w struktury opieki zdrowotnej. W Polsce, poza Ośrodkiem Opieki Paliatywnej przy Kl. Onkolog. w Poznaniu — działają jako ruch społeczny, najczęściej związany z Kościołem. Obecnie takie hospicja domowe zorganizowano w 20 miastach Polski.

We Wrocławiu, od niecałych 3 lat, działa grupa lekarzy, pielęgniarek i wolontariuszy (w sumie ok. 20 osób), starająca się realizować te zadania. Mieliśmy w tym czasie pod opieką ok. 50 chorych. Jesteśmy w zasadzie grupą zupełnie nieformalną, dopiero obecnie staramy się przyjąć formy organizacyjne (być

może w ramach odrodzonego „Caritasu”). Działamy zupełnie bezinteresownie, zawsze we współpracy z lekarzem rejonowym. Oprócz konkretnej służby choremu człowiekowi staramy się popularyzować wiedzę o zwalczaniu bólu nowotworowego i zasadach opieki paliatywnej w środowisku lekarskim i studentckim. Zdajemy sobie sprawę, że nasza działalność jest kroplą w morzu potrzeb, zwłaszcza, że wg opinii ekspertów, ilość chorych wymagających opieki hospicyjnej będzie stale wzrastać.

Zespół nasz spotyka się raz w miesiącu na spotkaniach organizacyjno-szkoleniowych — w każdy czwarty czwartek miesiąca o godz. 18.30 w salce katechetycznej parafii Matki Boskiej Częstochowskiej przy ul. Kochanowskiego 11. Planujemy też spotkania o charakterze prelekcji i dyskusji na tematy etyczno-moralne przy parafii św. Rodziny we Wrocławiu. Na te spotkania serdecznie zapraszamy wszystkich, którzy są tą sprawą zainteresowani i być może chcieliby się w ruch hospicyjny włączyć. Szczególnie serdecznie zapraszamy kolegów, którzy przeszli na emeryturę i chcieliby służyć swoim doświadczeniem i czasem.

Informacjami na temat hospicjum wrocławskiego służą też: dr Anna Orońska — Klinika Anestezjologii i Int. Terapii, tel. 22-69-85, dr Ewa Ostrowska — tel. dom. 48-44-04, dr Jerzy Szkarłat, Okr. Szpital Kolejowy, tel. 67-82-11, p. Alicja Zgorzelska, tel. 44-51-42.

Anna Orońska

Artykuł dyskusyjny

Postawy agresywne nigdy nie były moją mocną stroną, czego zresztą często żałuję. Zawsze przemawiały do mnie argumenty logiczne.

I tak było od początku mojej działalności w radzie lekarskiej DIL. Co z tego wynikło, nie będę powtarzał — sprawozdanie z działalności Komisji Płacy i Pracy przedstawiłem na ostatnim zjeździe delegatów DIL oraz w Biuletynie Informacyjnym.

Dzisiaj chcę przedstawić swoje prognozy na rok bieżący, a także swoje propozycje. Sądzę, że ponad roczna działalność izb lekarskich powinna obligować każdego lekarza do własnych przemyśleń.

A teraz krótkie wnioski wynikające z kilkunastu ciężko przepracowanych miesięcy ubiegłego roku — przepracowanych przez prezydium DIL, radę DIL, poszczególne komisje, no i oczywiście prezesa DIL:

- 1) Mimo wielu dotąd istniejących nieporozumień, udało się stworzyć zręby naszej nowej instytucji samorządowej (jest to, pomimo powoływania się na tradycje, inna struktura, tworzona od nowa i w zupełnie nowych warunkach).
- 2) Przejęliśmy, albo jesteśmy w trakcie przejmowania spraw, do których obliguje

nas ustawa o izbach lekarskich (ustawa zła, wymagająca korekt). Przypomnieć tu muszę o naszym udziale (decydującym) w konkursach na ordynatorów, a także dy-

Sprawa polityczna?

rektorów ZOZ-ów i w innych jednostkach organizacyjnych służby zdrowia, o decyzjach płacowych na każdym szczeblu, o udziale w egzaminach specjalizacyjnych, przyjęciu decyzji o prawie wykonywania zawodu, o próbach tworzenia nowego systemu specjalizacji, przejęciu wszystkich spraw prowadzonych dotąd przez OKKZ itd.

- 3) Cała nasza działalność pełna osobistego zaangażowania doprowadziła do jej całkowitego niezrozumienia przez zaintereso-

waną społeczność lekarską. Do ostatniego sformułowania upoważniają mnie moje osobiste obserwacje. Zresztą każda osoba zainteresowana działalnością w izbie lekarskiej spotkała się z zarzutem o treści „No i co te izby dla mnie zrobiły” „czy Oni w ogóle coś robią?” I słusznie!!

Uważam, że zamiast tworzenia naszej instytucji samorządowej zajęliśmy się tworzeniem nowej administracji, przez wielu lekarzy pojmowanej jedynie jako kolejny instrument represyjny! Nie przedstawiliśmy się w sposób pozwalający na inną ocenę — kiedy udało nam się obronić najbardziej nawet błachy interes lekarza? Nie zdobyliśmy dotąd zaufania naszych kolegów. Nie mamy ich akceptacji, a w związku z tym nie mamy także ich współpracy, a wobec tego nasza praca traci sens.

Będąc demokratycznie wybranymi reprezentantami naszego środowiska mamy do wyboru — zrezygnować z naszych mandatów lub podjąć działania zgodne z oczekiwaniami sfrustrowanego środowiska.

Pozwolę sobie w tym momencie przedstawić moją prognozę na rok bieżący:

- 1) Nic się nie zmieni odnośnie reformy w Służbie Zdrowia.
- 2) Będzie znacznie gorzej odnośnie sytuacji finansowej. Podjęta przez sejm ustawa

Dokończenie na str. 5

Pracowity okres

Sprawozdanie z działalności
Oddziału Wrocławskiego Pol. Tow.
Lek. od 1.I.1987 do 31.XII.1990

W okresie ostatniej kadencji, trwającej od stycznia 1987 do grudnia 1990, Oddział Wrocławski Pol. Tow. Lek. prowadził wyłącznie działalność naukową. Posiedzenia odbywały się najczęściej w sali wykładowej Wojewódzkiego Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu, niektóre w sali konferencyjnej Hotelu „Wrocław”, sporadycznie także w salach wykładowych Akademii Medycznej i jeden raz w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Łącznie zorganizowano 37 posiedzeń, w tym 10 o charakterze całonocnych sympozjów. Wygłoszono 142 referaty, w tym 11 przez referentów spoza Wrocławia i 1 z zagranicy.

W kwietniu 1988 zainaugurowano cykl corocznych posiedzeń poświęconych wybitnym uczonym wrocławskiego środowiska naukowego. Pierwsze posiedzenie, zorganizowane dla uczczenia pamięci profesora Hugona Kowarzyka, poświęcone było zagadnieniom krzepnięcia krwi, wzięło w nim czynny udział kilku referentów z różnych miast Polski. W 1989 r. posiedzenie poświęcono pamięci Zofii i Hugona Kowarzyków — innym kierunkom przez nich reprezentowanym: kardiologii i wektokardiografii, jak również, zapoczątkowanej przez prof. Kowarzyka i rozwijanej przez jego następcę prof. J. Jagielskiego, cytogenetyce.

Posiedzenie zorganizowane w 1990 r., w XL-lecie Akademii Medycznej, poświęcone było profesorowi Brossowi i profesorowi Stefanowi Koczorowskiemu, twórcom II Kliniki Chirurgii i Kardiologii AM we Wrocławiu i dorobkowi ich następców.

Kontynuowano także zapoczątkowane w 1986 r. coroczne posiedzenia sympozjalne „Postępy w onkologii”; w mijającej kadencji odbyło się ich 4. Przebiegały one tradycyjnie w listopadzie i przedstawiano na nich najnowsze osiągnięcia teoretyczne i praktyczne w dziedzinie onkologii. Zazwyczaj uczestniczyły w nich firmy farmaceutyczne, które organizowały stoiska.

Pozostałe posiedzenia obejmowały różnorodne dyscypliny medyczne; miały charakter interdyscyplinarny. Przedstawione referaty reprezentowały wysoki poziom naukowy, cieszyły się dużym zainteresowaniem, czego wyrazem były dyskusje kończące prawie każde posiedzenie.

Oddział Wrocławski Pol. Tow. Lek. uczestniczył także w przygotowywaniu 6 posiedzeń organizowanych przez inne towarzystwa naukowe: Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego — 2 razy, Wrocławskie Towarzystwo Naukowe i Komisję Nauk Medycznych PAN — 1 raz, Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego — 1 raz, Oddział wrocławski Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów — 2 razy.

Zarząd Oddziału powołał Komisję Nagród, która wyróżniła za wysoki poziom naukowy 4 prace wygłoszone w 1988 r. i 3 w 1989 r. Autorzy wyróżnionych prac otrzymali w listopadzie 1990 r. dyplomy.

Wszystkie posiedzenia organizowane przez Oddział Wrocławski PTL były bezpłatne. Frekwencja była zadowalająca i wynosiła od 50 do ponad 200 osób.

W ostatnim okresie Zarząd Oddziału współpracował z Dolnośląską Izbą Lekarską. W biuletynie DIL-u ukazywały się informacje na temat posiedzeń naukowych.

Poza posiedzeń naukowych, organizowanych regularnie przez Oddział Wojewódzki Pol. Tow. Lek., posiedzenia referatowe miały miejsce w Kołach PTL, istniejących na terenie województwa. W ciągu kadencji istniały następujące koła: w Strzelinie, w Oławie, Oleśnicy, przy Szpitalu Wojewódzkim we Wrocławiu i przy Szpitalu Kolejowym — jako Koło Sekcji Medycyny Komunikacyjnej. Członkowie tych kół uczęszczali także na posiedzenia organizowane przez Zarząd Oddziału. Do końca kadencji utrzymały aktywność koła w Strzelinie i Oławie. Natomiast koło w Oleśnicy wystąpiło z wnioskiem o rozwiązanie z powodu braku działalności Zarządu Koła, także po odejściu na emeryturę doc. A. Janiakowej praktycznie zanikła aktywność koła przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym.

Na początku kadencji Oddział Wrocławski liczył 900 członków, pod koniec — 1020. Jednak, wobec rozpadu koła w Oleśnicy i chęci wystąpienia z PTL-u lekarzy ze Szpitala XL-lecia, liczba ta może ulec zmniejszeniu.

Prezes Wrocławskiego
Oddziału Pol. Tow. Lek.
Sabina Kotlarek-Haus
Sekretarz Polskiego
Towarzystwa Lekarskiego
Lidia Usnarska-Zubkiewicz

Sprawa polityczna?

Dokończenie ze str. 3

budżetowa gwarantuje służbie zdrowia kłopoty już od maja — czerwca b.r.

- 3) Zamykamy szpitale, zwalniamy personel włącznie z lekarzami — wprowadzamy bezrobocie bez próby reformy!!
- 4) Likwidujemy przemysłową służbę zdrowia — także bez próby reformowania i tworzenia całościowego rozwiązania problemu.
- 5) Co się da oddajemy w ręce samorządów terytorialnych!.
- 6) MZ i OS kontynuuje postępowania restrykcyjne wobec służby zdrowia — nadal utrzymuje się tzw. „etatyzację” nie próbuje rozpocząć wyliczenia kosztów działalności. Utrzymuje się odgórne postępowanie administracyjne. W ręku ministerstwa tylko bat!. Najważniejszy jest czas pracy, godziny pracy, stosunek do pacjenta, ilość przyjęć itd.
- 7) Lekarze wojewódzcy nadal ubezwłasnowolnieni w sprawach finansowych, kierownicy podległych placówek służby zdrowia tak samo, itd.

Dlaczego tak ma być?

BO SPRAWA SŁUŻBY ZDROWIA TO SPRAWA POLITYCZNA!

Ciągle słyszę, że nic się nie da zrobić bez zmiany konstytucji, a potem olbrzymiej ilości aktualnie obowiązujących ustaw. To może wobec tego nie zmieniamy niczego do czasu nowych wyborów do Sejmu? Do czasu uchwalenia nowej Konstytucji RP?

Jestem zdecydowanie przeciwny temu sposobowi myślenia. Wszyscy pracujemy codziennie ze swoimi pacjentami. Z pełną odpowiedzialnością mogę powiedzieć, że od wielu lat zdają sobie oni doskonale sprawę z krzywdy, jaka nas spotyka. To właśnie oni oceniają naszą pracę w sposób adekwatny do naszej sytuacji. To właśnie nasi pacjenci są zdania, że dzieje nam się krzywda, że pracujemy za ciężko, że zarabiamy za mało. Zawsze ocena wartości naszego zawodu była najwyższa — można to sprawdzić we wszystkich dotąd prowadzonych badaniach tzw. opinii publicznej. To nieprawda, że przyznanie nam właściwej gratyfikacji za naszą pracę spotka się z oporem społecznym! Jest to fikcja podtrzymywana przez postkomunistyczne (wychowywane na sprawdzonych stalinowskich wzorach) struktury władzy.

W związku z powyższym proponuję, aby rok bieżący pomimo wszelkich negatywnych prognoz stał się dla nas rokiem przełomowym. Proponuję zdecydowaną i stanowczą walkę o nasze prawa.

W moim odczuciu „klasa” lekarzy od wielu lat, aż do chwili obecnej, mieści się poza kategoriami prawnymi obowiązującymi w Polsce. Nie jesteśmy przecież sferą produkcyjną, wbrew pozorom nie jesteśmy też sferą usługową (vide — przepisy naszego prawa).

To czym jesteśmy? Grupą osób znajdującą się poza prawem. Podobno mamy od niedawna państwo prawa. Tylko, że w tym państwie nie mamy swojego miejsca. Szukajmy tego miejsca.

Sądzę, że strajk w formach dla nas możliwych jest konieczny, ponieważ inne sposoby naszego działania nie zdały i nie zdadzą egzaminu. To moja propozycja (i mojej Komisji) na najbliższe miesiące. Żądać będziemy nie tylko załatwienia spraw płacowych i podatkowych, ale także właściwego podejścia do naszych spraw emerytalno-rentowych i zdrowotnych.

Czesław Klemaszewski

Konieczność zjazdu lekarzy

Dolnośląska Rada Lekarska na posiedzeniu w dniu 18.XII.90 r. podjęła następującą uchwałę:

Oceniając, że istnieją obiektywne potrzeby, Dolnośląska Rada Lekarska opowiada się za zwołaniem Nadzwyczajnego Zjazdu Krajowego Lekarzy. Do tych obiektywnych potrzeb DRL zalicza:

- potrzebę uchwalenia kodeksu deontologicznego,
- potrzebę zweryfikowania wysokości składek opłacanych przez Okręgowe Izby Lekarskie na rzecz Naczelnej Izby Lekarskiej — postulujemy zmniejszenie jej z dotychczasowych 20% całości składek do 5%,
- potrzebę przedyskutowania na szerokim forum przygotowań izby lekarskiej do udziału w przyszłych wyborach do sejmiku,
- potrzebę dyskusji na temat zaawansowania prac legislacyjnych mających na celu zmiany w dotychczasowej ustawie o izbach lekarskich.

Wrocławski Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

oraz

Sekcja Chirurgiczna Klatki Piersiowej Serca i Naczyń
Towarzystwa Chirurgów Polskich

Z a p r a s z a j ą

na posiedzenie naukowo-szkoleniowe
które odbędzie się dnia 23 lutego 1991 roku o godzinie 9.00
w sali konferencyjnej Hotelu WROCLAW ul. Powstańców Śląskich 7
we Wrocławiu

na temat:

OCENA WYNIKÓW TRANSPLANTACJI NEREK W OŚRODKU WROCLAWSKIM (100 przypadków)

W programie przewidziane są referaty przygotowane przez Zespół Katedry i Kliniki Nefrologii AM, Nefrologii Dziecięcej, Chirurgii Naczyniowej, Instytutu Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN oraz Kierowników Wojewódzkich Stacji Dializ z regionu dolnośląskiego.

SEKRETARZ
Wrocl. Oddz. PTL
Dr med. Izabela Gasińska-Drozdowska
Doln. Oddz. PTN
Doc. dr hab. Rajmund Adamiec

PREZES
Wrocl. Oddz. PTL
Prof. dr hab. Mieczysław Ujec
Doln. Oddz. PTN
Prof. dr hab. Zenon Szewczyk
Sekc. Chir. Oddz. TChP
Prof. dr hab. Klemens Skóra

Posiedzenie sponsorowane jest przez firmę Ciba-Geigy

Listy do redakcji

Wystarczy pomyśleć

W dobie obecnej, gdy społeczna służba zdrowia z braku pieniędzy kuleje coraz bardziej, a reforma systemu ubezpieczeń jest zawieszona w nieokreślonej przyszłości — proponuję polepszenie dostępności opieki zdrowotnej bez żadnych nakładów finansowych ze strony państwa. Otóż należy nie wykorzystane gabinety w przychodniach państwowych (a jest ich wiele, zwłaszcza w godzinach popołudniowych) wynająć lekarzom na prowadzenie praktyk prywatnych. Oczywiście, godziny wynajęcia należy tak ustalić z miejscową administracją, aby normalna działalność przychodni nie była zakłócona, a koszty najmu określić zgodnie z rachunkiem ekonomicznym. Działalność taka przyniesie korzyści:

1. dla pacjentów — uzyskają łatwiejszy dostęp do specjalistycznej opieki zdrowotnej i będą przyjęci w godziwych warunkach lokalowych (przychodnie państwowe z reguły spełniają wymagania sanitarne dla placówek lecznictwa otwartego, a prywatne gabinety nie zawsze; są organizowane w piwnicach, na strychach, w mieszkaniach — wspólny węzeł sanitarny dla zdrowych i chorych urąga elementarnym zasadom higieny).

2. dla ZOZ-ów — opłata za najem niewykorzystanych gabinetów obniży nakłady z budżetu na utrzymanie przychodni.

3. dla państwa — do kasy państwowej wpłyną pieniądze odprowadzane tytułem podatku.

4. dla lekarza — możliwość pracy w przystosowanym do tego lokalu, bez dodatkowych nakładów na urządzenie gabinetu.

5. dla innych mieszkańców miejscowości, w której będzie prowadzona taka praktyka prywatna — lokal, który zająłby lekarz na gabinet prywatny, pozostanie wolny i może służyć innym rodzajom działalności gospodarczej, co przy gładkiej lokalowej w okresie wychodzenia z kryzysu nie jest bez znaczenia.

Obecna sytuacja prawna przedstawia się tak, że dyrektor ZOZ-u jest tylko administratorem, zgodę na prowadzenie praktyki prywatnej w niewykorzystanym gabinecie przychodni państwowej może wydać lekarz wojewódzki. Co na to lekarze wojewódzcy województw — wrocławskiego, wałbrzyskiego, jeleniogórskiego i legnickiego? A co na to przewodniczący naszej Izby Lekarskiej, a obecnie minister zdrowia RP — dr Władysław Sidorowicz? Każdy dzień opóźnienia z wprowadzeniem powyższej propozycji przynosi straty lekarzom i pacjentom, czyli społeczeństwu.

Od Redakcji:

Od dłuższego już czasu funkcjonują w wielu przychodniach gabinety prywatne. Ciekawi byłibyśmy doświadczeń kolegów, którzy zdecydowali się na tę formę działalności. Prosimy o listy.

Bogusław Mariusz Cichoń

Dyżury członków Prezydium DIL

PONIEDZIAŁEK

Ryszard Łopuch	godz. 12.00—14.00
Franciszek Marcinowski	
(radca prawny)	godz. 13.00—15.00
Zofia Krzysztoń	godz. 13.00—15.00

WTOREK

Zdzisław	
Plamieniak	godz. 13.00—15.00
Włodzimierz Bednorz	godz. 13.00—15.00
Alicja Kowalisko	godz. 13.00—15.00

CZWARTEK

Andrzej Pawlak	godz. 9.00—11.00
Wiesław Iwanowski	godz. 10.00—11.00
Tadeusz Heimrath	godz. 12.00—13.00
Ryszard Łopuch	godz. 13.00—15.00
Lech Czarnecki	godz. 15.00—16.00
Ryszard Maj	godz. 16.00—17.00
Franciszek Marcinkowski	
(radca prawny)	godz. 13.00—15.00

PIĄTEK

Alicja Kowalisko	godz. 12.30—14.30
Barbara Bruźewicz-	
-Miklaszewska	godz. 12.30—14.30
Teresa Bujko	godz. 11.30—13.30
Janina Kasprzak-	
Wójtowicz	godz. 13.00—15.00

Leczenie bólu przewlekłego wywołanego chorobą nowotworową

Dokończenie ze str. 3

jeżeli nie uwzględnimy innych jego aspektów. Bardzo ważne — a jednocześnie trudne — jest zdobycie i utrzymanie zaufania chorego. Musimy zdawać sobie sprawę, że u wielu chorych stan ich zdrowia będzie się pogarszał w wyniku progresji procesu nowotworowego, a to prowadzi do utraty zaufania do lekarza, a u lekarza może wywoływać zniechęcenia. Chory musi być przekonany, że nie zostanie pozbawiony opieki i pomocy. Nigdy nie może usłyszeć: „nic więcej nie mogę zrobić...”

W okresie terminalnym opieka nad chorym powinna mieć charakter zespołowy. W skład zespołu wchodzi: chory ze swoją rodziną, lekarz, pielęgniarki, fizykoterapeuci, psycholog, wolontariusze, często kapłan. Ten rodzaj opieki nosi nazwę opieki hospicyjnej. Jeśli takie jest życzenie chorego i jego rodziny, chory w okresie terminalnym powinien mieć możliwość otrzymania opieki w swoim domu.

Anna Orońska

Z prac Prezydium DIL

Na posiedzeniu Prezydium DIL w dniu 5.XII. 1990 r. poruszano między innymi następujące tematy: Janina Kasprzak-Wójtowicz poinformowała o propozycjach siatki uposażenia dla pracowników biura okręgowych izb lekarskich, jakie napłynęły z NIL. Zofia Krzyszoń przedstawiając dotychczasowe prace swojej komisji zaproponowała współdziałanie w kształceniu podyplomowym lekarzy z Akademią Medyczną. Zaproponowała, aby zorganizować jednostkę zajmującą się kształceniem lekarzy (zwłaszcza specjalizujących się), ściśle współpracującą z senatem AM.

W trakcie tej dyskusji poruszono także problemy kursów atestacyjnych, odpłatności za wykłady na kursach, konieczność współpracy z innymi ośrodkami klinicznymi, sprawę Centrum Szkoleniowego w Warszawie.

Podsumowano dyskusję stwierdzeniem, że izba powinna skupić się przede wszystkim na opiece nad lekarzami specjalizującymi się, a zwłaszcza lekarzami domowymi. Izba powinna udzielać poszczególnym szkoleniowym ośrodkom licencji na określony czas, zezwalający im na prowadzenie tego typu działalności.

Dyskutowano również nad zasadnością utrzymywania wielostopniowości niektórych specja-

lizacji, dochodząc do wniosku, iż tylko zbiegowe specjalności powinny w dalszym ciągu utrzymać ten model szkolenia podyplomowego.

24.XI.1990 r. odbyło się w Warszawie posiedzenie Naczelnej Komisji Rewizyjnej, na którym omawiano między innymi problem zwołania nadzwyczajnego zjazdu krajowego, a także wysłuchano sprawozdań poszczególnych komisji okręgowych. Większość zebranych opowiedziała się za zwołaniem zjazdu, przeciwny tej propozycji był prezes — prof. T. Chruściel.

*

W trakcie posiedzenia prezydium DIL w dniu 3.01.1990 r. zebrani poruszali następujące tematy:

— problem „uzdrowicieli” działających w kraju — np. Kaszpirowski, w stosunku do których izby lekarskie powinny zająć określone stanowisko. Uzgodniono, iż jak długo działalność ta nie powoduje konkretnych szkód zdrowotnych, nie ma powodu do negocjowania ich działalności;

— w związku z pismem-protestem, które napłynęło do DIL z Jeleniej Góry, dotyczącym konkursu na dyrektora Obwodu Lecznictwa Kolejowego, ustalono, iż należy wystąpić do dy-

Dokończenie na str. 14

Z kronik medycyny sądowej

Czy zostało spowodowane kalectwo?

Kobieta przyjęta została do szpitala celem odbycia 3 z kolei porodu. Istniejąca u niej sytuacja położnicza stworzyła konieczność rozwiązania ciąży cięciem cesarskim, poprzednie porody odbywały się bez powikłań, siłami natury. Kobieta — w związku z kilkoma już przebytymi poronieniami sztucznymi oraz złą sytuacją rodzinną — prosiła lekarzy o podwiązanie jajowodów, gdyż nie chce więcej mieć dzieci. Na oba zabiegi podpisała osobiście zgodę. Zabieg operacyjny w planowanym zakresie przeprowadzony został bez powikłań.

W pewien czas po zabiegu kobieta wniosła do prokuratury zażalenie na lekarzy, którzy — jak podała w zawiadomieniu o przestępstwie — wykorzystując jej zły stan psychiczny przed porodem, namówili ją na zabieg podwiązania jajowodów i pozbawili w ten sposób płodności, podczas gdy ona pragnęła mieć więcej, niż ma dzieci.

Sprawa, z punktu widzenia prawnego, była jasna. Lekarze spowodowali u kobiety utratę

zdolności do płodzenia, co stanowi ciężkie kalectwo w rozumieniu art. 155 § - p. 1 k.k. Spowodowanie ciężkiego kalectwa nie przestało być karalne wobec zgody pokrzywdzonej na jej dokonanie, aczkolwiek podwiązanie jajowodów jest traktowane, nie tylko przez lekarzy, inaczej niż np. dokonanie na prośbę i za zgodą człowieka amputacji zdrowej kończyny czy innego narządu. Sytuacja prawna zatem nie pozwala także na przeprowadzenie w naszym kraju zabiegów operacyjnych u transwestyty, mających na celu tzw. „zmianę płci”. Do operacji takich należy np. odcięcie członka, co stanowi także spowodowanie ciężkiego kalectwa. Znam tylko jeden przypadek takiej operacji, dokonanej w latach 50, u 40-letniego transwestyty (oprócz amputacji członka dokonano u niego przemieszczenia jąder do jamy brzusznej oraz kilku bardzo ciężkich operacji, mających na celu utworzenie sztucznej pochwy. W trakcie tych zabiegów doszło do ciężkich powikłań pooperacyjnych, a uzyskane efekty nie

były zadowalające). Sprawa ta nie była objęta postępowaniem prokuratorskim, mimo że postępowanie lekarskie budziło wiele zastrzeżeń. Nawet jeżeli uwzględnić psychoterapeutyczne znaczenie tych zabiegów, to lekarze niewątpliwie spowodowali ciężkie, nieodwracalne okaleczenie człowieka i doprowadzili do sytuacji stwarzającej zagrożenie jego życia. Należy tu zadać pytanie: w jakiej sytuacji prawnej znaleźliby się lekarze, gdyby transwestyta zapragnął powrócić do swojej pierwotnej płci?

Ustawa o zawodzie lekarza mówi, że zabieg operacyjny może zostać dokonany tylko za zgodą chorego. Nie oznacza to jednak, że rodzaj zabiegu może godzić w inne przepisy prawne (wyjątkiem jest zabieg operacyjny wykonywany w stanie wyższej konieczności).

Zabieg podwiązania jajowodów może być zatem dokonany u kobiety jedynie ze wskazania lekarskich. Jeżeli śródoperacyjnie stwierdzone są zmiany, które mogą w trakcie kolejnej cię-

ży doprowadzić do stanu zagrożenia życia kobiety — lekarze mogą rozszerzyć zabieg o podwiązanie jajowodów. Wskazania do wykonania tego zabiegu muszą być jednak niewątpliwe i wyraźnie odnotowane w historii choroby. Nawet jeżeli formuła zgody na zabieg operacyjny ściśle określa jego rodzaj np.: „Wyrażam zgodę na cięcie cesarskie” (czasami formuła ta jest rozszerzana np. „...i także na inne zabiegi, które okażą się konieczne”) — to, wobec działania lekarzy w stanie wyższej konieczności, brak zgody kobiety na takie zabiegi nie będzie podstawą do oskarżenia lekarza, nawet gdy kobieta złoży zażalenie do prokuratury. Każdy bowiem zespół lekarski opiniujący w takiej sprawie przyjmie, że postępowanie lekarza było prawidłowe, zgodne z zasadami postępowania lekarskiego i nie stanowi zawinionej tj. karalnego błędu lekarskiego.

Dr hab. Barbara Świątek
Katedra i Zakład Medycyny
Sądowej Akademii Medycznej
we Wrocławiu

SPRAWOZDANIE finansowe Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za rok 1990

1. Stan konta bieżącego na dzień 31.12.1990	191.711.855
2. Stan kont oprocentowanych na dzień 31.12.90	500.000.000
Dochody	
1. Komitet Organizacyjny Izby Lekarskiej	396.200
2. Dary pieniężne	979.500
3. Składki członkowskie za rok 1990	1.073.742.752
4. Dotacja Wydziału Zdrowia we Wrocławiu	114.538.000
5. Dotacja Wydziału Zdrowia w Wałbrzychu	30.000.000
6. Dotacja Wydziału Zdrowia w Legnicy	32 000 000
7. Oprocentowanie bankowe za rok 1990	50.738.857
8. Wpływy dodatkowe	4.185.900
Razem dochody:	1.307.381.209
Wydatki	
1. Udzielone zapomogi, dopłaty do kolonii oraz szkolenia	27.375.000
2. Dofinansowanie kół terenowych	10.884.682
3. Koszty przejazdów, ryczałty, diety, delegacje	22.546.626
4. Leki dla Litwy + transport	8.882.600
5. Odpis na Naczelną Izbę Lekarską	171.265.000
6. Kampania wyborcza	5.530.000
7. Udzielone pożyczki zwrotne	23.500.000
8. Rozrachunki z kontrahentami	26.179.000
9. Przekazanie środków na konta oprocentowane	500.000.000
10. Wynagrodzenia pracowników + składka ZUS	57.085.831
11. Wyposażenie izby	96.807.000
12. Zapłata za czynsz	79.217.333
13. Wydruk biuletynów	12.354.890
14. Pozostałe wydatki rzeczowe	73.176.792
15. Stan gotówki w kasie na bieżącą obsługę	864.600
Razem wydatki:	1.115.669.354
Załącznik do udzielonych pożyczek zwrotnych:	
1. Niezależne Zrzeszenie Studentów AM we Wrocławiu	8.500.000
2. Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Wrocław	5.000.000
3. Pan Janusz Szymborski	10.000.000
	23.500.000

Skarbnik Ryszard Łopuch

Projekt

Statut DIL

ROZDZIAŁ I

Przepisy ogólne

§ 1

Dolnośląska Izba Lekarska, zwana dalej DIL, stanowi samorząd lekarzy (zgodnie z ustawą z dnia 17.05.89 nr 30, poz. 158) oraz nowelizacją tej ustawy z dnia ma uprawnienia Okręgowej Izby Lekarskiej rządzi się niniejszym statutem.

§ 2

Siedzibą DIL jest Wrocław, a obszarem jej działania są województwa: jeleniogórskie, legnickie, wałbrzyskie i wrocławskie.

§ 3

Godłem DIL jest orzeł Henryka Pobożnego z inicjałami DIL: orzeł ma kolor czarny, przepaska i krzyż — biały, a inicjał amarantowy.

§ 4

Prasowym organem urzędowym DIL jest „Biuletyn DIL”.

§ 5

Zgodnie z ustawami, DIL ma prawo używać pieczęci z godłem DIL.

§ 6

DIL ma prawo tworzyć delegatury i koła, na które może cedować część swoich uprawnień i obowiązków, które precyzuje niniejszy statut.

§ 7

Niedopuszczalna jest na terenie DIL działalność paramedyczna, zwłaszcza odpłatna, która może powodować szkody zdrowotne ludności.

ROZDZIAŁ II

Przepisy szczegółowe

§ 8

Członkiem DIL jest lekarz wpisany na jej listę i spełniający następujące warunki:

1.

- a. ma obywatelstwo polskie
- b. uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej
- c. zamierzający, lub wykonujący swój zawód na terenie DIL

- d. wpłacający regulaminowe składki
- e. spełniający warunki pkt. a i b, nie wykonujący zawodu może być wpisany na listę na swój wniosek

2. prawo wykonywania praktyki lekarskiej dla obcokrajowców, może być przyznawane przez ministra zdrowia po zasięgnięciu opinii DIL. Osoby, które je uzyskają, podlegają obowiązkowi wpisania na listę DIL zgodnie z przepisami statutu.

§ 9

Lekarz zamierzający podjąć, po raz pierwszy pracę na terenie działania DIL obowiązany jest w terminie 14 dni, przed jej rozpoczęciem, przedstawić dokumenty upraw-

niające do wpisu na listę jej członków (art. 12, poz. 1 Ustawy o Izbach Lekarskich).

§ 10

1. Lekarz zarejestrowany w innej izbie lekarskiej, a podejmujący wykonywanie zawodu na terenie DIL, jest zobowiązany zgłosić ten fakt w radzie DIL, do 30 dni od rozpoczęcia pracy.

2. Obowiązek ustalony w punkcie 1 nie dotyczy lekarzy podejmujących pracę na terenie DIL w okresie nie przekraczającym 30 dni w ciągu roku.

§ 11

W razie wykonywania zawodu na obszarze działania dwóch, lub więcej okręgowych izb lekarskich, lekarz podlega wpisowi na listę członków wybranej przez siebie izby, zgłaszając izbie macierzystej miejsce innego zatrudnienia oraz zgodę zatrudnienia na terenie innej izby.

§ 12

Członkowie DIL obowiązani są przestrzegać: biuro DIL o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania, podstawowego miejsca i rodzaju wykonywanej pracy w nieprzekraczalnym terminie: 30 dni.

§ 13

Członkowie DIL obowiązani są przestrzegać: 1. zasad etyki i deontologii, oraz innych przepisów związanych z wykonywanym zawodem lekarza,

2. uchwał władz i organów samorządu.

§ 14

Członkowie samorządu lekarzy mają prawo: 1. wybierać i być wybieranymi do organów DIL (z zastrzeżeniem art. 7 poz. 4 i 5 Ustawy o Izbach Lekarskich),

2. korzystać z pomocy DIL w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz zapewnienia właściwych warunków wykonywania zawodu,

3. korzystać z ochrony i pomocy prawnej organów DIL,

4. korzystać ze świadczeń instytucji DIL i działalności samopomocowej.

§ 15

Członkowie organów DIL pełnią swoje obowiązki społecznie.

§ 16

Skreślenie z listy członków DIL następuje wskutek:

1. śmierci
2. pozbawienia praw wykonania zawodu: — z mocy orzeczenia sądu lekarskiego lub prawomocnego wyroku sądowego — z powodu niezdolności do wykonywania zawodu

3. zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,

4. przeniesienia na teren innej izby lekarskiej.

Polskie Towarzystwo Lekarskie Koło w Lubinie

zaprasza

lekarzy i farmaceutów
z Dolnego Śląska

na

SYMPOZJUM pt.

„Postępy farmakoterapii i nowe leki”

Pod patronatem prezydenta miasta
Lubina

w dniu 16.03.1991 r.
w kinie MUZA w Lubinie

SPONSORZY:

Dolnośląska Izba Lekarska, Zespół
Opieki Zdrowotnej w Lubinie, Gór-
niczo-Hutniczy Specjalistyczny Zesp
ół Opieki Zdrowotnej

W PROGRAMIE:

- Wystawa firm farmaceutycznych (Beecham, Solco-Basel, Boehringer Ingelheim, Glaxo, Pfizer, Basf-Knoll, Upjohn, Schering, Lek Ljubljana) — początek o godz. 9.00
- Sesje naukowo-szkoleniowe:
 - I. Postęp w leczeniu zaburzeń rytmu serca — przewodniczący prof. dr hab. B. Halawa — godz. 10.00
 - II. Postępy w chemio- i antybiotykoterapii — przewodniczący prof. dr hab. J. Ruczkowska — godz. 12.00
 - III. Promocja nowych leków — godz. 14.00
- Filmy video
- Pokazy kardiologicznego sprzętu diagnostycznego firmy Schiller
- Nowe formy sprzedaży leków — firma Glaxo — konferencja specjalnie dla farmaceutów — godz. 11.00
- Stoisko firmy Kamet — szeroki asortyment stetoskopów i aparatów do mierzenia ciśnienia (możliwość zakupu).

INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE:

Przewodniczący Koła PTL w Lubinie
prof. dr hab. J. BIELAWSKI
Sekretarz Koła PTL w Lubinie
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
lek. med. Artur KWAŚNIEWSKI
ARTUR KWAŚNIEWSKI
Oddz. Wewnętrzny I
Szpital ZOZ Lubin
ul. Łokietka 3
tel. 44 17 25

Niezgodności w mieszaninach płynów do wstrzykiwań

Proponujemy Państwu cykliczne kompendium niezgodności wspomnianych w tytule, wychodząc z założenia, iż niewielka ilość informacji przekazywanej permanentnie ułatwia lepsze pamięciowe opanowanie trudnego materiału.

Prosimy o uwagi na temat celowości naszych zamiarów, a także formy repetytorium. Przyjmujemy, że wiadomości te są kierowane do lekarzy praktyków, stąd informacja jest ściśle indeksowa.

Podstawą repetytorium jest pozycja z Biblioteki Farmaceuty — „Niezgodności w mieszaninach płynów do wstrzykiwań”.

DEFINICJA: niezgodność — wzajemne oddziaływanie leków na siebie, poza żywym ustrojem (interakcja — w organizmie).

RODZAJE NIEZGODNOŚCI (generalne): fizyczne i chemiczne, niedostrzegalne i dostrzegalne nieuzbrojonym okiem.

ATRYBUTY NIEZGODNOŚCI: stężenie składników, czas przechowywania mieszaniny, czas trwania wlewu, środowisko zewnętrzne (głównie temperatura i światło).

ZASADY MIESZANIA PŁYNÓW DO WSTRZYKIWAŃ:

1. zasadność wskazań,
2. teoretyczna zgodność (informacja producenta leku),
3. zbliżone pH,
4. unikanie jednoczesnego mieszania wielu leków w płynie podstawowym (najczęściej roztwory: 0,9% NaCl, 5% i 10% glukozy, Ringera); wskazana kontrola po dodaniu kolejnego leku,
5. optyczna kontrola właściwości tworzonej mieszaniny,
6. odstąpienie od mieszania antybiotyków z innymi lekami (rozkład bez zmian wizualnych).

NIEZGODNOŚCI (w porządku alfabetycznym).
ALBUMIN HUMAN — ALBUMINY OSOCZA LUDZKIEGO:

— nie mieszać.

AMINOPHYLLINE — AMINOPHYLLINUM:

- ACTH
- Aviomarin
- Aramine

Dokończenie na str. 10

Niezgodności w mieszaninach płynów do wstrzykiwań

Dokończenie ze str. 9

- Bejex
- Calcium chloratum
- Cleocin
- Diphergan
- Dolargan
- Erythromycinum
- Fenactil
- Fortral
- Hydroxyzinum
- Insulinum
- Keflin
- Levonor
- Luminal Na
- Magnesium sulfuricum
- Methicillin
- Morphinum hydrochloricum
- Oxytetracycina
- Papaverinum hydrochloricum
- Penicillinum crystallisatum
- Polocainum hydrochloricum
- Promazin
- Stemetil
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin
- Vitaminum C
- AMOBARBITAL (sodium) — AMYTAL SODIUM:**
- Aviomarin
- Dolargan
- Fortral
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Hydroxyzinum
- Insulinum
- Keflin
- Levonor
- Morphinum hydrochloricum
- Penicillinum crystallisatum
- Polocainum hydrochloricum
- Stemetil
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin
- AMPHOTERICIN B — FUNGIZONE:**
- Aramine
- Calcium
- Calcium chloratum
- Carbenicillin
- Chelaton
- Detreomycyna B
- Diphergan
- Fenactil
- Garamycin
- Hydroxyzinum
- Kanamycine
- Lincocine
- Oxytetracycina
- Penicillinum crystallisatum
- Polymyxin B
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin
- AMPICILLIN (sodium) — AMPICILLIN:**
- Albamycin
- Detreomycyna B
- Fenactil
- Garamycin

- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Kanamycine
- Lincocine
- Tetracyclinum hydrochloricum

ANGIOTENSINAMIDE — HYPERTENSIN:

- Diphergan
- Oxytetracycina
- Penicillinum crystallisatum
- Polymyxin B
- Stemetil
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin

ASCORBIC ACID — VITAMINUM C:

- Adrenalinum
- Aminophyllinum
- Aramine
- Detreomycyna B
- Diuril
- Elenium
- Erythromycinum
- Levonor
- Natrium bicarbonicum
- Penicillinum crystallisatum
- Vitamina B₁₂

ATROPINE (sulfate) — ATROPINUM SULFURICUM:

- Aramine
- Levonor

CALCIUM CHLORIDE — CALCIUM CHLORATUM:

- Aminophyllinum
- Diphergan
- Folvite
- Fungizone
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Kanamycine
- Keflin
- Magnesium sulfuricum
- Natrium bicarbonicum
- Oxytetracycina
- Sefril
- Stemetil
- Tetracyclinum hydrochloricum

CALCIUM GLUBIONATE — CALCIUM:

- Albamycin
- Cleocin
- Diphergan
- Folvite
- Fungizone
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Hydroxyzinum
- Kanamycine
- Keflin
- Magnesium sulfuricum
- Natrium bicarbonicum
- Oxytetracycina
- Promazine
- Sefril
- Stemetil
- Streptomycinum
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin
- Viomycinum

CARBENICILLIN (disodium) — CARBENICILLIN:

- Albamycin
- Cilliycin
- Colistin
- Detreomycyna B
- Fungizone
- Garamycin
- Kanamycine
- Levonor
- Oxytetracycina
- Streptomycinum
- Tetracyclinum hydrochloricum

CEFALORIDINE — CEPORIN:

- Dekstran
- Erythromycin
- Oxytetracycina
- Polymyxin B
- Tetracyclinum hydrochloricum

CEFRADINE — SEFRIL:

- Adrenalinum
- Calcium
- Colistin
- Płyn Ringera
- Tetracyclinum hydrochloricum

CEFALOTIN (sodium) — KEFLIN:

- Albamycin
- Aminophyllinum
- Amytal Sodium
- Bejex
- Calcium
- Calcium chloratum
- Colistin
- Dekstran
- Erythromycinum
- Garamycin
- Heparinum
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Kanamycine
- Nembutal
- Luminal Na
- Medrol
- Nembutal
- Oxytetracycina
- Penicillinum crystallisatum
- Pentothal
- Polymyxin B
- Stemetil
- Tetracyclinum hydrochloricum

CHLORAMPHENICOL (sodium succinate) —

DETREOMYCYN B:

- Albamycin
- Ampicillin
- Bejex
- Carbenicillin
- Diphergan
- Fenactil
- Fungizone
- Garamycin
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Hydroxyzinum
- Oxytetracycina
- Polymyxin B
- Polocainum hydrochloricum
- Promazin
- Stemetil

Dokończenie na str. 11

Minister zdrowia i opieki społecznej ogłosił konkurs na dyrektora Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie.

Wymagane kwalifikacje:

- wykształcenie wyższe,
- dorobek naukowy lub znaczący dorobek w dziedzinie związanej z działalnością jednostki,
- predyspozycje i umiejętności organizacji pracy oraz kierowania zespołami ludzkimi,
- znajomość języka angielskiego,
- staż minimum 5 lat.

Kandydaci będą prezentować komisji konkursowej swoją wizję działania i rozwoju instytutu, w tym celu winni zgłosić się po materiały informacyjne do Departamentu Nauki i Kształcenia w MZiOS do p. mgr Teresy Chowańskiej (tel. 31-34-41 wew. 227) lub p. mgr Dariusza Biegańskiego (tel. 31-34-41 wew. 237).

Oferty wraz z podaniem, kwestionariuszem osobowym, życiorysem, świadectwami pracy, udokumentowanym dorobkiem naukowym i zawodowym, oświadczeniem o niekaralności za wykroczenia zawodowe oraz dyplomem ukończenia studiów — należy nadsyłać do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w Warszawie, ul. Miodowa 15 — Departament Nauki i Kształcenia.

Konkurs będzie przeprowadzała komisja w składzie określonym obowiązującymi przepisami.

Niezgodności w mieszaninach płynów do wstrzykiwań

Dokończenie ze str. 10

- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancomycin
- Vancocin
- Vitaminum C
- CHLORDIAZEPOXIDE (hydrochloride) —**
- ELENIUM:**
- Vitaminum C
- Diphergan
- Heparinum
- Nembutal
- CHLOROTHIAZIDE (sodium) — DIURIL:**
- Bejex
- Diphergan
- Fenactil
- Insulinum
- Lewonor
- Morphinum hydrochloricum
- Polocainum hydrochloricum
- Polymyxin
- Promazin
- Stemetil
- Streptomycinum
- Tetracyclinum hydrochloricum
- Vancocin
- Vitaminum C
- CHLOROPROMAZINE (hydrochloride) —**
- FENACTIL:**
- Aminophyllinum
- Ampicillin
- Aviomarin
- Bejex
- Detreomycyna B
- Diuril
- Fungizone
- Heparinum
- Hydrocortisonum hemisuccinatum
- Kanamycine
- Keflin
- Luminal Na
- Methicillin
- Natrium bicarbonicum
- Nembutal
- Penicillinum crystallisatum
- Pentothal
- Syntarpen
- Vitaminum B₁₂
- CLINDAMYCIN (phosphate) — CLEOCIN:**
- Aminophyllinum
- Bejex
- Calcium
- Magnesium sulfuricum

c.d.n.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Trzebnicy
zatrudni natychmiast małżeństwo lekarskie — anestezjologa
z II lub z I stopniem specjalizacji i
ginekologa lub internistę.

Zapewniamy komfortowe mieszkanie służbowe o powierzchni
87 m² w Obornikach Śląskich. Nasz telefon: 12-01-25.

Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej
we Wrocławiu
tel. 55-40-34 wew. 260
zatrudni
lekarza neurologa
w wymiarze 1/2 lub pełnego etatu

Wrocławski Rejonowy Zespół Opieki Zdrowotnej
we Wrocławiu
zatrudni
lekarza medycyny
na stanowisku kierownika

Oddziału Pomocy Doraźnej w Gniechowicach
ze znajomością pracy w pogotowiu

Zapewniamy bardzo dobre warunki płacowe.
Informacji udziela sekcja służb pracowniczych tel. 44-69-53.

Ankieta „Biuletynu DIL”

* Ankieta jest anonimowa, jednak uprzejmie prosimy o podanie miejscowości, w której znajduje się Koło DIL.

Właściwą odpowiedź prosimy otoczyć kółkiem.

Dziękujemy.

ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w:

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1. Czy odnosisz wrażenie, że izba lekarska jest organem represyjnym wobec lekarzy? | TAK | NIE |
| 2. Czy dotychczasowa działalność izby pomogła Tobie w rozwiązywaniu problemów zawodowych i bytowych? | TAK | NIE |
| 3. Czy oceniasz pozytywnie działalność Prezydium i Rady Lekarskiej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej? | T | N |
| 4. Czy oceniasz pozytywnie działalność Naczelnej Izby Lekarskiej? | T | N |
| 5. Czy dotychczasowe Zjazdy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej spełniły swe zadania? | T | N |
| 6. Czy dotychczasowe projekty reformy w ochronie zdrowia spełnią Twoje oczekiwania? | T | N |
| 7. Czy w 1990 r. dostrzegłeś zmiany w organizacji Twojej codziennej pracy? | T | N |
| 8. Czy Twoje wynagrodzenie za pracę było wystarczające? | T | N |
| 9. Czy oceniasz pozytywnie „Biuletyn Informacyjny” DIL? | T | N |
| 10. Czy uważasz za celowe tworzenie klubów lekarzy poszczególnych specjalności, na wzór utworzonego Klubu Stomatologów? | T | N |

* Ewentualne uwagi:

Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych

w Gostyninie (woj. płockie)

**zatrudni natychmiast
lekarzy stażystów**

chcących się specjalizować w psychiatrii i

lekarzy psychiatrów

Z chwilą podjęcia pracy lekarze otrzymają klucze do mieszkania w nowo oddawanym bloku zakładowym.

Na terenie szpitala znajduje się przedszkole, stołówka, piekarnia oraz sklep spożywczy.

Dogodne dojazdy PKS i PKP do Płocka, Łodzi, Warszawy, Kutna, Włocławka.

Zainteresowanych prosimy o kontakt z tutejszym szpitalem nr telefonu: Gostynin 20-51, 20-52, 20-53.

Sprawdź swoją wiedzę

(Examination Review, ECFMG)

- Klasa V w rozmazie PAP oznacza, iż:
 - u pacjenta stwierdzono określone komórki nowotworu złośliwego
 - u pacjenta rozwija się rak inwazyjny
 - mamy do czynienia z rakiem przedinwazyjnym
 - błąd w oznaczeniu wynosi ok. 10%
 - żadna z powyższych.
- Implantacja zwykle występuje w:
 - rogu macicy
 - przedniej ścianie macicy
 - tylnej ścianie macicy
 - bocznej ścianie macicy
 - w dolnym segmencie macicy.
- Po porodzie, ludzka łożyskowa gonadotropina znika z surowicy w ciągu:
 - 48 godz.
 - jednego tygodnia
 - 2 tygodni
 - 6 tygodni
 - nie wiadomo
- Pierwsze objawy w zatruciu salicylanami dotyczą:
 - układu pokarmowego
 - układu moczowego
 - układu oddechowego
 - układu hematologicznego
 - układu neurologicznego
- Obrzęki towarzyszące nadczynności kory nadnerczy występują z powodu:
 - zatrzymania sodu i wody
 - utrąty potasu
 - wynikają ze stężenia białka
 - wzrostu lepkości krwi
 - wszystkie

Rozwiązanie znajdziesz wewnątrz numeru.

Dyrekcja

Zespołu Opieki Zdrowotnej
we Lwówku Śląskim

z a t r u d n i

lekarza pediatrę

lub chcącego się specjalizować w pediatrii w Szpitalu Rejonowym w Gryfowie Śląskim (praca wiązana lecznictwo zamknięte + otwarte).

Zapewniamy mieszkanie w nowym budownictwie z puli Burmistrza w zależności od potrzeb oraz maksymalne płace.

POST SCRIPTUM

Rota przysięgi lekarskiej nasuwa refleksje. „...chorym nieść pomoc (...) mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując należyty im szacunek...”

Są szpitale i gabinety lekarskie, gdzie niefortunnie byłoby ten fragment umieścić na widocznym miejscu. Zwłaszcza tam, gdzie pacjent nadal jest tylko „przypadkiem” lub „numerkiem”. Owszem, tam też leczy się, stosuje konieczne zabiegi i leki, ale często za skomplikowaną aparaturą diagnostyczno-leczniczą nie dostrzega się człowieka.

Dehumanizacja medycyny spowodowała, że coraz mniejsze znaczenie przywiązujemy do kontaktu psychicznego z chorym. Chociażby w postaci rozmowy. Wśród pacjentów panuje dość powszechna opinia, że są lekarze, którzy nie lubią i wręcz unikają rozmów z nimi. Nawet, gdy takiej rozmowy się domagają, bo chcą wiedzieć na czym polega ich choroba, jakie będzie leczenie, czy są możliwe komplikacje, które badania są niezbędne, jak wyglądają, co mają dać i czy niosą zagrożenia, a jeśli tak, to jakie... Są to sprawy dotyczące ich bezpośrednio i osobiście i chorzy mają do tych wiadomości prawo. Nawet jeżeli rozmowy na te tematy bywają

trudne, wymagają taktu, cierpliwości, znajomości psychologii, no i czasu.

Tymczasem te potrzeby chorych są ignorowane. Zostawia się ich samych z „mądrościami” sal chorych i poczekalni. Z plotkami o ogromnych i koniecznych łapówkach, alkoholu, niekompetencji. Z podsłuchanymi nieeleganckimi uwagami jednych lekarzy o niefachowości drugich. Naturalnie nie jest to obraz charakterystyczny dla całej służby zdrowia, ale wpływa na opinię o całości. W innych krajach jest to nie do pomyślenia. Stosunek do chorego bierze się pod uwagę przy ocenie lekarza przez przełożonych, przez towarzystwa ubezpieczeniowe, a także adwokatów gotowych do procesu o odszkodowanie za złe traktowanie pacjenta.

W Polsce takich spraw nie ma jeszcze dużo. Jest więc czas, aby zamiast udawać, że nie ma problemu lub pomniejszać jego znaczenie — spróbować coś zmienić. Trzeba to zrobić koniecznie, jeśli zależy nam na autorytecie białej służby zdrowia i nie chcemy, aby lekarskie sprawy załatwiał ktoś za nas. Ogromnie ważna jest postawa Izby Lekarskiej. Złe będzie, gdy zostanie ona oceniona jako instytucja wyciszająca konfliktowe sprawy,

nawet jeżeli — co niewątpliwie jest skandalem — nadal brakuje przepisów wykonawczych dla jej działalności.

Wiem, ogólnie jest niedobrze. Coraz mocniej odczuwamy niepewność sytuacji. Brak jest bezpieczeństwa już nie tylko socjalnego, ale i osobistego z powodu narastającego zła, chamstwa, bandytyzmu na ulicach. Ten stan rodzi frustracje. U wszystkich. U lekarzy też. Ale... Biały Personal jest z człowiekiem od jego pierwszego krzyku do śmierci. Towarzyszy mu w dramatycznych momentach życia często związanych z cierpieniem. To wielka odpowiedzialność, zwłaszcza że roli tej podjęliśmy się z własnego wyboru.

Szacunek, lojalność, prawość, świadomość najwyższej wartości ludzkiego życia — oto co winno cechować wzajemną zależność człowieka od człowieka. A już zupełnie szczególnie powinno być to widoczne w stosunku lekarza do chorego. I chociaż jesteśmy członkami nad miarę zmęczonego społeczeństwa, musimy pamiętać, że jesteśmy lekarzami. A pacjent jest osobą.

Andrzej Baszkowski

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Uczmy się języków

- Good morning, Mr Black. What's brought you along today?
- Well, you see doctor, I've been feeling under the weather for some time. I'm getting the odd headache now and then and I had a nosebleed this morning while I was jogging.
- How long have the headaches been bothering you?
- Well, they started about three months ago.
- I see. And have you had any indigestion? Diarrhoea? Lost any weight?
- No, I'm eating well, sleeping well... I haven't had a day off work.
- And can you describe the pain?
- It's sort of dull and throbbing kind of pain.
- Yes, and has there been anything else apart from the headaches?
- No, not really.
- Any problems at work? Are you anxious about things? Are you jittery or fidgety? Do the family get on your nerves?
- Yes, I'm afraid, yes.
- Do you suffer from palpitations?
- No, I used to before.
- Do you smoke?
- Yes, I must admit quite a lot.
- Well, I think at this stage I'd like to examine you. So if you could strip to your waist.....

(to be continued)

to feel under the weather — czuć się niedobrze

nosebleed — krwawienie z nosa
 indigestion — niestrawność
 diarrhoea — biegunka
 to lose weight — chudnąć
 dull and throbbing pain — ból tępy i tętniący
 jittery — zdenerwowany
 fidgety — niespokojny
 to get on sb's nerves — działać komuś na nerwy
 to suffer from — cierpieć na...
 strip to the waist — rozebrać się do pasa
 oprac. Maria Zagrodnik

BEIM ARZT

Der Patient: Guten Tag, Herr Doktor!
 Der Arzt: Guten Tag. Nehmen Sie bitte Platz! Wie heißen Sie?
 P: Mein Name ist Rolf Müller.
 A: Was fehlt Ihnen, Herr Müller?
 P: Ich fühle mich nicht wohl. Ich habe Kopf — und Halsschmerzen.
 A: Seit wann haben Sie diese Beschwerden?
 P: Seit 2 Tagen.
 A: Haben Sie schon das Fieber gemessen?
 P: Ja, gestern am Abend hatte ich 37,8° Fieber.
 A: Ich muß Sie untersuchen. Machen Sie den Oberkörper frei. Öffnen Sie den Mund! Ja, Ihre Mandeln sind gerötet. Jetzt höre ich Ihre Lungen ab. Atmen Sie tief ein! Halten Sie die Luft an! Atmen Sie aus!

Das wäre alles. Ziehen Sie sich an!
 P: Was stellen Sie fest, Herr Doktor?
 A: Sie sind erkältet. Ich verschreibe Ihnen einige Arzneien: Die Tabletten gegen die Erkältung, den Hustensaft und die Tabletten zum Lutschen.
 P: Wie soll ich diese Arzneimittel einnehmen?
 A: Die Tabletten gegen die Erkältung müssen Sie 3 mal täglich nach dem Essen einnehmen. Den Hustensaft auch 3 mal täglich einen vollen Eßlöffel. Und die Tabletten gegen die Halsentzündung Lutschen Sie jede zwei Stunde eine.
 P: Danke sehr, Herr Doktor! Ist das alles?
 A: Ja, gehen Sie jetzt nach Hause und legen Sie sich sofort ins Bett. In 4 Tagen kommen Sie wieder. Ich wünsche gute Besserung!
 P: Vielen Dank. Auf wiedersehen!
 Wörter und Wendungen:
 — sich wohl (nicht wohl) fühlen — czuć się (nie) dobrze
 — den Patienten untersuchen — badać pacjenta
 — das Fieber messen — mierzyć gorączkę
 — die Mandeln sind gerötet — migdałki są zaczerwienione
 die Arzneimittel (die Arzneien) einnehmen — zażywać lekarstwa
 — die Tabletten zum Lutschen — tabletki do ssania
 gute Besserung wünschen — życzyć poprawy
 der Hustensaft = der Sirup — syrop

„Repetitio est mater studiorum.”

Przypomnijmy prawidłowy układ recepty

- | | |
|------------------|--|
| 1. Inscriptio | Data i miejsce wystawienia recepty, nazwisko i adres lekarza. |
| 2. Praepositio | Recipe (Rp.) — „weź”. |
| 3. Praescriptio | Nazwa, dawka lub stężenie, postać i ilość leku gotowego lub składniki i ich ilość w leku recepturowym. |
| 4. Subscriptio | Zlecenie dla farmaceuty, określenie postaci leku. |
| 5. Signatura | Da signa (D.S.) — sposób użycia, informacja dla chorego. |
| 6. Nomen aegroti | Nazwisko chorego. |
| 7. Nomen medici | Nazwisko lekarza (podpis i pieczęć). |

Przykładowy, wypełniony blankiet recepty:

Jan NOWAK
lekarz chorób
wewnętrznych
ul. Akacjowa 5
59-320 POLKOWICE
Rp.

Polkowice, dnia 1 stycznia 1991 r.

Vitami C	0,2
in drag.	* Nr XXV
Thenalidin Calcium	
in tabl. eff.	* Lag. I

Nomen aegroti: P. Anna Kowalska

Jan NOWAK
LEKARZ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH
ul. Akacjowa 5
59-320 POLKOWICE
LG 001
(podpis) (pieczęć)

Zauważmy, iż optycznie nie akceptujemy tego układu recepty, bowiem ... bowiem jest to recepta prywatna. Obowiązujący wzór recepty w uspołecznionym lecznictwie (blankiet MZ/Pom-32) jednoznacznie określa jej właściciela. Zatem stosowanie w prywatnej praktyce „państwowej” recepty niezbyt pochleb-

nie świadczy o lekarzu.

Obecnie tzw. mała poligrafia przeżywa renesans. Może zamówienie własnych blankietów recept do użytku w prywatnej praktyce będzie pierwszym, samodzielnym krokiem ku prywatyzacji?

c.d.n.

Z prac Prezydium DIL

Dokończenie ze str. 7

rekcji o unieważnienie konkursu z powodu uchybień formalnych.

Ponieważ dotychczasowy delegat województwa wałbrzyskiego — Andrzej Szczęsny złożył rezygnację z zajmowanej funkcji, postanowiono że do czasu wyboru przez tamtejsze środowisko nowego delegata, jego funkcje przejmie Wiesław Iwanowski.

W dalszym ciągu zebrania omawiano program spotkania z senatem AM zaprojektowanym na 14.01.1991 r. Postanowiono poruszyć na nim sprawy uczestnictwa przedstawicieli izby w konkursach na stanowiska kierowników klinik, zmian w kierunkach kształcenia, problemy kształtu Akademii Medycznej w przyszłości (wydział uniwersytecki?).

Na posiedzeniu prezydium DIL w dniu 10.01.1991 w dyskusji związanej w dalszym ciągu z przygotowaniem spotkaniem przedstawicieli izby i senatu AM — zastanawiano się nad udziałem izby w pracach poszczególnych komi-

sji senackich, odpowiedzialnością zawodową lekarzy — nauczycieli akademickich, którzy dotychczas rozliczani byli jedynie ze swojej dydaktycznej działalności przez komisje dyscyplinarne.

Lucyna Masłowska-Szczęśny poinformowała o wyborze nowego przewodniczącego w delegaturze wałbrzyskiej na miejsce Andrzeja Szczęsnego. Został nim kol. Jan Adamus.

W kolejnym punkcie wybierano przewodniczących konkursów ordynatorskich.

Rozważano także sprawę wynajęcia gabinetów lekarskich w przychodniach lekarzom chcącym praktykować prywatnie. Ważne jest prawne uregulowanie powyższej kwestii.

Poruszono sprawę ilości przyjmowanych na studia medyczne studentów. DIL otrzymała telefonogram z NIL z zapytaniem o określenie limitu studentów, a także o ilość miejsc dla nowych lekarzy przewidywanych w okresie najbliższych 7 lat.

Prezydium przyjęło konieczność ograniczenia liczby studentów wydziału lekarskiego o 30% i stomatologicznego o 50%.

Obrady nowego Senatu AM

Dnia 14 stycznia 1991 r. odbyło się pierwsze, robocze spotkanie nowo wybranego Senatu Akademii Medycznej i Prezydium Rady Dolnośląskiej. Delegacji naszej Izby przewodniczył kol. Andrzej Pawlak, uczestniczyli ponadto kol. kol. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska, Janina Kasprzak-Wójtowicz, Alicja Kowalisko, Włodzimierz Bednorz, Ryszard Maj, Ryszard Łopuch, Lech Żynda. Dyskusja koncentrowała się wokół spraw kształcenia przed i podyplomowego, problemów etyki zawodowej i zmniejszenia liczby studentów. Ustalono formy wzajemnych kontaktów. Pełnomocnikiem Rektora do współpracy z Dolnośląską Izbą Lekarską został dr n. med. Michał Jeleń.

Z życia kół

Koło Izby Lekarskiej przy Zespole Opieki Zdrowotnej Wrocław-Fabryczna liczy 296 członków, których reprezentuje 14 delegatów na Zjazd DIL.

Zarząd Koła składa się z przewodniczącego i dwóch wiceprzewodniczących.

Na zebraniu delegatów koła w dniu 19.09.1990 r. powołano Zespoły:

- Zespół Edukacyjny
- Zespół Socjalny
- Zespół Informacyjny
- **przew. lek. med. Ryszard Fedyk**
- **przew. lek. stom. Bożena Kalmuk**
- **przew. lek. med. Stanisław Mazurek**

W dniu 24.10.1990 r. w siedzibie DIL odbyło się spotkanie lekarzy ZOZ-Fabryczna z delegatami DIL, w którym uczestniczył zaproszony gość — członek prezydium DIL, redaktor Biuletynu DIL — dr Włodzimierz Bednorz. Spotkanie prowadził przew. koła — lek. med. Ryszard Fedyk.

Program obejmował:

- 1) przedstawienie delegatów,
- 2) sprawy organizacyjno-informacyjne,
- 3) działalność Koła w ramach poszczególnych zespołów,
- 4) kolportaż Biuletynu DIL,
- 5) reformę w służbie zdrowia,
- 6) dyskusję.

Spotkanie miało na celu nawiązanie ścisłej więzi między lekarzami i delegatami w rozrzuconych jednostkach ZOZ-Fabryczna oraz uaktywnienie lekarzy poprzez działalność w poszczególnych zespołach.

Podobne formy spotkań będą w przyszłości kontynuowane.

Przewodniczący Koła

lek. med. Ryszard Fedyk

Rozwiązanie:

1 a, 2 c, 3 a, 4 c, 5 d

22.III 1991 r. o godz. 10⁰⁰
w siedzibie

DIL przy ul. Matejki 6

odbędzie się

IV ZJAZD DIL

Wszystkich delegatów sedecznie zapraszamy.

„Ach, co to był za bal w Oleśnicy”

Komisja Kulturalno-Rozrywkowa koło oleśnickiego DIL zorganizowała dla lekarzy i ich przyjaciół bezalkoholową i beznikotynową zabawę sylwestrową. Tańczono przy muzyce dyskotekowej, którą zapewnił dr Nun Aeygbusi (kolega z Nigerii, specjalizujący się w ginekologii w naszym szpitalu), a toasty pito bezalkoholowym szampanem. Jak twierdzą uczestnicy, dawno nie bawili się tak dobrze. Salę z zapleczem wynajęto dzięki uprzejmości dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Oleśnicy, mgr J. Ptak, za znikomą opłatą.

Koszt balu zamknął się sumą 60 tys. zł na uczestnika, dzięki wielu pracom wykonanym społecznie przez uczestników balu, łącznie ze sprzątnięciem lokalu po zabawie. Pozostała, dość duża ilość nie skonsumowanej żywności (bigos, flaki, wędliny) przekazano emerytom i rencistom — podopiecznym Domu Dziennego Pobytu, korzystającym z posiłków tam wydawanym. Organizatorzy, zachęceni powodzeniem tej imprezy, planują urządzenie podobnej w Dniu Służby Zdrowia, w kwietniu.

Andrzej Wojnar

ZAWIADOMIENIE

Kuria Metropolitalna Wrocławska niniejszym informuje, że rekolekcje wielkopostne dla pracowników lecznictwa odbędą się w dniach 03.03.—06.03.1991 roku w kościele pod wezwaniem świętego AUGUSTYNA przy ul. Sudeckiej we Wrocławiu.

Program: codziennie o godz. 19.00 MSZA ŚW. z homilią.

Po mszy św. — konferencja.

Do udziału w rekolekcjach, którym będzie przewodniczył rekolekcjonista z Krakowa, serdecznie zapraszamy wszystkich pracowników lecznictwa miasta Wrocławia.

Biskup ADAM DYCZKOWSKI
WIKARIUSZ GENERALNY

ZAPRASZAMY

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym Biuletynie Lekarskim informacji dotyczących:

- leków
- przetworów galenowych
- preparatów ziołowych
- aparatury medycznej
- sprzętu ortopedycznego, rehabilitacyjnego
- środków opatrunkowych
- komputerów
- konkursów na ordynatorów, dyrektorów szpitali i wszelkich innych związanych z lecznictwem.

Biuletyn w założeniu ma być miesięcznikiem, a jego adresatem jest około 8 000 lekarzy z województwa:

- jeleniogórskiego
- legnickiego
- wałbrzyskiego
- wrocławskiego

Aktualny cennik:
ogłoszenia drobne — 3000 zł za słowo,
ogłoszenia duże — 5000 zł za cm².
Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

dnia 21.01.1991 r.

zmarła nagle

ordynator oddziału dermatologicznego

doc. dr hab. nauk medycznych

ALEKSANDRA WOYTOŃ

wspaniały, godny naśladowania człowiek i lekarz
pozostanie na zawsze w naszej pamięci

Co nowego w szkoleniu podyplomowym lekarzy?

Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu opracował program na rok 1991. Ujęte zostały proponowane przez kolegów szkolenia i kursy oraz uwzględniona została tematyka w programach poszczególnych dziedzin. Średnio co miesiąc prowadzonych będzie 10 kursów dla lekarzy i lekarzy dentystów.

Ścisła współpraca z członkami Komisji Szkolenia Podyplomowego i Etyki Zawodowej Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, nauczycielami akademickimi oraz

przewodniczącymi towarzystw medycznych, pozwala na takie działania, które prowadzi do osiągnięcia pozytywnych rezultatów skuteczności szkolenia podyplomowego.

Kursy prowadzone są w niemal we wszystkich dziedzinach medycznych. Mają charakter szkolenia specjalizacyjnego, doskonalenia, jak też stanowią źródło wiedzy w zakresie postępów medycyny.

Zwróciliśmy uwagę na przygotowanie szkoleń dla lekarzy do-

mowych. W roku 1991 po raz pierwszy podjęliśmy wspólnie z prof. dr. hab. Leopoldem Oleszkiewiczem — kierownikiem III Katedry i Kliniki Chirurgii AM we Wrocławiu — przygotowania i realizację kursu atestacyjnego na II stopień w zakresie chirurgii ogólnej. A zatem realizować będziemy już w trzech dziedzinach (interna, ginekologia-położnictwo i chirurgia) kursy atestacyjne we Wrocławiu. Kursy takie prowadzone były do niedawna wyłącznie w Centrum Me-

dycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

W roku 1991 ukażą się w formie publikacji materiały dydaktyczne na temat: „Postępy w hematologii” pod redakcją prof. dr. habil. Saby Kotlarek-Haus i „Objawy neurologiczne w chorobach układu oddechowego” pod redakcją dr. med. Anny Brzeckiej i prof. dr. habil. Andrzeja Brzeckiego.

Barbara Grzywińska

Z kim walczyacie koledzy?

Przez wiele lat mojej pracy w niewielkim szpitalu walczyliśmy ze złem. To zło tkwiło w setkach nonsensownych przepisów. Z czasów stalinowskich pamiętam jakim bohaterstwem było wydostanie AK-owców z więzienia z powodu fikcyjnej gruźlicy. Z narażeniem życia, my lekarze zakażaliśmy ropowicą „politycznych”, aby przenieść ich przynajmniej na kilka dni do szpitala więziennego. Jakiej odwagi wymagało przetrzymanie w ambulatorium pogotowia podejrzanego z jakiegokolwiek paragrafu — na przekór władzy.

Potem ukrywaliśmy postrzelonych robotników Grudnia 70. Dzięki nam, lekarzom przez duże L, wychodziły na wolność dziesiątki solidarnościowców z internowania, a innym łagodzono warunki obozowe.

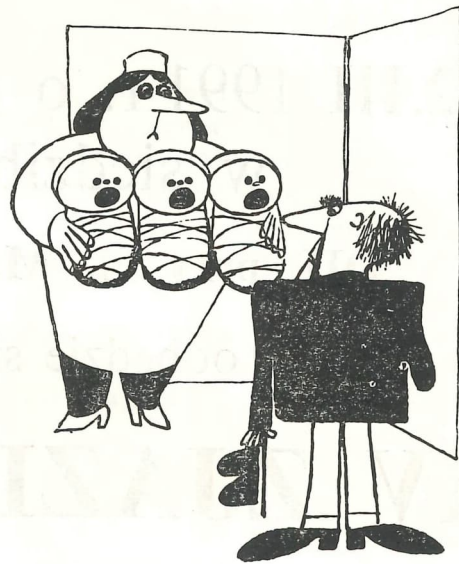
Każde fałszywe świadectwo zdrowia przybliżało nas do zwycięstwa. Czuliśmy się jak bohaterowie na pierwszej linii frontu. Jednocześnie — pamiętam to także — leczylimy ówczesnych wrogów politycznych. Jak to na wojnie, lekarz leczy każdego chorego.

A teraz — z kim walczyacie moi młodzi koledzy, gdy kierujecie czerstwych ludzi na renty, aby nie objęły ich zwolnienia grupowe? Z kim walczyacie posyłając na zwolnienia kilkumiesięczne zdrową nomenklaturę.

Jak to dobrze, że przeszedłem na emeryturę, mam ciepłe bambosze, kawę, chodzę z wnukami na spacer do pobliskiego lasu, na sanki, latem na grzyby.

Napiszcie koleżanki co tam w Szpitaliku nowego.

Emeryt



Dumitru Negrea-Gan

Z pamiętnika młodej lekarki

E. Będąc młodą lekarką, kielkującą owocnie na niwie demokracji, wszedł raz do mej przychodni pacjent w wieku nieokreślonym i o wyglądzie dość chuderlawym.

J. Dzień dobry, pani doktor!

E. Dziędobry, co panu dolega?

J. Prawdę mówiąc, nic mię nie dolega, ale przyszłem coś zaproponować.

E. Oho — już raz był jeden taki, co zaproponował wysokie stanowisko państwowe, podniecił mię tylko niezdrowo i więcej się nie pokazał.

J. Ja nie w sprawie stanowiska. Proponuję pani doktor, że będę faunem.

E. Czym proszę?

J. Faunem.

E. Czy jest to może osobnik z greckiej starożytności, któren wygrywa na flecie i do pół jest człowiek, a od pół wdół — koza?

J. Skądże znowu! Faun to w modnym języku młodzieżowym — wielbiciel. Każden piosenkarz, futbolista, a nawet polityk ma teraz swoich faunów.

E. A pan się na kim skącętruje?

J. Piosenkarz mię nie nęci, bo, jak to mówię, stoń mię kiedyś nadept na ucho i nie posiadam słuchu. Pokazać pani doktor jak fałszuję?

E. Dziękuję, wierzę na słowo.

J. Futbolista też nie dla mię, bo jego faun musi obowiązkowo demolować sklepy i inną użyteczność publiczną, a ja nie jestem osiłkiem.

E. To widać.

J. Faun polityka natomiast, musi wstępować do bojówki i ochraniać Kongres, a przy tym samemu można oberwać.

E. Nie wykluczone.

J. Postanowiłem więc zostać faunem pani doktor.

E. Och! Nie posiadam się z niespodzianki. Moim faunem?

J. A co? Czy ta medyczna rączka (cmok) która wzniesła się na wyżyny skalpeli (cmok), kateteru (cmok) i enemy (cmok) nie zasługuje na własnego fauna i na rozpropagandyzowanie?

E. To prawda. Teraz bez rozpropagandyzowania nawet jednostka wybitna daleko nie zajędzie.

J. No właśnie! Ech, ja już panią doktor wylansuję! Z gumna do województwa, z województwa do city, a z city na kontrakt zagraniczny do USA, a nawet do Libii.

E. Ach! Zatacza pan przede mną prawdziwe widnokregi.

J. No to teraz tylko parę autogryfów, bo cóż to za faun bez autogryfu swojego idola! O to — i tu — i jeszcze tu podpisik i dla pewności pieczętowanie (efekty piczętowanie). No to narazie i do zobaczenia w samym sednie sukcesu! (wychodzi)

E. Po wyjściu pacjenta uniesłam się na skrzydłach wyobraźni. Ale zaraz mię ściągnęto nazad, gdyż skąstatowałam, iż osobnik ów wytłudził moje autogryfy na zwolnieniu, na ekskluzywnej recepcji i na darmowym skierowaniu do sanatorium. No trudno,

Ministerstwo Zdrowia pokryje, a ja przynajmniej będę w posiadaniu prawdziwego fauna. To też jest zbliżenie do Europy. Do usłyszenia.

Ewa Szumańska



Eugen Taru

OGŁOSZENIE

ELEKTRONYSTAGMOGRAFIA — badanie błędników (wykonywane w diagnostyce zawrotów głowy). Zapisy telefoniczne — Wrocław 61 38 49.

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław, nr 89-30 22-9537-132-1

WYDAWCA: DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA

53-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, J. Bromirska — redaktor naczelny, A. Głowacki, J. Piekarski, Z. Plamieniak, M. Przystalski, B. Romanowicz — sekretarz redakcji, T. Wilniewicz — korekta, E. Zborowicki — redaktor techniczny.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

W numerze wykorzystano rysunki z pism zagranicznych.

Skład i druk: WZGraf. Zakład Nr 2 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego Zam. 30/91. Złożono do druku 16.01.91. Nakład 4000.

Sekretariat DK czynny codziennie do godz. 17.00 w czwartek do godz. 18.00.