

AKCJA PROTESTACYJNA

W związku z brakiem jakiegokolwiek reakcji rządu, sejmu i senatu na nasze kolejne apele o pomoc dla służby zdrowia, postanowiliśmy podjąć akcję protestacyjną wyznaczając jej początek na dzień 15.05.1991 r. Poprzez szeroki kolportaż ulotek chcemy uświadomić społeczeństwu powagę naszej aktualnej sytuacji.



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCŁAW

MAJ '91

Nr 5(13)

Refleksje pozjazdowe

Nastroje części delegatów przed zjazdem były bardzo ostre. Głównie z powodów płacowych. Postępuje spadek realnej płacy lekarza, podatki za dyżury dopełniły czary goryczy. Mamy już swój samorząd — sły-chać było w kulisach — który niczego dla nas nie wywalczył. „Oni tam w tej Radzie zabierają nam 2% poborów, jeżdżą polonezem i kupują firanki do pałacu przy Matejki 6.” Lektura przesłanych delegatom materiałów, w tym Biuletynu Specjalnego, ostudziła nieco temperaturę dyskusji. Z wystąpienia sekretarza w pierwszej części zebrania delegaci dowiedzieli się o kolejnych protestach Dolnośląskiej Rady Lekarskiej w sprawie braku oznak reformy i krytycznej

sytuacji finansowej szpitali i przychodni. Zjazd poparł tę uchwałę i zdecydował przeprowadzić akcję protestacyjną w dniu 15 maja. Niestety zdaliśmy sobie sprawę wszyscy, że sala DIL nie jest salą sejmu i nie możemy uchylać na niej nowych ustaw!

Na nasze obrady przybyła zgodnie z zapowiedzią dr **Bożena Pietrzykowska** v-ce prezes Rady Naczelnej. Przedstawiony przez nią nowy taryfikator płacowy służby zdrowia zbulwersował salę. Okazało się jednak, że większą siłę przebicia w ministerstwie miał projekt KKK Służby Zdrowia Solidarności niż protesty Naczelnej Rady Lekar-

Dokończenie ze str. 2

Zdaniem „Solidarności”

Uwagi w sprawie niektórych artykułów Działu IV (pracownicy uczelni) Ustawy o Szkolnictwie Wyższym.

Nowa ustawa o szkolnictwie wyższym powoduje paradoksalną, bardzo niebezpieczną w wymiarze perspektywicznym, sytuację kadrową w szkołach wyższych.

Po pierwsze — utrwala wypracowane przez 40-lecie PRL, w pokaźnej mierze drogą selekcji negatywnej, rzesze profesorów zwyczajnych, profesorów nadzwyczajnych i docentów. Ich stabilizacja bez jakiegokolwiek możliwości weryfikacji, poza naturalną, jest niezrozumiałym, z punktu widzenia koniecznego rozwoju nauki, aktem miłosierdzia. Na taką formę opieki społecznej zbyt szczupła jest baza finansowa tej części dochodu narodowego, którą społeczeństwo przeznacza na rozwój szkół wyższych.

Po drugie — zasadniczo hamuje motywację niesamodzielnych pracowników nauki do wysiłku twórczego poprzez wprowadzenie dystansu między uzyskaniem stopnia doktora habilitowanego, a pierwszym mianowaniem na stanowisko profesora nadzwyczajnego. Ustalanie tutaj dodatkowych kryteriów czasowych, konieczności „istotnego pomnożenia dorobku naukowego i dydaktycznego” jest jedynie elementem ochrony ustabilizowanych wcześniej pracowników nauki wyższych szczebli.

Po trzecie — zaostrzenie kryteriów weryfikacji młodych pracowników nauki spowoduje gwałtowny wzrost ilości doktoratów i spadek ich jakości. Jednocześnie, silne „parcie ku górze” wobec zablokowania tej góry, spowoduje wyeliminowanie znacznej rzeszy nauczycieli akademickich w ich najpłodniejszym okresie.

Sytuacja przypomina piec z zatkanym kominem — gorące gazy, nie znajdując ujścia przeciskają się szparami, a wzrost ciśnień przeciskają się szparami, a wzrost ciśnień

Dokończenie na str. 2

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej
(zasady etyki lekarskiej przyjęte 6 stycznia 1987 r. przez Międzynarodową Konferencję Izb Lekarskich i organizacje im podobne w Paryżu)
Tłumaczenie Wiesław Iwanowski, Urszula Pudys

Zasady Etyki Lekarskiej

Zasady te pomyślane są jako wytyczne postępowania zawodowego lekarzy wobec pacjentów, społeczeństwa i w stosunkach wzajemnych. Odnoszą się oprócz tego do warunków szczególnych dla czynności lekarskich, od zachowania których zależy prawidłowe wykonywanie zawodu. Międzynarodowa Kon-

ferencja Izb Lekarskich zaleciła narodowym izbom lekarskim lub organizacjom im podobnym w każdym państwie członkowskim Wspólnoty Europejskiej, by odpowiednimi środkami zapewniły przestrzeganie tych zasad i by odpowiednimi działaniami spowodowały, żeby prawodawstwo ich kraju umożliwiło skuteczne wypełnienie tych zasad.

Dokończenie na str. 2

Refleksje pojazdowe

Dokończenie ze str. 1

skie. Co na to lekarze — członkowie tego związku zawodowego? Przypomniano, że nasza Rada postulowała już przed kilku miesiącami wyłączenie lekarzy z tego taryfikatora. Pozostało to bez echa. Jedną z propozycji zgłoszonych na zjeździe był zakaz łączenia funkcji politycznych i samorządowych. W podtekście chodziło o prezesa naszej DIL. Wniosek jednak ogromną większością głosów został odrzucony. Uprzednio już Rada uznała, że kol. Kowalisko i Sidorowicz zawieszają jedynie swój udział w bieżących pracach naszej Izby, i po przewidywanej zmianie rządu za kilka miesięcy powrócą na swoje stanowiska. Oboje z powodu wcześniejszego niż planowano wyjazdu do Chin nie mogli uczestniczyć w obradach; musieliśmy zadowolić się odczytaniem ich listów do zjazdu.

Uczestnicy byli zaś mile zaskoczeni obecnością prezesa NRL prof. dr. Tadeusza Chruściela. Jego wizyta była zupełnie niezapowiedziana, skorzystał po prostu z tego, że w pobliskim Karpaczu miał wykłady. Nie mógł sobie odmówić odwiedzenia zjazdu „jednej z największych i najbardziej prężnych izb okręgowych” (tak powiedział). Był zachwycony naszym biurem — nie mają takiego w Warszawie — i Biuletynami!

Z pozostałych gości wymienić należy władze wrocławskiej Akademii Medycznej, JM rektora prof. dr. Zbigniewa Knapika i dziekana doc. dr. Jana Kornafela, a także lekarzy wojewódzkich naszego regionu. Niestety nie przybyły władze polityczne — ani wojewoda ani prezydent i v-ce prezydenci m. Wrocławia. Zbojkotowała nas także telewizja.

Przykrym zgrzytem zjazdu była wystawa sprzętu medycznego oferowanego przez sklep NZS AM. Część delegatów, myśląc że są to darmowe próbki, wypakowała pudła i wzięła (w dobrej wierze jak sądzę) po kilka słuchawek lekarskich, słowników medycznych itp. (cennik obok). Apele o zwrot sprzętu dotarły tylko do części delegatów. Pozostali prawdopodobnie szybciej opuścili obrady. Stąd manko u studentów musiała pokryć izba (ok. 5 mln). Jeśli ktoś z koleżanek i kolegów ma jeszcze w domu niezakupiony sprzęt, to prosimy o zwrot na nasz adres.

Zjazd był sprawnie prowadzony, niestety od ok. godz. 17 część delegatów opuściła salę i nie było quorum — nie można było z tego powodu przegłosować kilku uchwał. Zaczęła się dyskusja nad sposobami zdyscyplinowania delegatów. Wydaje się, że najprościej zrobią to ich wyborcy, odwołując delegata, który nierzetelnie spełnia swoje obowiązki.

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej

Dokończenie ze str. 1

Przysięga lekarska

1. Zadaniem lekarza jest ochrona fizycznego i duchowego zdrowia człowieka oraz łagodzenie jego cierpienia w czasach pokoju jak i wojny, z poszanowaniem życia i godności człowieka bez względu na wiek, rasę, narodowość, religię, stanowisko społeczne i ideologię polityczną lub jakiegokolwiek inne względy.

2. Naczelnym zadaniem lekarza w trakcie wykonywania zawodu jest zdrowie pacjenta. Lekarz powinien wykorzystywać swoją wiedzę fachową tylko dla poprawy lub zachowania zdrowia ludzi, którzy mu zaufali oraz powinien działać tylko na ich prośbę. Nie wolno mu w żadnym wypadku działać na szkodę pacjenta. Obowiązek tajemnicy lekarskiej sięga poza śmierć pacjenta. Lekarz zobowiązany jest respektować sferę prywatną pacjenta i wszelkimi środkami zapobiegać ujawnieniu danych uzyskanych w trakcie wykonywania zawodu. Jeżeli prawo w którymś państwie w określonych przypadkach przewiduje zwolnienie z obowiązku tajemnicy,

wówczas lekarz może poprosić izbę lekarską lub związek o zajęcie stanowiska.

3. Sprzeczne z etyką lekarską jest narzucanie pacjentowi przez lekarza przy wykonywaniu czynności zawodowych swoich osobistych poglądów moralnych czy politycznych.

Zgoda (po wyjaśnieniu) na leczenie

4. Za wyjątkiem sytuacji ekstremalnych lekarz musi poinformować pacjenta o prognozach i skutkach swego działania. Ma on obowiązek uzyskania zgody pacjenta, zwłaszcza wtedy, gdy przewidywane działania mogą być związane z ryzykiem.

Lekarzowi nie wolno swych własnych prognoz co do życia pacjenta przeciwstawiać stanowisku pacjenta.

Niezależność etyczna i zawodowa

5. Przy wykonywaniu swoich zadań lekarz musi posiadać wymaganą wolność zawodową oraz posiadać etyczne i fachowe warunki

Dokończenie na str. 3

Dokończenie ze str. 1

nienia prowadzi do eksplozji lub stłumienia ognia.

Jedynym racjonalnym rozwiązaniem kompromisowym jest wprowadzenie kryteriów weryfikacji, które objęłyby wszystkie szczeble hierarchii pracowników nauki, z jednocześnie zachowaniem najwyższych wartości przez nie wypracowanych. Najprostszym byłoby zaadaptowanie do polskich realiów systemów funkcjonujących w dobrych uniwersytetach amerykańskich.

Powinny być przy tym zachowane takie elementy jak:

1) Ilość profesorów zwyczajnych, profesorów nadzwyczajnych i adiunktów powinna wynikać z potrzeb dydaktycznych i naukowych jednostki organizacyjnej oraz reprezentowanej przez nich dyscypliny. Jej naturalną wypadkową będzie ilość asystentów oraz innych pracowników dydaktycznych. Stanowiska te obsadzać się powinno wyjściowo drogą konkursów.

Zdaniem „Solidarności”

2) Na stanowisko profesora zwyczajnego może być mianowany nauczyciel akademicki po uzyskaniu tytułu naukowego profesora. Profesor na tym stanowisku jest weryfikowany okresowo (co 6 lat) pod kątem swojej efektywności w zadaniach badawczych i dydaktycznych, jakie wykonuje. Możliwe jest również zatrudnienie profesora na tym stanowisku w częściowym wymiarze godzin, z zachowaniem okresowej weryfikacji. Byłoby to wskazane szczególnie w obecnym, przejściowym okresie w akademiach medycznych cierpiących na nadmiar profesorów w niektórych dyscyplinach.

3) Na stanowisku profesora nadzwyczajnego może być zatrudniony nauczyciel akademicki zaraz po uzyskaniu stopnia doktora habilitowanego. Jest on weryfikowany co 5 lat według podobnych kryteriów. W zakresie jego obowiązków jednak większe są proporcje zadań badawczych, bowiem od tego zależy jego dalszy rozwój.

4) Dotychczasowi docenci, profesorowie nadzwyczajni i profesorowie zwyczajni powinni być poddani weryfikacji z chwilą upływu 5 lat od ostatniego mianowania. Przy braku kryteriów do kolejnego mianowania mogą być przesunięci na poprzednio zajmowane stanowisko. Stanowią oni jednocześnie bardzo ważny element twórczy w procesie podjętej w kraju reformy służby zdrowia, w której podkreśla się konieczność wysycenia wysoko wyspecjalizowaną kadrą jednostek pozauczelnianych.

**NSZZ Solidarność
AM Wrocław**

Sprawozdanie z obrad NRL 12-13.04.91 r.

W pierwszym dniu obrad uczestniczyli przedstawiciele Banku Światowego, PZU i WESTY, minister zdrowia — Piotr Mierzewski, eksperci Min. Zdr. d/s Reformy z doc. Włodarczykiem oraz niezależni eksperci powołani przez NRL.

Przedstawiciele Banku Światowego oświadczyli, że pożyczka w dużej części zostanie przeznaczona na szkolenie i działalność lekarzy domowych. Przedstawiciele WESTY zaś zobowiązali się wprowadzić w jednym regionie lub województwie ubezpieczenie zdrowotne. Pacjentom, którzy opłaciliby to ubezpieczenie, rewaloryzowano by koszty leczenia z gabinetów prywatnych, spółdzielczych i państwowej służby zdrowia.

W sejmie obecnie znajdują się dwa projekty ustawy dotyczące odpłatności za leki oraz projekt ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Członkowie rady wypowiadali się o nich krytycznie; rada podjęła uchwałę, która nakłada na ministra zdrowia jak najszybsze realizowanie reformy służby zdrowia.

W drugim dniu obrad zatwierdzono budżet Naczelnej Rady Lekarskiej oraz uchwalono termin dwudniowy Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy na dzień 12—13.12.1991 r.

Podjęto uchwałę w sprawie powołania trzech zespołów: Zespołu Historycznego, Zespołu d/s Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji oraz Zespołu d/s Farmakoterapii. Następna uchwała dotyczyła zmian wysokości składek członkowskich lekarzy emerytów i rencistów. Lekarzowi pobierającemu emeryturę lub rentę, pozostającemu w stosunku pracy lub służbowym w jednostkach organizacyjnych społecznej służby zdrowia, w spółdzielczości i innym jednostkom organizacyjnym przysługuje 1% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy.

Uchwalono apel w sprawie przeciwdziałania skutkom zdrowotnym palenia tytoniu. W związku z protestem wielu okręgowych izb lekarskich w sprawie siatki płac, Naczelna Rada Lekarska podjęła uchwałę protestującą przeciwko opracowaniu nowej siatki bez opinii przedstawicieli Izby Lekarskiej.

Zaakceptowano również nowy projekt opłacania dyżurów lekarskich, dyskutowano nad projektem ogólnopolskiej akcji protestacyjnej w związku z bardzo trudną sytuacją służby zdrowia. Uchwalono, iż w najbliższym czasie musi dojść do spotkania przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej z premierem Bieleckim. Jeżeli te rozmowy nie dadzą spodziewanych rezultatów — NRL opracuje formy protestu, które będą obowiązywać w całej Polsce.

Ryszard Łopuch

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej

Dokończenie ze str. 2

umożliwiające mu niezależne działanie. Jeżeli te warunki nie są spełnione, należy o tym powiadomić pacjenta.

6. Jeżeli lekarz działa w instytucji prywatnej lub organie władzy wówczas musi (jeśli działa na polecenie osób trzecich lub instytucji) powiadomić o tym pacjenta, o ile on nie jest w tym zorientowany.

Obowiązek tajemnicy zawodowej

7. Lekarz jest powiernikiem pacjenta. Ma on obowiązek zachowania całkowitej dyskrecji co do otrzymanych informacji od pacjenta jak i ustalonej diagnozy. Obowiązek zachowania tajemnicy lekarskiej istnieje także po śmierci pacjenta. Lekarz jest zobowiązany do uszanowania sfery życia prywatnego pacjenta oraz do przeciwdziałania publikacji wszelkich wiadomości o nim uzyskanych w trakcie wykonywania zawodu.

Jeżeli prawo danego państwa w określonych przypadkach przewiduje zwolnienie z obowiązku tajemnicy to lekarz może prosić swoją izbę lekarską lub swój związek zawodowy o zajęcie stanowiska w tej sprawie.

8. Lekarzowi nie wolno uczestniczyć w rozwoju elektronicznego banku danych o pacjentach, które ograniczałyby lub zagrażały ochronie praw sfery intymnej pacjenta, jego bezpieczeństwu lub ochronie życia prywatnego. Każdy bank danych o pacjentach musi być podporządkowany lekarzowi, którego nazwisko musi być znane. Banki danych o pacjentach nie mogą wykazywać żadnych powiązań z innymi bankami informacji.

Fachowa wiedza lekarska

9. Lekarz jest zobowiązany wykorzystywać wszystkie sprawdzone możliwości wiedzy medycznej dla dobra swoich pacjentów.

10. Nie może on stosować metod, których nie zna i nie może przypisywać sobie zdolności, których nie posiada.

11. Zobowiązany jest do przywołania biegłego kolegi (specjalisty) jeżeli nie wystarcza mu jego własna wiedza do przeprowadzenia badania lub leczenia.

Pomoc umierającym

12. Medycyna jest we wszystkich przypadkach związana z szacunkiem dla życia, z etyką zawodową i wolnością decyzji pacjenta.

W krańcowym stadium nieuleczalnej choroby lekarz może ograniczyć się do łagodzenia cielesnych i moralnych cierpień pacjenta

wybierając stosowną formę leczenia dla zachowania życia pacjenta tak dalece, jak tylko to jest możliwe. Nakazem bezwarunkowym jest pomagać umierającemu aż do jego śmierci i postępować tak, żeby jego godność nie została naruszona. Jest niedopuszczalne, aby nastąpiło zejście śmiertelne poprzez odstąpienie od uprzednio podjętego sztucznego podtrzymania funkcji życiowych. Jest to możliwe dopiero po upewnieniu się lekarza stosującego ostatnie osiągnięcia naukowe, że nastąpiła śmierć pacjenta.

Pobranie organów do transplantacji

13. Warunkiem pobrania u zmarłego organu celem transplantacji jest to, aby przynajmniej dwóch lekarzy niezależnie od siebie ustaliło i udokumentowało śmierć dawcy organu. Lekarze ci muszą być niezależni od zespołu transplantacyjnego.

14. Lekarze, którym zlecono pobranie określonego organu do przeszczepu mogą stosować u umierającego szczególne środki dla zachowania przy życiu organu przewidzianego do przeszczepu.

15. Lekarze pobierający organ powinni upewnić się przed jego pobraniem, za pomocą wszystkich możliwych środków, że dawca nie dokonał za swego życia ani pisemnie, ani ustnie (w obecności krewnych) polecenia sprzeciwiającego się pobraniu organu.

Przeszczepy

16. Lekarz ma obowiązek udzielić pacjentowi wszelkiej żądanej przez niego informacji o problemach przeszczepu, jego odrzuceniu i zabezpieczeniu ochrony życia poczętego.

17. Nie jest sprzeczne z zasadami etyki lekarskiej, gdy lekarz ze względu na swoje osobiste przekonania odmawia udziału w zabiegu przeszczepu lub aborcji, a pacjentowi pozostawia decyzję szukania porady u innych kolegów w zawodzie.

Doświadczenia na ludziach

18. Postęp w medycynie opiera się na badaniu naukowym, które nie może obejść się bez doświadczeń na człowieku.

19. Planowany przebieg każdego doświadczenia na człowieku należy uprzednio uzgodnić i przedłożyć komisji d/s etyki działającej niezależnie od kierownika danego doświadczenia (badania) dla uzyskania opinii i otrzymania wskazówek.

(Ciąg dalszy w następnym numerze)

Uchwała Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 1991 r.

Naczelna Rada Lekarska stoi na stanowisku, że zdrowie jest przyrodzonym dobrem każdego człowieka, który w trosce o nie korzysta w sposób dobrowolny ze świadczeń zdrowotnych organizowanych przez państwo, samorządy, osoby i organizacje prywatne oraz zakłady pracy.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że projekt reformy służby zdrowia powinien opierać się na następujących zasadach:

1. Służba zdrowia powinna być finansowana: z budżetu państwa, ze zdemonopolizowanych systemów ubezpieczeń zdrowotnych, ze środków samorządowych i poszczególnych obywateli.
2. Obywatel ubezpiecza się obowiązkowo w wybranej przez niego ubezpieczalni zdrowotnej.
3. Wielkość środków finansowych uzyskiwanych przez zakłady opieki zdrowotnej zależy od ilości i jakości wykonanej pracy.
4. Należy przestrzegać równości praw wszystkich zakładów opieki zdrowotnej niezależnie od formy ich własności.
5. Centralną rolę w nowym systemie służby zdrowia powinien odgrywać lekarz domowy, a główny nacisk powinien być położony na lecnicstwo pierwszego kontaktu.

Naczelna Rada Lekarska uważa, że przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia projekt reformy w wielu punktach rozmija się z wyżej sformułowanym stanowiskiem i oczekuje jego daleko idącej modyfikacji.

Powyższe stanowisko powinno znaleźć swe odzwierciedlenie w odpowiednim zapisie konstytucyjnym jak i w tekstach projektowanych ustaw.

Zakres zmian w ochronie zdrowia nie powinien odbiegać od przekształceń Rzeczypospolitej. Dlatego Naczelna Rada Lekarska postuluje zorganizowanie w ciągu najbliższych dwóch tygodni spotkania roboczego przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej i Ministerstwa Zdrowia dla przedyskutowania tych punktów projektu reformy, które budzą zastrzeżenia, w celu ich skorygowania.

Równocześnie Naczelna Rada Lekarska zastrzega sobie prawo okresowej oceny wdrażanej reformy i wnoszenia korekt zmieniających się realiów.

Rada po raz kolejny wyraża zaniepokojenie przedłużaniem się okresu legislacyjnego i opóźnieniami we wdrażaniu reformy.

**Stanowisko
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 kwietnia 1991 r.
w sprawie wynagradzania lekarzy
zatrudnionych w społecznej służbie
zdrowia**

Naczelna Rada Lekarska wyraża zdecydowany protest wobec decyzji ministra zdrowia wprowadzającej tabelę płac na I kwartał 1991 r. i podtrzymuje stanowisko przed-

SPRAWDŹ SWOJĄ WIEDZĘ

W różnicowaniu diagnostycznym uprzednio całkowicie zdrowego dziecka, które po 18 godzinach trwania choroby znajduje się w stanie skrajnie ciężkim, należy uwzględnić:

- a. appendicitis
- b. zespół nerczycowy
- c. posocznicę meningokokową

d. plamicę Henoch-Schönleina
e. śródmiąższowe zapalenie płuc w przebiegu odry.
Określ, które punkty są fałszywe (F), które zaś prawdziwe (P) i uzasadnij.

Dokończenie na str. 16

VI KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA POLSKIEGO TOWARZYSTWA NEFROLOGICZNEGO 7—8 WRZESIEŃ 1991 r., WROCŁAW

KOMUNIKAT 1

Komitet Organizacyjny VI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej PTN uprzejmie informuje, że konferencja odbędzie się 7—8 września 1991 r. we Wrocławiu, w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego ul. Pretficza 24.

Temat konferencji:

1. Glomerulopatie pierwotne
2. Erytropoetyna
3. Tematy wolne

W dniu 7 września 1991 r. prezentowane będą prace związane z tematami: Glomerulopatie pierwotne i tematy wolne.

W sesji przedpołudniowej wygłoszone zostaną referaty programowe, natomiast w sesji popołudniowej prezentowane będą pozostałe zakwalifikowane doniesienia naukowe.

W dniu 8 września 1991 r. prezentowane będą prace związane z tematem dotyczącym erytropoetyny. Zakończenie sesji przewidziane jest około godziny 14.00.

Prezentacja nadesłanych prac naukowych przewidziana jest w formie referatów i plakatów.

Oplata uczestnictwa:

dla członków PTN wynosi:	— 100 000 zł,
dla uczestników nie będących członkami	— 150 000 zł,
dla lekarzy przed 1° specjalizacji	— 50 000 zł,
dla pielęgniarek i studentów	— wstęp wolny.

W związku z koniecznością zabezpieczenia bazy hotelowej oraz organizacją imprez towarzyszących konferencji przesyłamy państwu w załączeniu kartę zgłoszenia uczestnictwa oraz kartę rezerwacji. Jednocześnie pragniemy poinformować, że właściwe wypełnienie w/w kart usprawni obsługę uczestników konferencji.

Goście, którzy przyjadą do Wrocławia następującymi środkami transportu: PKP, PKS i LOT będą mogli skorzystać z dojazdu do miejsc zakwaterowania autokarami obsługującymi Konferencję.

Na dworcu głównym PKP funkcjonował będzie punkt Informacyjny konferencji.

Komitet Organizacyjny
VI Konferencji Naukowo-Szkoleniowej

Pragniemy poinformować również, że termin nadsyłania zgłoszeń upływa z dniem 30 kwietnia 1991 r., natomiast termin nadsyłania streszczeń, z dniem 15 maja 1991 r.

Ze względu na udział gości zagranicznych streszczenia nadesłanych prac wydane zostaną w wersji polskiej i angielskiej.

Konto: „Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego
NBP IV Oddział PKO Wrocław Nr 93549-52399-132”
Konto: „Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

Sekretarz
Komitetu Organizacyjnego
Doc. dr hab. Rajmund Adamiec
Wiceprzewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
Dr n. med. Andrzej Steciwo
Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
Prof. dr. hab. Zenon Szewczyk

Postępy w diagnostyce i leczeniu cukrzycy u dzieci

Postępy badań nad cukrzycą, uznana również w Polsce za chorobę społeczną, będącą najczęstszą endokrynopatią, dotyczyły w ciągu ostatnich lat zarówno etiologii, patogenezy, diagnostyki, jak i sposobu leczenia.

Zgodnie z obecnie obowiązującym podziałem wyróżnia się: 1) cukrzycę insulinozależną (typ I) i 2) cukrzycę insulinoniezależną (typ II). Cukrzyca wieku rozwojowego to niemal wyłącznie typ I. Obserwuje się u ponad 97% pacjentów typ I. Inne formy, jak cukrzyca typu II, nietolerancja węglowodanów skojarzona z innymi zespołami chorobowymi genetycznie uwarunkowanymi, stanowią mniej niż 3%. Chociaż, zgodnie z danymi autorów amerykańskich, istnieje ponad 60 genetycznie uwarunkowanych zespołów skojarzonych z nieprawidłową tolerancją glukozy lub objawami cukrzycy.

Istotną rolę w rozwoju tej choroby przypisuje się: 1) czynnikom genetycznym, 2) czynnikom środowiskowym, takim jak toksyczne, chemiczne, a przede wszystkim zakażeniom wirusowym. Znamioną cechą uwarunkowania genetycznego cukrzycy insulinozależnej jest skojarzenie z pewnymi antygenami zgodności tkankowej HLA, znajdującymi się na ramieniu krótszym chromosomu 6. Najczęściej spotykane, jak podają autorzy amerykańscy, to HLA B 8/DR i HLA B 15/DR 4.

Uważa się obecnie, że predyspozycja genetyczna polega na zaburzeniu mechanizmów odpornościowych. Defekt immunologiczny warunkuje prawdopodobnie nieskuteczną obronę wobec działania czynnika, względnie czynników środowiskowych, zwłaszcza zakażeń wirusowych.

Wśród wirusów wymienia się wirusy nagminnego zapalenia przyusznicy, różyczki, reowirusy oraz wirusa cytomegalii. Dowody udziału wspomnianych wirusów są jednak, jak dotychczas, wątpliwe, chociaż w Stanie New Jersey w Buffalo stwierdzono narastanie liczby świeżych zachorowań w trakcie epidemii p.e. Niewątpliwą rolę natomiast, udowodnioną, odgrywają enterowirusy, a szczególnie wirusy Coxackie. Zaliczane są do picornawirusów (pico — mały), enterowirusów z rodziny wirusów RNA. Enterowirusy, które obejmują również wirusy polio- i echodzieli się na grupę A (obejmującą 24 typy) i grupę B (obejmującą 6 serotypów). Wymieniany jest szczególnie Coxsackie B typ 4 z tzw. pancreatotropizmem, ostatnio jak wspomniano typ 1,5.

Należy pamiętać o tym, że klinicznie część zakażeń wirusami Coxsackie, i to znaczna, przebiega bezobjawowo, że są one szeroko rozpowszechnione, przenoszone drogą kropelkową lub z kałem.

Większość autorów przyjmuje obecnie, że u osobnika z genetyczną predyspozycją, wskutek zadziałania czynnika lub czynników toksycznych, chemicznych, zakażenia wirusowego (a więc czynników środowiskowych), dochodzi do zmian w komórkach B. W następstwie rozwija się początkowo limfocytarne zapalenie, a następnie przewlekły proces immunologiczny, którego konsekwencją jest pojawienie się licznych krążących przeciwciał, skierowanych przeciw różnym elementom komórek B, dochodzi do destrukcji tych komórek. Jeśli znaczna liczba komórek ulegnie destrukcji (ponad 90%), wydzielanie insuliny endogennej obniża się w takim stopniu, że pojawiają się kliniczne objawy cukrzycy.

Rozpoznanie cukrzycy przy obecności klinicznych objawów jest z reguły proste i pewne. Bardzo typowy wielomocz, oddawanie moczu w nocy, wzmożone pragnienie, ubytek masy ciała, upośledzone lub zwiększone łaknienie. Rozpoznanie potwierdzają typowe zmiany w badaniach dodatkowych — takie jak hiperglikemia. Jeśli wrywkowo stwierdzi się $2 \times$ badania na czczo powyżej 140 mg% (7,77 mmol/l), a po posiłku powyżej 200 mg% (11,1 mmol/l) — nie wykonuje się krzywej cukrowej.

Dokończenie na str. 6

DZIAŁALNOŚĆ KLUBU STOMATOLOGÓW PRZY NRL

W dniu 1.03.91 r. z inicjatywy Klubu Stomatologów Naczelnej Rady Lekarskiej odbyło się spotkanie ministra zdrowia dr. med. Władysława Sidorowicza z przedstawicielami stomatologów w osobach: prof. dr. hab. Zbigniewa Jańczuka, przewodniczącego Zespołu Specjalistów Krajowych d/s Stomatologii; prof. dr. hab. Włodzimierza Józefowicza, prezesa Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego; lek. stom. Ryszarda Łopucha, przewodniczącego Klubu Stomatologów NRL; dr. n. med. Ewy Hubert; lek. stom. Leszka Dudzińskiego oraz Andrzeja Ochalskiego — członków Klubu Stomatologów NRL. W rozmowach wziął udział główny specjalista d/s stomatologii — lek. stom. Jerzy Zakrocki.

Na wstępie spotkania prof. W. Józefowicz przedstawił stan przygotowań do VII Kongresu Stomatologów Polskich oraz do Środkowo-Europejskiej Wystawy Produktów Stomatologicznych, które odbędą się w Łodzi

w dniach 23—26 czerwca 1991 r. Minister przyjął zaproszenie Komitetu Organizacyjnego do uczestnictwa w Komitecie Honorowym Kongresu. Następnie delegacja stomatologów przedstawiła problemy, które w opinii środowiska są najbardziej istotne. Do problemów tych należą:

1. Podniesienie rangi stomatologii w strukturach Ministerstwa Zdrowia. Stomatologia skupiająca około 20% ogółu lekarzy nie jest odpowiednio prezentowana w ministerstwie. Zaproponowano utworzenie Wydziału d/s Opieki Stomatologicznej w Departamencie Opieki Zdrowotnej.
2. Wydzielenie w budżecie ochrony zdrowia środków finansowych na opiekę stomatologiczną.
3. Uwzględnienie stomatologii w systemie prac badawczych finansowanych centralnie.
4. Uwzględnienie w planowaniu limitu przy-

jęć na I rok studiów na Oddziałach Stomatologicznych AM opinii NRL oraz PTS.

5. Czynienie starań o umożliwienie lekarzom stomatologom pracy na zagranicznych kontraktach.
6. Udział stomatologów w pracach nad reformą ochrony zdrowia. Do udziału w pracach przygotowawczych zgłoszono kandydatury lek. stom. Andrzeja Fortuny i lek. stom. Andrzeja Ochalskiego.
7. Zmiana tytułu „lekarz dentyista” na tytuł „lekarz stomatolog”.

Minister zdrowia ze zrozumieniem odniósł się do poruszanych przez stomatologów problemów. Ich realizacja wymaga dalszych dyskusji i uzgodnień. W celu przybliżenia lekarzom stomatologom głównych problemów resortu, minister upoważnił głównego specjalistę d/s stomatologii do brania udziału w posiedzeniach kierownictwa ministerstwa.

lek. stom. Ryszard Łopuch

„SAMARYTANIN”

Zmiany zachodzące w Polsce oraz silna potrzeba reform służby zdrowia przyczyniły się do powstania Chrześcijańskiej Fundacji „SAMARYTANIN”. Fundacja ta założona została w 1988 r. przez przedstawicieli Chrześcijańskiej Fundacji „Tercjusz” z Wielkiej Brytanii, Chrześcijańskiego Stowarzyszenia Medycznego i Kościoła Zielonoświątkowego w Polsce.

Główne cele fundacji to:

- prowadzenie działalności upowszechniającej zasady etyki chrześcijańskiej,
- realizacja nakazów etyki chrześcijańskiej w odniesieniu do ludzi potrzebujących pomocy,
- działalność na rzecz podnoszenia kwa-

lifikacji osób, które pragną mieć pomoc bliźnim,

— uhonorowanie osób fizycznych i instytucji, które szczególnie przyczyniają się do niesienia pomocy bliźnim.

Działalność fundacji w zakresie upowszechniania zasad etyki chrześcijańskiej jest realizowana poprzez różnorakie formy, np. organizowanie odczytów, konferencji, wystaw, imprez kulturalnych, seminariów, grup studyjnych, spotkań chrześcijańskich. Fundacja finansuje transporty leków i sprzętu medycznego oraz innych środków na rzecz służby zdrowia w Polsce. „Samarytanin” organizuje dla środowiska medycznego działalność szkoleniową poprzez popieranie wymiany naukowej w kraju i poza granicami, sponsoruje

staże zagraniczne i inne formy kształcenia, umożliwia wymianę i korzystanie z literatury fachowej.

Obecnie głównym celem fundacji jest otwarcie Ośrodka Medycyny Rodzinnej w Międzygórzu niedaleko Bystrzycy Kłodzkiej. Idea, która nam przyświeca, to pokazanie brytyjskiego modelu służby zdrowia na szczeblu podstawowym opieki zdrowotnej.

Dr Wiktor Zbrzeźniak, Anglik polskiego pochodzenia, jest specjalistą medycyny rodzinnej. Pragnie wraz ze swoją żoną Sandy leczyć międzygórzan przez kilka lat, równocześnie służyć polskim kolegom swoim doświadczeniem.

Mamy nadzieję, iż ten ośrodek przyczyni się do przekonania, że opieka zdrowotna oparta o wykwalifikowanych lekarzy rodzinnych jest dla Polski optymalnym i najbardziej realnym wyjściem z obecnego kryzysu!

R.W.

Postępy w diagnostyce i leczeniu cukrzycy u dzieci

Dokończenie ze str. 5

Przy typowych objawach klinicznych — należy ograniczyć się do wspomnianych oznaczeń, uzupełnionych profilem dobowym glikemii, badaniem moczu, glikozurią, czasem już ketonurią. Obecnie do rutynowych badań należą także oznaczenia stężeń hemoglobiny glikozylowej A₁ lub A_{1c}, fruktozaminy (u zdrowych na czczo 0,9—3,5 ng/ml), C-ppetydu, cholesterolu, lipidów.

Cele leczenia są następujące: normalizacja metabolizmu glukozy, tak zbliżonego do normy, jak tylko jest to możliwe u danego pacjenta. Idealne — prawidłowe stężenie glukozy na czczo i w wyrzutach post prandialnych — bez incydentów hiperglikemii i glikozurii, a także hypoglikemii; co najmniej — brak objawów klinicznych ketozy, znacznej hiperglikemii, brak ciężkich, częstych lub nierozpoznawanych hypoglikemii. Normalizacja stanu odżywiania, normalizacja i utrzymywanie prawidłowej masy ciała, zapewnienie prawidłowego wzrostu i rozwoju, normalizacja metabolizmu lipidów (prawidłowe stężenie cholesterolu i trójglicerydów w surowicy), minimalizacja neurologicznych i naczyniowych powikłań prowadzących do kalectwa lub przedwczesnych zgonów, akceptacja cukrzycy — przyjęcie jej jako trwałego, lecz podlegającego kontroli, stanu, osiągnięcie wnikliwej kontroli metabolicznej, umożliwiające prowadzenie normalnego trybu życia, włączenie pacjenta i jego rodziny do aktywnego współuczestnictwa w postępowaniu w cukrzycy, zapewnienie dobrego samopoczucia (szkoła, zawód, środowisko), pouczenie o możliwości elastycznego postępowania w planowaniu posiłków i dawkowaniu insuliny.

Leczenie obejmuje:

1) **INSULINOTERAPIĘ**. Istotnym warunkiem skutecznej insulinoterapii jest wnikli-

wa znajomość farmakokinetyki stosowanej insuliny. Z niektórych miejsc — np. powłok brzusnych — przy podaniu podskórnym, insulina wchłania się szybciej. Do innych czynników przyspieszających wchłanianie insuliny należy wysiłek fizyczny. Natomiast błędy dietetyczne, zakażenia, niektóre leki, stresy, obecność przeciwciał, mogą obniżyć skuteczność działania insuliny. Wciąż dąży się do udoskonalenia preparatów — uzyskano i stosuje się u nas od 5 lat, insulinę nie tylko maksymalnie oczyszczoną (a więc monokomponentną) lecz ponadto humanizowaną, identyczną w swojej budowie z ludzką.

Do chwili obecnej wymienia się cztery źródła jej uzyskiwania. Źródłem insuliny są: a) semisyntetyczna insulina humanizowana wytwarzana z trzustek wieprzowych poprzez wymianę enzymatyczną treoniny z alaniną — ostatniego aminokwasu w łańcuchu beta, i b) biosyntetyczna insulina humanizowana syntetyzowana biotechnologicznie w *Escherichia coli*-K 12.

Insulina ludzka posiada cztery atuty wobec wysoko oczyszczonych insulin zwierzęcych — a) wywołuje niższe miana krążących przeciwciał przeciwinulinowych, b) jej podskórne podanie wywołuje mniejsze reakcje skórne, c) jest absorbowana szybciej z miejsca podania i d) w miejscu podania występuje mniejsza degradacja.

Dane te wskazują, że świeżo rozpoznane przypadki cukrzycy insulinozależnej, szczególnie u dzieci, powinny być leczone jedną z postaci insulin humanizowanych.

W optymalizacji leczenia dąży się do doskonalenia drogi i metody podawania insuliny poprzez lepsze strzykawki automatyczne strzykawki, peny, novo-peny, ultra-peny, insuliny, opti-peny do pomp infuzyjnych.

2. **SAMOKONTROLĘ**. Najczulszymi wskaźnikami kontroli metabolicznej są profile do-

bowe glikemii, oparte na wielokrotnych oznaczeniach glikemii w ciągu doby, wykonywane przez chore dziecko lub jego rodziców w domu. Przeprowadza się je za pomocą glukometrów lub pasków testowych. Dodatkowo w ramach samokontroli wykonywane są badania moczu na obecność cukru i acetonu.

3) Dietę stosuje się obecnie opartą o tzw. wymienniki węglowodanowe, skoordynowaną ściśle z dawkami insuliny.

4) Wysiłek fizyczny. Wskazany jest dawkowany, umiarkowany wysiłek fizyczny.

5) Szkolenie. Konieczne jest intensywne, prowadzone od momentu rozpoznania cukrzycy, ciągłe szkolenie chorego dziecka i jego rodziny, mające na celu uzyskanie optymalnego celu leczenia tj. podawania właściwej dawki dla uzyskania optymalnego wyrównania metabolicznego, maksymalnego obniżenia częstości występowania mikroangiopatii cukrzycowej, stwarzając im możliwie najlepsze szanse wejścia w życie dorosłe z niewielkimi grozącymi życiu powikłaniami. Szkolenie dotyczy zasad leczenia, diety, samokontroli, dokładnych informacji o cukrzycy i grozących jej powikłaniach ostrych i późnych.

Rozpoznanie u dziecka cukrzycy typu I, choroby trwającej przez całe życie, z licznymi grozącymi powikłaniami, stanowi dramatyczny moment dla całej rodziny. Psychologiczne problemy rozwijające się u dziecka i powstające wokół niego, wymagają wnikliwej opieki psychologa. Dzieci z cukrzycą typu I mogą uczęszczać do normalnych szkół, uczestniczyć w zajęciach szkolnych łącznie z lekiami wychowania fizycznego, wycieczkami. Nauczycieli powinno się poinformować o chorobie, szczególnie objawach hypo- i hiperglikemii oraz postępowaniu w wymienionych stanach.

Prof. dr hab. Renata Wąsikowa

WARTO UCZYĆ SIĘ JĘZYKÓW OBCYCH

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu przekazał wszystkim jednostkom służby zdrowia we Wrocławiu i województwie informacje w sprawie możliwości ubiegania się o stypendium zagraniczne.

Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia kontynuuje w 1991 r. współpracę z partnerami zagranicznymi. Będą organizowane specjalistyczne szkolenia w zakresie:

- organizacji zarządzania
- ekonomiki zdrowia
- informatyki

przez Hogeschool van Amsterdam i Ecole Nationale de la Sante Publique, Rennes we Francji.

Na szkolenia mogą zgłaszać się kandydaci z wyższym wykształceniem, których aktualna praca związana jest z problematyką ochrony zdrowia; dyrektorzy szpitali, lekarze — organizatorzy szczebla wojewódzkiego, inspektorzy farmacji, pielęgniarki przełożone, pracownicy administracji szczebla wojewódzkiego (z wyłączeniem lekarzy). Wymagane są następujące kryteria: biegła znajomość języka angielskiego, francuskiego, niemieckiego, nie przekroczony 35—40 rok życia, aktualność pracy w służbie zdrowia oraz zgoda przełożonego na wyjazd. Wymagane jest wypełnienie kwestionariusza i przesłanie na adres WODKM-u lub COiEOZ, Warszawa, ul. Długa 38/40 w terminie do dnia 8 września 1991 roku. (kwestionariusz w załączeniu).

Czas trwania od 2 tygodni do 10 miesięcy. Zasadą kwalifikacji jest interview (orientacja kandydata w jego specjalizacji, znajomość języka) i uwzględnienie polskich potrzeb medycznych.

Dodatkowe informacje udzielane są w Wojewódzkim Ośrodku Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu, ul. Dobrzyńska 21 p. 409 A, IV p osobiście, lub telefonicznie 44-28-31, wew. 258, 259.

Kierownik WODKM-u
Dr n. med. Barbara Grzywińska

Wzór kwestionariusza

- 1) Temat i zakres szkolenia
- 2) Dane personalne
 - imię i nazwisko
 - wiek
 - adres
 - tel. (praca)
 - tel. (dom.)
- 3) Kwalifikacje zawodowo-naukowe z datami
- 4) Prace naukowe i publikacje
- 5) Przebieg pracy zawodowej
- 6) Ocena ukończonych szkoleń i ich wartość w relacji do potrzeb pracodawcy
- 7) Zakres obowiązków na obecnym stanowisku z podaniem liczby personelu, którym Pan/Pani kieruje, problemy jakie Pan/Pani napotyka w swej pracy oraz trudności w jej efektywnym wykonywaniu
- 8) Zgodność celów zamierzonego szkolenia z przewidywanym rozwojem miejsca pracy (patrz pkt 1)
- 9) W jakim stopniu szkolenie — w oczekiwaniu Pani/Pana — ma pomóc w rozwiązywaniu obecnych trudności.
- 10) Plany po szkoleniu
 - w jakich dziedzinach organizacji i zarządzania chciałby się Pan/Pani specjalizować
- 11) Czego oczekuje Pan/Pani po zakończonym szkoleniu.

UWAGA! Kwestionariusz należy wypełnić w języku obcym.

W związku z dużymi kłopotami właścicieli prywatnych gabinetów na terenie całej Polski, powstała komisja d/s prywatnych gabinetów przy DIL.

Na terenie woj. wrocławskiego gabinety mają: stomatolodzy ok. 20%, ginekolodzy około 10%, inni lekarze około 4%.

Największym kłopotem są dodatkowe opłaty (jeżeli gabinet wynajęty jest od osób trzecich) za gaz, światło i wodę. Te opłaty, plus czynsz dla właścicieli, sięgają niekiedy 1,5 do 2,0 mln zł miesięcznie. Po opłaceniu podatków i opłat materiałów oraz sprzętu zysk dla właściciela jest minimalny. Postanowiłem więc — jako kierownik przychodni

Jak prywatyzować służbę zdrowia

— pomóc lekarzom. Przy poparciu Dyrekcji ZOZ w Przychodni Nr 20 wynajęłam gabinety 25 lekarzom. Są to poszukiwani specjaliści w osiedlu, w którym mieści się przychodnia (wynajęłam również gabinety pielęgniarkom i technikom dentystycznym).

Przepisy Ministerstwa Finansów z 1984 r. nakazują czynsz z wynajmu gabinetów odprowadzić do Skarbu Państwa, ale część pieniędzy pozwalają zostawić na opłaty światła, gazu, wody i utrzymania czystości. Większość tych gabinetów to pomieszczenia administracyjne i socjalne; przymierzam się również do wynajmu gabinetów ze sprzętem. Efekty tej pracy są następujące: lekarz pracuje w warunkach luksusowych, zaś pacjent który posiada pieniądze i chce się leczyć — ma możliwości być przyjętym również w komfortowych warunkach. Dla pozostałych pacjentów zmniejsza się kolejka do specjalistów na terenie ZOZ-u. Konkurencja powoduje zwiększenie jakości usług.

Za pieniądze, które pozostają do dyspozycji ZOZ-u, mogę już opłacić światło, gaz i wodę. W dalszej przyszłości planuję, aby przychodnia, poza placami, mogła zarobić na swoje utrzymanie.

Planujemy otwarcie kawiarni, księgarni, kwiatarni i dzierżawę magazynu.

Czy prywatyzacja jest jedyną drogą do zmian w służbie zdrowia? — uważam, że nie.

Przez 1,5 miesiąca działalności gabinetów, niektórzy koledzy nie zarobili na czynsz. Społeczeństwo jest biedne i obala to jeden z mitów, iż będzie chętnie płacić za leczenie pracownikom służby zdrowia. Uważam, że powinna istnieć równość w trzech sektorach: społecznym, spółdzielczym i prywatnym. Dotyczy to m.in. wydawania zwolnień, przeprowadzania badań laboratoryjnych. Lekarze otwierający gabinety prywatne powinni otrzymać ulgi podatkowe i nisko oprocentowane kredyty na rozwój tych gabinetów.

Ryszard Łopuch

Uchwała Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Rada Lekarska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w dniu 16.03.1991 r. podjęła uchwałę następującej treści:

Obserwując w ostatnich kilkunastu miesiącach politykę kolejnych rządów, z pozycji biernego obserwatora akceptujących nieuchronnie nadchodzącą katastrofę w tej sferze budżetowej, która nosi nazwę „służby zdrowia” — zmuszeni jesteśmy upomnieć się nie tylko o swoje prawa, ale przede wszystkim o prawo całego narodu do zdrowia. Faktem absolutnie dla nas niezrozumiałym jest zapewnianie o ciągłym dążeniu do zjednoczenia z Europą, przy jednoczesnym kompromitowaniu się w oczach tej Europy.

Bijemy wszelkie światowe rekordy pod względem zachorowalności i umieralności na schorzenia układu krążenia, wskaźniki zdrowotne naszego społeczeństwa począwszy od noworodków nie nadają się do cytowania. Polska, to nie tylko śmietnik Europy — stajemy się stopniowo cmentarzyskiem Europy. Znane nam są wszystkie racje ekonomiczne poszczególnych rządów, ciągle jednak nie przeliczył nikt życia ludzkiego na złotówki. Bardzo prosimy o dalsze przestrzeganie bez-

względnej gry rynkowej, ale nie tam, gdzie w rachubę wchodzi wartości najwyższe!

Protestujemy stanowczo przeciwko ignorowaniu postulatów środowiska lekarskiego zgłaszanych do najróżniejszych instytucji rządowych i samorządowych dotyczących wyżej wymienionych kwestii.

Protestujemy przeciwko traktowaniu lekarzy jako grupy obywateli pozbawionych praw, które posiadają inni pracownicy zatrudnieni na terenie RP.

Żądamy:

- 1) Natychmiastowej korekty budżetu państwa, tak aby obecna tragiczna sytuacja wszystkich jednostek służby zdrowia uległa poprawie umożliwiającej normalne funkcjonowanie.
- 2) Natychmiastowego wprowadzenia elementów reformy wypracowanych dotąd przez MZ i OS i ekspertów Banku Światowego, zaprzestania prób kolejnych eksperymentów.
- 3) Przyspieszenia prac sejmiku i senatu nad niezbędnymi dla szybkich zmian aktami prawnymi.

- 4) Wyłączenia lekarzy jako odrębnej grupy zawodowej z taryfikatora służby zdrowia z zapewnieniem uzyskania płacy 2—4:1 (relacji do średniej płacy krajowej). Jednoznaczne uregulowanie spraw podatkowych.

Autentycznego zrównania w prawach wszystkich sektorów.

- 5) Uwzględnienia postulatów środowiska lekarskiego w zakresie tworzonej ustawy emerytalno-rentowej i ustawy o zawodzie lekarza.

- 6) Szerokiego poinformowania społeczeństwa o tragicznej sytuacji służby zdrowia, co może złagodzi jego roszczeniowe nastawienie.

Jesteśmy zdania, że jako grupa zawodowa krzywdzona przez ostatnie kilkadziesiąt lat wykazaliśmy maksimum cierpliwości w oczekiwaniu na poprawę naszego statusu. Ostrzegamy, że w razie dalszego utrzymywania się obserwowanej przez nas beztroski rządu, podejmiemy zdecydowaną akcję protestacyjną zgodnie z zasadami etyki, ustalonymi przez Porozumienie Izb Lekarskich Krajów EWG.

Kolejny projekt,

a reformy

nie widać...

27 marca br. na zebraniu Prezydium omawiano projekt reformy służby zdrowia w woj. wrocławskim, przygotowany przez zespół grupujący przedstawicieli Sejmiku Samorządowego, Rady Miejskiej, Akademii Medycznej i Wydziału Zdrowia, pracujący pod kierownictwem dr. n. biol. Stanisława Cebra. Projekt przewiduje — pełną i obowiązkową komputeryzację aptek, co pozwoli na kontrolę dystrybucji leków (wypisywanie recept i wydawanie medykamentów, ile leków otrzymał chory w ciągu miesiąca i od kogo) oraz reformę systemu lecznictwa otwartego. Proponuje się wprowadzenie nowych książeczek zdrowia i nowego systemu plac, kładącego nacisk na wynagradzanie za rzeczywistą pracę. Na wprowadzenie tego projektu w życie potrzebne są fundusze rzędu kilkudziesięciu miliardów złotych. Po dyskusji Prezydium poparło starania o pożyczkę z funduszy Banku Światowego.

Uwaga — pełny projekt do wglądu w naszym biurze ul. Matejki 6.

W.B.

DEMENTI

Upriejcie informuję wszystkich Czytelników Biuletynu, iż opublikowany wzór recepty stosowanej w prywatnym lecznictwie jest jeszcze obecnie nieaktualny (Biuletyn nr 10). Za ewentualne przykrości z powodu stosowania takowej — najmocniej przepraszam. Opublikowaniem powyższej informacji jest osobiście zainteresowany Pan Minister Zdrowia, powołując się na instrukcję wydaną przez ministerstwo.

Przekaz informacji, to iście polska tragedia XX wieku. Manipulacja informacją, to z kolei syndrom postkomunistycznej epoki. Lekarz, adresat informacji, nigdy w Polsce powojennej nie był poważnie traktowany przez źródła informacji, a także przez jej nośniki. Dlaczego tak było — wiemy. Dziś jednak pragniemy choćby minimum należytego traktowania. Ministerstwo Zdrowia, jak nigdy, dysponuje wieloma formami informowania swoich pracowników. Dekrety, ustawy, czy instrukcje nie są zapewne lekturą do poduszki, lecz nawet najbardziej zapracowany lekarz znajdzie chwilę na ich przeczytanie, co potwierdzają choćby nasi Czytelnicy. Nie przypominam sobie, aby Ministerstwo Zdrowia, poprzez Izbę Lekarską i jej organy prasowe, propagowało aktualne prawodawstwo. Skądinąd ironią są utajnione instrukcje Ministerstwa Zdrowia, które stosuje się jako kontrtorpedy między innymi dla inicjatyw samorządu lekarskiego. Także groteską jest

brak formalnych zaleceń adresowanych bezpośrednio do lekarzy prywatnie praktykujących. Dlaczego? A choćby dlatego, że uprzedni administrator lecznictwa nie posiadał nawet spisu tej grupy medyków. To oddolna inicjatywa okręgowych izb przywraca formalne struktury prywatnych praktyk tak, aby między innymi lekarz wiedział „co w trawie piszczy”.

Skoro przywołałem izbę lekarską, to wspomnę cel jej reanimacji. Zasadą działania tego samorządu jest między innymi powrót do zdrowych tradycji oraz asymilacja współczesnych europejskich sposobów istnienia lekarzy w społeczeństwie.

Także tradycją prywatnej praktyki jest stosowanie starych, dobrych atrybutów. Takim atrybutem jest choćby układ recepty, który określa jednoznacznie pracodawcę i pracobiorcę. Zawarta na niej informacja z dodaną odręcznie adnotacją o procencie odpłatności jest równoznaczna tej, wydanej na blankiecie MZ/Pom-31 i z całą pewnością jej realizacja nie utrudnia pracy farmaceutyce. Nie bez znaczenia jest moralny aspekt stosowania w prywatnej praktyce blankietów „ministerialnych”, których właścicielem przeważnie jest państwo.

A więc forma i treść, treść i forma. Chyba daliśmy się zwariować...

Jerzy Piekarski

Listy do redakcji

O działalności izb

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Z ogromną uwagą przeczytaliśmy artykuł dyskusyjny „Sprawa polityczna?” w numerze 2/91 DIL, którego autorem jest dr Czesław Klemaszewski.

Zamieszczone w artykule wnioski, a zwłaszcza trzeci, odzwierciedlają dokładnie odczucia środowiska lekarskiego. Uważamy, że miniony okres działalności DIL nie przyniósł chwały. Rozumiemy trudności odradzania się samorządności lekarskiej w zmieniającej się sytuacji politycznej i gospodarczej Polski, przyjmujemy ze zrozumieniem kłopoty samego tworzenia nowej instytucji, jesteśmy gotowi z wyrozumiałością traktować błędy upajania się demokracją. Jednak izby działają w naszym odczuciu w komfortowej sytuacji finansowej, a ta pozwala, w oparciu o istniejącą bazę lokalową i sprzętową, na intensywne działania na rzecz środowiska. Tego działania nie widzimy i budzi to w nas uczucie frustracji i niechętnie postawy wobec nowej instytucji.

Naszym zdaniem izby powinny jasno określić zakres swoich działań. Związki zawodowe uwikłane w rozgrywki polityczne, związane z obozem władzy lub z opozycją, przestały odgrywać przypisaną im statutowo rolę rzecznika praw pracowniczych, zwłaszcza środowiska lekarskiego. Stąd izba lekarska jako organizacja wszystkich wykonywujących zawód, a więc reprezentacja wszystkich lekarzy niezależnie od ich politycznych przekonań, zmuszona jest stanąć ponad podziałami. Posiada zdecydowanie mandat reprezentanta interesów lekarzy i w obecnej sytuacji politycznej i gospodarczej może przyjąć na siebie obowiązek rzecznika interesów materialnych lekarzy.

Rację ma autor artykułu stwierdzając, że problemy służby zdrowia są sprawą polityczną. Być może trochę inaczej rozumiemy tę „polityczność”. Jeśli nasza działalność lekarska ma nosić na sobie więzy racji politycznych, to zgoda — jest to sprawa polityczna. Od takiego pojmowania statusu zawodu tylko krok do wynaturzeń w rodzaju hitlerowskich lekarzy — morderców, radzieckich specjalistów od psychiatrii, bohaterskich pielęgniarów kuwejskich mordujących żołnierzy irackich.

Uważamy, że DIL musi się tych politycznych więzów wyrwać — stać się wyrazicielem interesów środowiska lekarskiego, jego sumieniem i obrońcą dla dobra społeczeństwa, dla każdego z ludzi, którzy oczekują od nas pomocy. Z izb muszą odejść koledzy, którzy prezentują w działaniu i myśleniu „sprawdzone stalinowskie wzorce”, ludzie rządni władzy, traktujący uczestnictwo w działaniu DIL jak trampolinę unoszącą ich na wyższy szczebel władzy, jako rękojmię dla załatwiania swoich prywatnych, party-

kularnych interesów, a czasem zwykłych porachunków.

Wobec zagrożeń jakie wiszą nad sprawowaniem przez nas zawodu, widzimy izbę lekarską jako prężnego i zdecydowanego naszego statutowego obrońcę, szybko reagującego na zmienność uwarunkowań gospodarczych i politycznych.

Czy formą obrony naszych interesów może być strajk? Jest to przerażająca perspektywa, sprzeczna z podstawami etyki zawodowej. Ale jest to mocny argument i chyba jedyny przemawiający do świadomości każdego obywatela tego państwa. Być może jest to jedyna droga przerwania zakłętego kręgu niemocy otaczającego służbę zdrowia.

PS.

Sprzeciwiamy się ostro finansowaniu z funduszy izby lekarskiej akcji wyborczej do sejmu i senatu na rzecz kandydatów, z którejkolwiek partii (może komuś przyjdzie do głowy popierać partię Tymińskiego bez wiedzy szeregowców izby?). Uważamy jednak za konieczne ostre przeegzaminowanie na otwartym zebraniu izb kandydatów z ramienia wszystkich startujących w wyborach partii i udzielenia personalnie jednemu z nich poparcia.

Jerzy Rabczyński z zespołem

Recepty

Chciałbym znać opinię Pana i czytelników na temat, który chcę przedstawić. Proszę też nie tylko o opinię, ale i o pomoc w załatwieniu bulwersującego nasze środowisko problemu recept wystawianych przez naszych lekarzy z prowadzonych przez nich gabinetów prywatnych. W naszym rejonie większość prywatnie praktykujących lekarzy ma zamówione wcześniej swoje prywatne druki recept na ładnym papierze i z nadrukiem własnego gabinetu, nazwiskiem i imieniem, adresem i telefonem, godzinami przyjęć. Recepty te nie są realizowane jako zniż-

kowe na naszym terenie, a jedynie jako recepty 100%. Kierownicy Aptek powołują się na przeróżne pisma „CEFARMU”, podpisane przez pp mgr farm. Teresę Szumiętę i Olafa Gubrynowicza (odpisami, numerami i znakami tych pism dysponują do wglądu, również podało je nasze Terenowe Koło Izb Lekarskich w Oławie w piśmie do DIL). Streszczając i reasumując te wywody stwierdza się, że wszyscy lekarze praktykujący prywatnie muszą wypisywać recepty jedynie na drukach wzoru: Mz/Pom-31.

Chciałbym więc wiedzieć, jaki jest powód i sens tej, moim zdaniem bezsensownej, decyzji?

Każdy z nas pamięta bowiem czasy, kiedy to brakowało w Polsce jakichkolwiek druków recept i na czym wtedy były one wypisywane. Wzory recept Mz/POM-31 są dostępne jedynie w Zakładach Społecznej Służby Zdrowia — czy więc lekarze prowadzący gabinety prywatne mają je kraść z tych placówek?

A co mamy zrobić z dużą ilością posiadanych już druków? Pomijając już wydane na nie pieniądze, czy stać nasz kraj na to, abyśmy wyrzucili te recepty na śmietnik? Czy na tym polega obecnie oszczędność?

Może więc w dobie prywatyzacji i preferowania prywatnego lecznictwa otwartego przestanie się szykanować lekarzy i karać ich prywatnych pacjentów 100% opłatą za leki wypisane na „firmowej” receptce, zaopatrzonej dodatkowo w dokładne dane na temat gabinetu, co moim zdaniem pozwala na lepszy kontakt z lekarzem nie tylko pacjenta, ale i farmaceuty.

Muszę dodać, że wspomniane tu recepty nie mają żadnego elementu reklamy, sprzecznego z zasadami etyki lekarskiej.

Powinniśmy chyba kasować wszelkie, bezsensowne zarządzenia w służbie zdrowia, które jeszcze bardziej utrudniają i tak już ciężką naszą pracę. Co Państwo na to?

Łączę pozdrowienia.

Z poważaniem:

Lek. med. Andrzej Kucharski

PYTANIE OTWARTE DO PANA DR. JERZEGO PIEKARSKIEGO

W artykule Pana doktora p.t. Prywatna praktyka lekarska — Biuletyn DIL, marzec 1991, Nr 4(12) — pisze Pan, że na spotkaniu przedstawicieli izb d.s. prywatnych praktyk: „wyczuwało się ożywczy powiew wspólnoty interesów, troski o pacjenta, jego kondycję psychiczną, fizyczną i MATERIALNĄ” (podkreślenie moje). A dalej: „rola OIL w ustalaniu MINIMALNYCH honorariów lekarskich”.

Nie rozumiem, gdzie tu troska o dobro materialne pacjenta? Chyba, że wszystkiemu winien chochlik drukarski i powinno być: rola OIL w ustalaniu maksymalnych honorariów lekarskich.

Łączę koleżeńskie pozdrowienia

Hanna Głębowska

Uprzejmie informuję, iż tradycja lekarska nie dopuszczając do niezdrowej konkurencji między medykami, zagwarantowała sobie prawo do ustalania minimalnych honorariów. Lekarz powinien zaniechać pobrania opłaty za poradę, czy zabieg, gdyby jej wysokość była niższa od minimalnego honorarium.

Wspomniany zwyczaj nie określa maksymalnej stawki honorarium, o ile wyrazi na to zgodę leczony, czego i Pani doktor życzę.

Z poważaniem
Jerzy Piekarski

Listy do redakcji

Dlaczego GP?

Jesienią ubiegłego roku miałem okazję spędzić urlop przyglądając się i podpatrując pracę kolegów po fachu w Wielkiej Brytanii, lekarzy ogólnych — General Practitioners.

W naszym kraju niewiele wiemy o pracy brytyjskiego, rodzinnego systemu służby zdrowia. Jest on oparty o obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dodatkowe nieobowiązkowe ubezpieczenia prywatne. Opieka podstawowa sprawowana jest przez ok. 40 000 GP, którzy opiekują się całym brytyjskim społeczeństwem (na 1 lekarza przypada ok. 2000 pacjentów). Lekarz ogólny zawiera kontrakt z przedstawicielem medycznej administracji państwowej i jego dochód w bezpośredni sposób zależy od ilości pacjentów objętych opieką. Między GP istnieje duża konkurencja — znalezienie dobrej pracy jest bardzo trudne. Pacjenci mają prawo wyboru lekarza i najczęściej przywiązują się do niego na całe życie. Kończąc studia moi angielscy koledzy wybierają jedną z dwóch dróg kariery zawodowej: pragną zostać lekarzem ogólnym w lecznictwie otwartym bądź ordynatorem oddziału szpitala w wybranej przez siebie specjalności. Prestiż tych stanowisk można uznać za najwyższy i jednocześnie porównywalny w kategoriach finansowych.

W Wielkiej Brytanii coraz większy nacisk kładzie się na odpowiedzialność finansową GP za ilość i jakość udzielanych usług medycznych oraz koszty z tym związane.

Jakie korzyści i zagrożenia niesie z sobą taki system? Kontakt między GP a pacjentem jest z reguły bardzo dobry, gdyż obu zależy na wzajemnym pozytywnym oddziaływaniu. Pacjent ma swego „Anioła Stróża”, praktycznie 24 godziny na dobę, który fachową pomocą medyczną otacza całą jego rodzinę. Dyspozycyjność lekarza nie jest jednak nadużywana, gdyż w konsekwencji odbiłoby się to negatywnie na pacjencie (nie jest to relacja anonimowego pacjenta X z jednorazowo napotkanym doktorem Y). Lekarzom, nawet przy dużej konkurencji, praca i zarobki pozwalają na godziwe i spokojne życie w górnych stanach warstwy średniej brytyjskiego społeczeństwa.

Wprowadzie systemy finansowania służby zdrowia różnią się między sobą w poszczególnych krajach Europy Zachodniej, jednak oparcie podstawowej opieki zdrowotnej o wysoko kwalifikowanego lekarza ogólnego jest elementem wspólnym. Nasze dążenie do Europy zobowiązuje nas do korzystania z tych doświadczeń.

RW

Dziewczynka 8-letnia przyjęta została do szpitala z rozpoznaniem przepukliny pachwinowej prawostronnej i zakwalifikowano ją do zabiegu operacyjnego. Podczas kilkudniowego, poprzedzającego zabieg pobytu w szpitalu opiekował się nią lekarz stażysta, lekarz chirurg. Przyszły operator nie badał jej, nie zbadała jej także lekarka-anestezjolog. Historię choroby wypełnił i prowadził stażysta. W dniu zabiegu dziecko zostało zabrane na salę operacyjną — na tablicy podany był rodzaj zabiegu, bez oznaczenia, której strony ciała dotyczy. Lekarka uśpiła dziecko i wówczas na salę wszedł chirurg. Wykonał — bez komplikacji — zabieg operacyjny usunięcia przepukliny pachwinowej po stronie lewej. Na sali operacyjnej nie było historii choroby dziecka. W późniejszym okresie, już podczas wyjaśnień przed prokuratorem chirurg wyjaśnił, że mimo uśpienia zbadał dziecko na stole operacyjnym i stwierdził obecność przepukliny także po stronie lewej. Śródoperacyjnie potwierdził to rozpoznanie i zamknął otwarty pierścień przepuklinowy. Przebieg pooperacyjny był gładki. Lekarz stażysta, wpisujący do historii choroby dane z

wyżej naruszenie czynności narządu ciała dziecka na czas powyżej dni siedmiu.

Sprawa ta miała dodatkowy aspekt. Lekarz stażysta został oskarżony o sfalszowanie dokumentacji lekarskiej. Start tego lekarza do życia zawodowego nie był udany. Nie dość, że praca zespołu lekarskiego, w którym się znalazł nie była dobrym przykładem, a nawet była sprzeczna z obowiązującymi przepisami, to wszedł w kolizję z prawem, z czym z pewnością nie liczył się, zmieniając w historii choroby rozpoznanie.

Na marginesie warto wspomnieć, że sprawy przeciwko lekarzom mają także niestety — aczkolwiek rzadko — związek z fałszowaniem dokumentacji lekarskiej. Do najbardziej drastycznych zaliczylibym dwie sprawy, a mianowicie: późnym wieczorem przyjęto do porodu ciężarną i po zbadaniu (nie stwierdzono niepokojących objawów, akcja serca płodu była prawidłowa) pozostawiono ją na całą noc bez opieki w sali przedporodowej. Kobieta wyjaśniała, że występowały u niej bóle, silne stawianie się macicy, potem przestała czuć ruchy płodu. Wzywała nadaremnie pomocy. Podczas ранnego badania nie wy-

Czy zaplanowano i wykonano taki sam zabieg operacyjny?

księgi operacyjnej zauważył różnice w rozpoznaniu, dotyczące strony ciała. Uznał, że to on, a nie chirurg — musiał się pomylić i we wszystkich wcześniejszych rozpoznaniach w dokumentacji lekarskiej zmazał słowo „prawa” i wpisał „lewa”. Takie też rozpoznanie wpisał w karcie informacyjnej.

Rodzice, po zabraniu dziecka do domu dziwili się, że blizna pooperacyjna jest nie po tej stronie co przepuklina, ale nie zaniepokoiło ich to. Po pewnym jednak czasie, po większym wysiłku córki, zauważyli u niej taką samą przepuklinę po stronie prawej, jaką miała poprzednio. Złożyli zażalenie do prokuratury. Prokuratura powołała Zakład Medycyny Sądowej dla wydania sądowo-lekarskiej opinii, ustalającej czy postępowanie lekarskie było w tym przypadku prawidłowe.

Zespół Opiniujący przy Zakładzie Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu miał duże wątpliwości co do prawdziwości wyjaśnień lekarza operatora, aczkolwiek nie mógł wykluczyć, że śródoperacyjnie mógł on stwierdzić otwarty pierścień przepuklinowy po stronie lewej i zamknąć go. Niemniej jednak postępowanie chirurga było sprzeczne z obowiązującymi przepisami — nie zbadał dziecka przed zabiegiem operacyjnym, na sali operacyjnej nie było historii choroby i nie przeprowadzono zabiegu, odpowiadającego ściśle rodzajowi operacji, na który matka wyraziła zgodę (przy zgodzie podano stronę prawą). Nieprawidłowe postępowanie lekarskie (niezgodne z wymogami Regulaminu Traktu Operacyjnego) spowodowało jednakże co naj-

bardziej słuchano akcji serca płodu. Ordynator oddziału, po wizycie, polecił lekarzowi dyżurnemu i położnej, by zniszczyli oryginalną kartę położniczą i sporządzili nową, wpisując w nią, że już przy przyjęciu do szpitala płód był martwy. W trakcie postępowania prokuratorskiego zostało to po pewnym czasie ujawnione, a niektóre osoby z personelu oskarżone o składanie fałszywych zeznań (w początkowych upierali się, że płód był martwy).

Drugi przypadek dotyczył kobiety w 8 miesiącu ciąży bliźniaczej, z ostrym, kamiczym zapaleniem pęcherzyka żółciowego. Przypadek ten prowadził ordynator (nowo zatrudniony, z nieciekawą przeszłością zawodową), a jego postępowanie podwładny mu lekarz uważał (słusznie) za wysoce nieprawidłowe. Sprawa zakończyła się tragicznie — doszło do śmierci płodów i matki. Gdy prokuratura — po zażaleniu złożonym przez rodzinę zmarłej — zabezpieczała kartę położniczą, okazało się, że jest ona zupełnie inna niż poprzednia, która była sfotografowana przez tego drugiego lekarza. Sposoby postępowania leczniczego wynikające z tych dwu dokumentów różniły się diametralnie.

Falszowanie dokumentacji lekarskiej jest pospolitym przestępstwem (określonym odpowiednimi art. kodeksu karnego i ustawy o zawodzie lekarza) i tak też jest traktowane, gdy popełni je lekarz w związku z wykonywaniem swego zawodu.

dr hab. Barbara Świątek

Zapraszamy:

NA POSIEDZENIE SZKOLENIOWO-NAUKOWE ODDZIAŁU WROCŁAWSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

które odbędzie się dnia 16 maja 1991 r. o godz. 12.30
w sali im. E. Biernackiego przy ulicy Pasteura 4

PROGRAM

z Kliniki i Katedry Kardiologii A.M. we Wrocławiu

1. A. Mysiak, M. Jurga
Choroby układu krążenia a czynniki środowiskowe.
2. M. Negrusz-Kawecka, A. Spring, J. Moszczyńska, J. Haczyński, G. Radka
Zespół wypadania płątki zastawki mitralnej.

Sekretarz

Doc. dr hab. K. Łoboz-Grudzień

Przewodnicząca

Prof. dr hab. med. L. Hirnlowa

NA POSIEDZENIE SZKOLENIOWO-NAUKOWE ODDZIAŁU WROCŁAWSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

które odbędzie się dnia 6 czerwca 1991 r. o godz. 12.30
w Sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4

PROGRAM

z Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego we Wrocławiu

1. J. Lewczuk, K. Wrabec, K. Reczuch, A. Porada, P. Piszko, W. Sawa
Nadciśnienie płucne wtórne w przebiegu przewlekłej zatorowości do dużych naczyń płucnych — na przykładzie własnych przypadków.
2. J. Lewczuk, B. Sobkowicz-Woźniak, P. Piszko, K. Wrabec
1 rok leczenia kaptoprilem chorych z sercem płucnym w okresie skrajnej prawokomorowej niewydolności krążenia.
3. J. Lewczuk, B. Sobkowicz-Woźniak, P. Piszko, J. Śpikowski, K. Wrabec, A. Porada, P. Palka
Efekt 18 miesięcznego leczenia prazosyną chorego z nadciśnieniem płucnym na tle przewlekłej obturacyjnej choroby płuc.

Sekretarz

Doc. dr hab. K. Łoboz-Grudzień

Przewodnicząca

Prof. dr hab. med. L. Hirnlowa

Konkurs

Specjalistyczny Szpital Zespolony
we Wrocławiu
ogłasza konkurs na stanowisko

ORDYNATORA
ODDZIAŁU CHIRURGII
OGÓLNEJ

Szpitala im. Marciniaka
Wrocław, ul. Traugutta 116.

Kandydaci proszeni są o dołączenie dokumentów określonych w par. 7 rozp. ministra zdrowia z dnia 2.10.1990 w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznej służby zdrowia (Dz.U. nr 70, poz. 416).

Oferty należy składać w siedzibie DIL, Wrocław, ul. Matejki 6, z dopiskiem na kopercie „Konkurs”, w terminie 30 dni od daty ogłoszenia. Szpital nie zapewnia mieszkania.

Rozwiązanie konkursu nastąpi w terminie około 3 tygodni.

Początki Biblioteki AM

Biblioteka Akademii Medycznej utworzona została w 1946 roku przy Wydziale Lekarskim Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu, jako Biblioteka Lekarska. Zapoczątkowanie działalności bibliotecznej było nader skromne. Pomieszczenie, jakie otrzymała w tym czasie, to jeden pokój w Zakładzie Historii Medycyny przy ul. Chałubińskiego 5. W 1947 r. przyznano drugi pokój w budynku II i III Kliniki Chorób Wewnętrznych, w którym utworzono czytelną. Wraz z reorganizacją szkolnictwa wyższego w 1950 r. i powstaniem zamiast Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wrocławskiego odrębnej wyższej uczelni pod nazwą Akademia Medyczna we Wrocławiu, biblioteka otrzymała swoją obecną nazwę.

Już jako Biblioteka Akademii Medycznej posiadająca zaledwie czteroletnią historię, w dalszym ciągu pracowała w bardzo trudnych warunkach. Dzięki staraniom władz akademickich, w późniejszych latach przeniesiona została do gmachu przy ul. Parkowej 1/3 (obecnie Rosenbergów). W pierwszej fazie posiadała trzy pomieszczenia. Po otrzymaniu kolejnych pokoi (w lutym 1951 r.) przeniesiono tam wszystkie pracownice, czytelną oraz magazyn. Pozostawiono jeszcze na terenie Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 trzy magazyny z książkami niemieckimi, na które trzeba było wygospodarować osobne pomieszczenia. Duża ilość wartościowych książek i cennych ciągów czasopism znajdowała się przy poszczególnych klinikach.

W 1952 r. Instytut Zachodni, dotychczasowy lokator budynku przy ul. Parkowej, przekazał bibliotece pierwsze piętro, co umożliwiło jej objęcie we władanie całego domu. Był to obiekt, który należało wyremontować i odpowiednio zaadaptować. Dokonano tego w latach 1955—1958, przez co łączna powierzchnia użytkowa biblioteki wynosiła 693 m².

W pierwszym stadium tworzenia się biblioteki, w latach 1946—1950, na jej czele stał profesor dr med. Witold Ziembicki. Następca (w latach 1950—1958) był dr med. (a od 1955 r. profesor) Zdzisław Wiktor. Od 1958 r. do dnia dzisiejszego stanowisko dyrektora piastuje Leszek Barg (od 1964 r. dr nauk prawnych i od 1968 r. bibliotekarz dyplomowany).

Lepsze warunki lokalowe i zwiększenie liczby etatów pracowników służby bibliotecznej (rozporządzenie Rady Ministrów z 2 czerwca 1956 r. w sprawie ustalenia stanowisk służbowych i uposażeń pracowników służby bibliotecznej reorganizujące strukturę personalną bibliotek szkół wyższych) pozwoliły na rozpoczęcie intensywnych prac naukowych biblioteki.

Podstawowe kierunki pracy naukowej to historia medycyny i bibliografia medyczna. Bibliografia wykonana w latach 1951—1967

Początki Biblioteki AM

Dokończenie ze str. 11

obejmowała 32 pozycje, w tym jedną pracę doktorską. Zagadnienia poruszane w opublikowanych pracach to: biografia, bibliologia i bibliografia medyczna, historia medycyny, historia uzdrowisk, etyka lekarska i organizacja bibliotek. Wydawano także materiały sprawozdawcze, recenzje i opracowania informatorów.

Zbiory biblioteki nieustannie wzrastały. W 1947 r. składały się one tylko z 623 opracowanych książek, a w 1950 r. już zwiększyły się do 8973 woluminów. Od maja 1951 r. biblioteka systematycznie nabywała do swego księgozbioru, a także dla klinik i zakładów, książki i czasopisma zagraniczne, co spowodowało zwiększenie liczby zbiorów. I tak liczyły one w latach 1955 — 32 386, 1960 — 57 843, w 1965 — 94 778 i w 1968 — 114 904 woluminy, w tym 30 817 woluminów czasopism i 41 starodruków (m.in.: drukowany w Krakowie w języku polskim „Zielnik” Szymona Syreniusa z 1613 r., „Opera” Paracelsusa z 1603 r. oraz łacińsko-greckie komentarze Teodora Zwingera do Hipokratesa, wydane w Bazylei w 1579 r.).

W pierwszych etapach swego funkcjonowania biblioteka powołała do życia główne działy organizacyjne: gromadzenie, opracowanie i udostępnianie, które rozwinęły się w oddziały: gromadzenia druków zwartych, opracowania druków zwartych, gromadzenia i opracowania czasopism, udostępniania, informacji i bibliografii, magazynów i konserwacji, bibliotek zakładowych, a także pracowni: fotochemicznej i introligatorskiej. Także w tym czasie zaczęto organizować oddział wymiany bibliotecznej.

Ustawiczny rozwój biblioteki domagał się coraz to szerszego obsługiwanie czytelników, a także szkolenia jej pracowników. Jednym z elementów tej służby jest czytelnia. W latach 1947—48 liczyła ona zaledwie cztery miejsca, w latach 1949—1951 — 6 miejsc, w latach 1952—1955 — 18, w latach 1956—1958 — 40, a po remoncie (w 1958 r.) otworzono dwie czytelnie: książek z 36 miejscami i czasopism z 24 miejscami. Równocześnie wzrastała liczba czytelników w czytelniach i wypożyczalniach. I tak w 1948 r. ze zbiorów biblioteki korzystało 263 czytelników, by w 1968 r. obsłużyć już 20 943 czytelników. Od 1965 r. rozpoczęto kurs z zakresu przysposobienia bibliotecznego dla studentów I roku studiów. Prowadzono także wykłady (lata 1960—69: dr Leszek Barg) na II lub III roku studiów z wybranych zagadnień historii medycyny, historii książki medycznej i bibliografii medycznej. Od 1958 r. rozpoczęto szkolenie bibliotekarzy zakładowych, a od 1966 r. organizowano podczas wakacji miesięczne praktyki dla studentów bibliotekoznawstwa Uniwersytetu Wrocławskiego. Inną formą

Dokończenie na str. 15

UWAGA! SZPITALE I GABINETY ENDOSKOPOWE

OFERUJEMY ŚRODKI DEZYNFEKCYJNE PRODUKCJI JOHNSON and JOHNSON

- CIDEX** — do dezynfekcji i sterylizacji endoskopów i innego sprzętu medycznego
PRESEPT — w postaci tabletek do dezynfekcji ogólnej w szpitalach, laboratoriach

**AUTORYZOWANY DYSTRYBUTOR KONCERNU
JOHNSON and JOHNSON**

VARIMED Sp. z o.o.
ul. Strzegomska 47
53-611 WROCŁAW

tel. 55-22-40

centr. 56-20-72 w. 17
55-04-91 w. 17

**Dyrekcja
Obwodu Lecznictwa Kolejowego
we Wrocławiu
zatrudni**

w pełnym wymiarze czasu pracy
na terenie miasta Wrocławia —
**lekarza radiologa
dwóch lekarzy pediatrów
(z tego jednego na terenie Brochowa) oraz
technika fizykoterapii
na terenie Brochowa,**

Zapewniamy świadczenia kolejowe zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Szczegółowych informacji w sprawie płacy i pracy udziela dział
służby pracowniczej we Wrocławiu, ul. Joannitów 10/12**

tel. 68-59-55 i 67-13-21.

**Rejonowa Przychodnia PKP — Wrocław Brochów
zatrudni
lekarza pediatrę**

Zapewniamy świadczenia kolejowe zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Bliższe informacje pod nr telefonu — 68-35-31.

ODEZWA

Lekarze Terenowego Koła Izby Lekarskiej przy PSK 5 uważają, że dotychczasowa działalność Naczelnej Izby Lekarskiej nie przynosi efektów w sprawach najżywiej nas dotyczących. Stosunek władz państwa do zawodu lekarskiego pozostaje bez istotnych zmian. Gorący sprzeciw naszego środowiska budzi zwłaszcza postawienie bez prawa prawem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej.

Po pierwsze — jakim prawem zmuszani jesteśmy do pracy powyżej ustalonej normy? (obowiązek pełnienia dyżurów zakładowych). Po drugie — dlaczego nie jest to opłacane zgodnie z prawem, jako godziny nadliczbowe. Po trzecie — dlaczego dotychczas obowiązuje przepis o tzw. gotowości do pracy (na zasadzie przymusu za śmiesznie niskie stawki płacowe, bez możliwości odmowy).

Uważamy, że jeśli izba lekarska nie potrafi wyegzekwować przestrzegania konstytucji i prawa pracy, na znak protestu powinna podać się do dymisji, albowiem poza obowiązkowym pobieraniem 2% od pborów składki członkowskiej od każdego lekarza, innych działań dla środowiska lekarskiego istotnych, nie dostrzegamy.

Wydaje się, że przez okres przeszło rocznej działalności nie wykorzystano do tej pory wszelkich szans (w tym drogi sądowej) do wyegzekwowania należnych naszemu zawodowi praw i szacunku.

Przewodniczący
dr med. Wacław Weyde

ODPŁATNOŚCI

Decyzją ministra zdrowia pacjenci kierowani z prywatnych gabinetów lekarskich do badań laboratoryjnych obowiązani są do uiszczania odpłatności, niezależnie od posiadanych praw ubezpieczeniowych. Pozbawienie prawa bezpłatności świadczeń leczniczych pacjentów ubezpieczonych tłumaczone jest argumentami ekonomicznymi.

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej proponuje — analogicznie do zmian w sprawie realizacji recept — wprowadzenie symbolicznej stawki za badania laboratoryjne, niezależnie od tego skąd pacjent jest kierowany (o ile posiada ubezpieczenie). Spowoduje to racjonalizację skierowań, zasili budżet służby zdrowia i zniesie częściowo dyskryminację prywatnych praktyk lekarskich.

Uczmy się języków

- Good afternoon, doctor
- Hello, Mr Smith. I've got some good news for you here. The blood tests are normal, and your heart tests are quite in keeping with a man of your age.
- Does that mean they are normal?
- Yes. There's just a little strain showing on your cardiogram. Nothing serious. Merely a little hypertension.
- Is that serious?
- You have a mild but definite increase in your blood pressure and this does require treatment. If the treatment is successful you will be no more at risk than someone whose blood pressure is normal.
- So what am I to do? Are you going to put me on drugs? I wouldn't like that.
- First of all I'm going to put you on a diet and try to get you to lose some weight. And I also want you to cut down on the salt in your diet.
- Cutting out the salt? But does this mean no salt at all on my food?
- Yes, and no salt when cooking vegetables either. You should also avoid stresses and stop smoking. Here's your diet sheet.
- Thank you very much doctor.
- See you in a month, Mr Smith.

in keeping with — zgodne z ...

a strain — uszkodzenie powysiłkowe

hypertension — nadciśnienie

to require — wymagać

treatment — leczenie

to put sb on drugs — rozpocząć podawanie leków

to cut down — zredukować, obniżyć

to avoid — unikać

OGŁOSZENIA DROBNE

Elektronystagmografia — badanie błędników (wykonywane w diagnostyce zawrotów głowy). Zapisy telefoniczne — Wrocław 61-38-49. Maria Nodzyńska.

Krajowe Zespoły Specjalistyczne
w dziedzinie: neurologii, neurochirurgii, ortopedii
i traumatologii, reumatologii i rehabilitacji

oraz

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

organizują

SESJE NAUKOWE

Program

11.IV.1991 — godziny popołudniowe — przyjazd uczestników i zakwaterowanie.
Biuro organizacyjne czynne od godz. 12.00 w Stołecznym Zespole Rehabilitacji, Konstancin ul. Wierzejewskiego 12, telefon 56-40-61, telex 817525, telefax 56-47-33.

12.IV.1991 r.

SESJA I.

Przewodniczący: J. Bidziński, A. Wilmonska

- 8.00— 8.10 — Otwarcie Konferencji — Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Mgr Wojciech Topiński.
- 8.10— 8.30 — J. Haftek: Bóle krzyża — złożony problem interdyscyplinarny i społeczny.
- 8.30— 9.00 — S. Żarski: Epidemiologia i patomechanizmy.
- 9.00— 9.30 — J. Kulczycki: Objawy kliniczne i rozpoznanie.
- 9.30—10.00 — A. Bartecki, M. Świetlik: Badania radiologiczne.
- 10.00—10.30 — Przerwa na kawę.

SESJA II.

Przewodniczący: D. Tylman, Z. Hojden

- 10.30—11.00 — T. Styczyński, J. Wirski: Testy obiektywizujące rozpoznanie.
- 11.00—11.30 — W. Chydzński, G. Balik, B. Goraj: leczenie zachowawcze.
- 11.30—12.00 — J. Bidziński: Leczenie operacyjne zespołów uciskowych.
- 12.00—12.30 — D. Tylman: leczenie operacyjne niestabilności kręgosłupa.
- 12.30—13.00 — Przerwa na kawę.

SESJA III

Przewodniczący: J. Kulczycki, S. Żarski

- 13.00—13.30 — J. Haftek: Krytyczne omówienie różnych sposobów leczenia.
- 13.30—14.00 — W. Zbrzeźniak: Orzecznictwo.
- 14.00—15.00 — Obiad.
- 15.00—17.00 — Konferencja okrągłego stołu.
Moderator: J. Haftek.
Uczestnicy: Audytoria i referenci.
- 17.00 — Zakończenie konferencji.

Spotkanie z władzami miasta

14.04.1991 r. odbyło się spotkanie prezydenta miasta Wrocławia Krzysztofa Turkowskiego oraz dyrektora wydziału d/s Gospodarki Mieszkaniowej z przedstawicielami DIL Ryszardem Majem i Ryszardem Łopuchem.

Omawiano sprawę dzierżawy na gabinety prywatne dla lekarzy lokali będących własnością miasta. Uzgodniono co następuje:

Władze miasta są gotowe pertraktować zniżkę do 50% czynszu w następujących przypadkach:

1. Jeżeli z lokalu będzie korzystać kilku lekarzy tej samej specjalności.

2. Jeżeli z lokalu będą korzystać lekarze różnej specjalności.

3. Jeżeli gabinety będą czynne w święta i dni wolne od pracy.

Wszyscy lekarze, którzy zechcą uzyskać zniżki czynszu powinni zgłosić się do DILu, a sprawami tymi powinna zająć się Komisja d/s gabinetów prywatnych.

Ryszard Łopuch

OŚWIADCZENIE

Uprzejmie informuję, iż zgłaszam *votum separatum* od decyzji Rady Lekarskiej DIL z dnia 18 kwietnia 1991 r. w sprawie formy protestu lekarzy w dniu 15 maja z powodu przewidywanej nieskuteczności akcji.

Członek Rady Lekarskiej
CZESŁAW KLEMASZEWSKI

ZESPÓŁ DUSZPASTERSTWA SŁUŻBY ZDROWIA

zaprasza na spotkanie

z krajowym duszpasterzem
ruchu hospicyjnego

ks. Eugeniuszem Dutkiewiczem
z Gdańska

Spotkanie odbędzie się 14.05.1991 r.
o godz. 18.30 w kościele św. Rodziny
przy ul. Monte Cassino 66

ZOZ MILICZ zatrudni:

- stomatologa — w WOZ Bukowice.
Mieszkanie 3 pokojowe na terenie WOZ zapewnione,
- stomatologa — WOZ Gądkowice.
Mieszkanie 100 m² na terenie WOZ oczekuje,
- pediatrę, względnie młode małżeństwo chcące specjalizować się w pediatrii i ginekologii — GOZ Krośnice.
Mieszkanie na terenie GOZ

Wojewódzki Zespół
Szpitalno-Sanatoryjny
Chorób Płuc
OBORNIKI ŚL. zatrudni

- lekarza po stażu lub specjalistę I^o z zakresu chorób wewnętrznych. Zapewniamy mieszkanie 2 pokojowe.

ZOZ Fabryczna — Wrocław, ul. Podróżnicza 26
zatrudni

2 internistów i 2 pediatrów

Blizsze informacje pod nr 61-90-21.

ERRARE HUMANUM EST?

Verba volant, scripta manent (słowa są ulotne, pismo — trwałe) — trwożliwie uważano w starożytności. Ostatnie czasy przyniosły jednak wyzbycie się niepotrzebnych obaw i — gdzie indziej — uwalnianie „języka medycznego” z okowów ortografii. Taki wniosek nasunął mi się po przeczytaniu rozpoznania „chepatitis” (!). Poniżej przedstawiam kilka częściej spotykanych omyłek z bardzo bogatego zbioru:

„Rhinitis catharalis” zamiast R. CATARRHALIS

„Polipus pharyngis” zamiast POLYPUS PHARYNGIS

„Athrophia” zamiast ATROPHIA

„Catetherisatio” zamiast CATHETERISATIO

„Arytmia” zamiast ARRHYTHMIA

„Insuffitientia” zamiast INSUFFICIENTIA

„Dissotiatio” zamiast DISSOCIATIO

Wymogi określonej pisowni „th/t”, „rh/r”, „y/i” są wynikiem stosowania reguł transkrypcji liter greckich; dowolność w tym zakresie nie zawsze jest bezpieczna, czego dowodzi wyraz „dyskynesis” zamiast DYSKINESIS. Pierwszy bowiem wykazuje etymologiczne pokrewieństwo z psami (por. k y n o l o g i a), drugi — właściwe — z ruchem (gr. kinema). Zamiana „c” na „t” (dissotiatio itp.) znamionuje tzw. pisownię *hiperpoprawną* (czyt. niepoprawną) — wobec bliższego łaciny średniowiecznej niż klasycznej wymawiania „ti” jako „cj” (jak autor dostrzegł — w pewnym podręczniku użyto nawet humorystycznie dwuznacznego terminu „syncycjum” zamiast SYNCYTIUM...).

Upraszczenie pisowni, wyrażone np. w mianownictwie anatomicznym poprzez rezygnację z dyftongów „ae”, „oe”, w zderzeniu z „hiperpoprawnością” może dać nawet taki skutek:

„Operatio (...) — faecit dr N.” (Poprawna forma FECIT = wykonał). Zważywszy, co znaczy „faeces”, trudno dosadniej wyrazić dezaprobatę dla efektów zabiegu doktora N.!

A jeśli trafimy właśnie do kliniki zabiegowej, gdzie często używa się nazwisk i eponimów w stosownej terminologii, zwraca uwagę niefrasobliwie mylna pisownia tychże. Ponieważ używanie nazwisk uczonych w terminologii medycznej jest podyktowane szacunkiem dla ich osiągnięć, błędy w pisowni stawiają ów szacunek pod znakiem zapytania...

Polecając pamięci Czytelnika użyte na wstępie motto, zapraszam do następnego numeru Biuletynu.

Chochlik Lekarski

P.S.

Wszystkie przykłady omyłek zaczerpnięto z autentycznej, nieanonimowej dokumentacji lekarskiej.

KRÓTKO

Uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podjętą w Lubinie 16.03. 1991 r. postanowiono przekazać w razie potrzeby kwotę 100 mln złotych na dofinansowanie kosztów zabiegu transplantacji szpiku kości lekarce Bożenie Paradowskiej.

SPROSTOWANIE

W ostatnim numerze Biuletynu (4/12) wśród wielu uchwał i dokumentów znalazło się omyłkowo oświadczenie Prezydium DIL i rektora Akademii Medycznej. Był to tekst roboczy, przygotowany na spotkanie Prezydium Izby z Senatem Uczelni. Ostatecznej wersji projektu nie podpisano, ustalono dalsze kontakty robocze w komisjach problemowych. Złośliwy chochlik drukarski (1 kwiecień!) wywiódł to pismo z tajnej teczek sekretarza do teczek Biuletynu no i ... poszło do druku! Redakcja serdecznie przeprasza za to faux-pax.

Początki Biblioteki AM

Dokończenie ze str. 12

(już od 1950 r.) krzewienia czytelnictwa i zapoznawania ze zbiorami biblioteki były wystawy. Tematyka eksponowanych książek była przede wszystkim medyczna, ale nie tylko: książka medyczna stara i nowa, kardiologia w zbiorach biblioteki, czasopisma lekarskie, czasopisma słowiańskie, podręczniki i skrypty, i inne. Istnieją także wystawy stałe: w czytelni czasopism — prezentacja najważniejszych periodyków prenumerowanych w obecnym czasie oraz pozycje książkowe, które napłynęły do biblioteki.

Osobnym, ale bardzo istotnym zagadnieniem jest działalność pracowników biblioteki w inspirowaniu i uczestniczeniu w różnych pracach. Przejawiała się ona w udziale w towarzystwach naukowych, organizowaniu zjazdów, wystaw, wydawaniu publikacji.

Jan Dąbrowski

W y k a z

ordynatorów wyłonionych w drodze konkursu przez komisję powołaną przez Dolnośląską Izbę Lekarską

Nr	Nazwa Oddziału	Data konkursu	Nazwisko i imię
1.	Oddział Intensywnej Terapii w Specjalistycznym Zespole Gruźlicy i Chorób Płuc we Wrocławiu	18.03.91	lek. med. Marian Jurkiewicz
2.	Oddział Okulistyczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu	18.03.91	lek. med. Grażyna Maciaszek
3.	Oddział Laryngologiczny Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu	18.03.91	lek. med. Ewa Gul
4.	Oddział Wewnętrzny Szpitala w Radkowie ZOZ Nowa Ruda	19.03.91	lek. med. Marian Król
5.	Oddział Dziecięcy Szpitala nr 1 w Jeleniej Górze, Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego	27.03.91	lek. med. Zdzisława Piotrowska-Gede
6.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu	27.03.91	lek. med. Barbara Wilk-Żynda
7.	Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny Szpitala nr 2 Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Wałbrzychu	27.03.91	dr n. med. Andrzej Dubiński
8.	Oddział Położniczo-Ginekologiczny Szpitala nr 2 Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Jeleniej Górze		dr n. med. Andrzej Pawlak

W y k a z

dyrektorów Zespołów Opieki Zdrowotnej wyłonionych w drodze konkursu

1990

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Środzie Śląskiej	lek. med. Maciej Koperski
2. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnicy	lek. med. Julian Olejnik
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. 40-lecia we Wrocławiu	doc. Wojciech Witkiewicz
4. Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej Jelcz-Laskowice	lek. med. Tadeusz Wieruszewski (powołany bez konkursu — brak kandydatów)
5. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Lubiążu	lek. med. Jan Lesiak (powołany bez konkursu — 2 krotne ogłoszenie, brak kandydatów)

1991

6. Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Brzegu Dolnym	mgr Krzysztof Staśkiewicz
7. Wojewódzki Zespół Szpitalno-Sanatoryjny Chorób Płuc w Obornikach Śląskich	mgr Henryk Sołowiej
8. Specjalistyczny Zespół Onkologiczny we Wrocławiu	lek. med. Marek Pudelko
9. Specjalistyczny Szpital Zespołowy we Wrocławiu, ul. Traugutta	lek. med. Marek Nikiel
10. Zespół Opieki Zdrowotnej w Oławie	lek. med. Tadeusz Przyślak
11. Zespół Opieki Zdrowotnej w Trzebnicy	lek. med. Edward Puchała

CLIDENT — skład dentystyczny

Wrocław, ul. Czarnieckiego 13, tel. 55 44 54 poleca
PT lekarzom stomatologom

materiały, sprzęt i środki dezynfekcyjne renomowanych firm zachodnich (Vivadent, Kerr, De Trey, ES-pa).

Zapraszamy codziennie w godz. 10.00—16.00.

Dolnośląska Izba Lekarska informuje zainteresowanych kolegów, iż **udziela pożyczek lekarzom na warunkach oprocentowania równych oprocentowaniu naszych wkładów w banku.**

Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 12 kwietnia 1991 r.

Dokończenie ze str. 4

stawione przez Komisję Płac i Warunków Pracy NRL w czasie rozmów w marcu br. Domagamy się podniesienia od grupy XV stawek tabeli z IV kwartału 1990 r. po stronie lewej o 25%, a prawej o 50%. Jest to żądanie minimalne dające pewną niewielką możliwość zróżnicowania płac lekarzy w stosunku do personelu średniego i niższego. Pozwala też zwiększyć nieco swobodę decyzji kierownika w ustaleniu płac zależnie od kwalifikacji i przydatności lekarza.

Naczelna Rada Lekarska protestuje ponadto przeciw obecnemu sposobowi pracy zespołu placowego MZ. W trakcie ostatnich rozmów w marcu br. przedstawiciele MZ przyjęli jedynie do wiadomości stanowisko samorządu lekarskiego bez pode-

stawienia jakiegokolwiek próby podjęcia faktycznych negocjacji do czego zobowiązuje art. 4 ust. 1 pkt. 3 i ust. 2 poz. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 i z 1990 r. Nr 20, poz. 120).

Wiadomo, iż płace lekarzy w trakcie kolejnych ubiegłorocznych regulacji zostały relatywnie najmniej podniesione. Rozumiejąc wszakże trudną sytuację kraju i resortu żądamy w II kwartale br. podniesienia średniej płacy lekarzy **jedynie** do wysokości

wynoszącej dwukrotną średnią płacę personelu średniego.

Uważamy także za konieczne docelowe wyłączenie lekarzy zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia, zakładach pomocy społecznej i zakładach rehabilitacji zawodowej inwalidów z dotychczas obowiązującego systemu wynagrodzeń i ustalenia dla nich odrębnej siatki płac.

Nieprzyjęcie naszych żądań zmusi lekarzy do organizacji akcji protestacyjnych nie naruszających zasad etyki lekarskiej.

Sprawdź swoją wiedzę

Dokończenie ze str. 4

Odpowiedzi:

- P — Zapalenie wyrostka może wystąpić w tym wieku, często jednak zostaje na początku zdiagnozowane jako gastroenteritis. Perforacja z zapaleniem otrzewnej prowadząc do zaburzeń obwodowego krążenia może pojawić się nagle, z pewnością w ciągu 18 godzin od pierwszych objawów.
- F — Podczas gdy w rozpoznanych przypadkach zespołu nerczycowego może dojść do gwałtownego pogorszenia, jako wyniku znacznej hypoproteinemii trwającej jakiś czas, przypadki te nigdy nie są uprzednio bezobjawowe i niemożliwe jest tak gwałtowne pogorszenie „de novo”.
- P — Posocznica meningokokowa może być przyczyną śmierci wynikającej z zaburzeń krążenia obwodowego w czasie krótszym niż 18 godzin od wystąpienia pierwszych objawów. Jest to piorunująca infekcja, często powikłana wewnątrznaczyniowym wykrzepianiem.
- F — Plamica Henoch-Schönleina stanowi niezwykle mało prawdopodobną przyczynę tak gwałtownego pogorszenia się stanu pacjenta. Jednakże w pełnoobjawowym przebiegu możliwe jest wystąpienie wstrząsu z powodu krwawienia w zakresie układu żołądkowo-jelitowego.
- F — U dzieci z odrą zwykle pojawia się okres prodromalny trwający 3–4 dni przed wystąpieniem wysypki i tak niebezpiecznego powikłania jak zapalenie płuc na ogół nie stwierdza się przed 5–6 dniem choroby.

Listy do redakcji

W krótkiej historii Biuletynu DIL artykuły tzw. dyskusyjne nie spotykały się z nader żywym odzewem, sądząc po ilości publikowanych listów. Zapewne dyskusje wokół nich toczyły się na spotkaniach kół terenowych i w przerwach między jednym a drugim „przypadkiem medycznym”. Sądzę, że artykuł Kol. Klemaszewskiego „Sprawa polityczna?” spotka się z większym zainteresowaniem, a mój głos będzie tylko jednym z wielu, mniej lub bardziej podobnych.

Jaka jest sytuacja — wszyscy wiemy i widzimy, jednakże nie wszyscy jednakowo ją odczuwamy. Kryzys, jak w każdej innej dziedzinie życia, przede wszystkim dotyka biednych i najbiedniejszych (i nie chodzi tu o nasze płace). Uważam, że nasi koledzy pracujący w dużych ośrodkach i ośrodkach klinicznych nie do końca zdają sobie sprawę, jak wygląda sytuacja na tzw. prowincji, gdzie brakuje podstawowych leków, sprzętu, odczynników w laboratoriach itd., gdy w aptece oddziałowej jest kilka ampułek antybiotyku i trzeba nimi gospodarować od dostawy do dostawy i też z reguły nie wiadomo co w niej będzie, gdy jedyna apteka w miasteczku przypomina sklep spożywczy z okresu największego kryzysu, a ZOZ nie jest w stanie wywiązać się ze zobowiązań finansowych za zrealizowane recepty. A przecież i w takich szpitalach bywają pacjenci, niektórzy ciężko chorzy, i też należałoby ich leczyć, czasami nawet diagnozować. Ktoś powie — przesada. Być może, ale jeśli dzisiaj jeszcze nie jest tak źle, to jutro będzie na pewno, a potem coś — zamknąć — to jest najtańszy sposób reformowania służby zdrowia.

Początkowe burzliwe dyskusje Rady DIL na temat sytuacji finansowej resortu często były zamykane stwierdzeniami, że mówi się tylko o pieniądzu lub, że to sprawa poli-

tyczna i sytuacja nie jest sprzyjająca, żeby głośno o tym mówić, że należy zachować umiar i powściągliwość w działaniu. Krytycznie oceniano postawy bardziej radykalne i nie dla wszystkich były one zrozumiałe, a już zupełnie nie do przyjęcia była krytyka „władz” DIL (przecież my tu pracujemy, tyle zrobiliśmy, a oni nas nie akceptują).

I tak weszliśmy w rok 1991. W dalszym ciągu z niezintegrowanym środowiskiem lekarskim, z pogarszającą się kondycją finansową całego resortu i każdego z nas indywidualnie. Działania izby lekarskiej tak długo będą oceniane negatywnie, jak długo każdy „szeregowy” lekarz nie odczuje w swojej codziennej praktyce poprawy warunków pracy i płacy, a może przede wszystkim warunków pracy. Mówienie, że środowisko jest nieorientowane, że koła terenowe mają negocjować, że nie rozumieją, że nie informują — jest nieporozumieniem („Lekarze buntują się”. GR z 15 03 91).

Sądzę, że zanim będziemy podejmować decyzję o takiej czy innej formie protestu, należy dokładnie i wyczerpująco poinformować środowisko, dlaczego sprawa reformy tkwi w martwym punkcie. Do mnie również nie trafiają argumenty o braku akceptacji społecznej i kosztach; dlaczego to co zdaniem wielu lekarzy tzn. system ubezpieczeń jest jednym z ostatnich elementów reformy, a nie jednym z pierwszych? Kiedy sprawa polityczna stanie się sprawą życiową? Czy w pakiecie spraw, które mają być przedmiotem dyskusji w Sejmie przed jego rozwiązaniem znalazły się nasze sprawy? Pytania można mnożyć. Należy na nie odpowiedzieć szybko. Mam nadzieję, że na część z nich znajdziemy odpowiedź na zapowiadany kolejny zjazd.

Krzysztof Kobylński

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: Bank Gospodarki Żywnościowej, Wrocław, nr 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. Przestalski, 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. nr 102/91. Złożono do druku 14.04.91. Nakład 4000.

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