



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

CZERWIEC 1991

Nr 6(14)

Międzynarodowe Sympozjum „Rozwój Kadr Menadżerskich Opieki Zdrowotnej”

W dniach 13—15 maja 1991 roku przedstawiciele kadr kierowniczych jednostek opieki zdrowotnej z regionu Dolnego Śląska uczestniczyli w trzydniowym Międzynarodowym Sympozjum na temat „Rozwój Kadr Menadżerskich Opieki Zdrowotnej”, zorganizowanym w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przez Instytut Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej oraz Dolnośląską Izbę Lekarską. Współorganizatorami sympozjum i uczestnikami byli ponadto: King's Fund College w Londynie (Wlk. Brytania) i National Hospital Institute w Utrechcie (Holandia), oraz grupa menadżerów praktyków z obu tych krajów (głównie dyrektorów szpitali), natomiast pomocy organizacyjnej udzielił: Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu oraz Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia w Warszawie.

Tematyka sympozjum dotyczyła problematyki związanej z zarządzaniem jednostkami polskiej służby zdrowia; dyskutowano także nad zagadnieniem kształcenia kadr menadżerskich dla polskiego systemu opieki zdrowotnej i doskonaleniem umiejętności menadżerskich obecnych kadr kierowniczych.

Na inauguracyjnej sesji plenarnej uczestnicy sympozjum zostali powitani przez dr. Chrisa Heginbothama z King's Fund College z Londynu, dr. Johana Lettinka z National Hospital Institute z Utrechtu i dr. Marka

Lubicza z Instytutu Organizacji i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej. Następnie — dr C. Heginbotham i dr J. Lettink przedstawili ogólne zasady funkcjonowania narodo-

Dokończenie nr str. 2

Dyżury członków Prezydium i Rady DIL

PONIEDZIAŁEK

Ryszard Łopuch godz. 12.00—14.00
Franciszek Marcinowski
(radca prawny) godz. 12.30—14.00

WTÓREK

Janina Kasprzak-
Wójtowicz godz. 13.00—15.00
Włodzimierz Bednorz godz. 13.00—15.00

ŚRODA

Zdzisław Płamieniak godz. 13.00—15.00
Lech Żynda godz. 15.30—16.30
(przewodniczący Sądu Lekarskiego)

CZWARTEK

Andrzej Pawlak godz. 9.00—11.00
Wiesław Iwanowski godz. 10.00—11.00
Tadeusz Heimrath godz. 12.00—13.00
(rzecznik odpowiedzialności zawodowej)
Ryszard Łopuch godz. 13.00—15.00
Lech Czarnecki godz. 15.00—16.00
Ryszard Maj godz. 16.00—19.00
Franciszek Marcinowski
(radca prawny) godz. 13.00—15.00

PIĄTEK

Barbara Bruzewicz-
-Mikłaszewska godz. 12.30—16.30
Teresa Bujko godz. 11.30—13.30

Proponowany regulamin egzaminu państwowego z medycyny

Celem egzaminu państwowego z medycyny jest sprawdzenie stopnia przygotowania absolwenta do samodzielnego wykonywania zawodu lekarza, przygotowania osiągniętego w ramach studiów na wydziałach lekarskich w Polsce lub równoważnych wydziałach za granicą, oraz zaliczonego stażu podyplomowego. Egzamin ma stanowić podstawę do otrzymania prawa praktyki lekarskiej.

Egzamin jest 2-częściowy — praktyczny i teoretyczny. Egzamin praktyczny odbywa się pod koniec stażu i stanowi jego zaliczenie. Należy uzyskać potwierdzenie zaliczenia stażu wraz z określonymi umiejętnościami praktycznymi oraz końcowym sprawdzianem praktycznym, zdany przed komisją złożoną z przedstawiciela

okręgowej izby lekarskiej, opiekuna stażysty oraz jednego z ordynatorów szpitali. Egzamin teoretyczny ma charakter testowy i odbywa się po zaliczeniu stażu. Test zawiera około 200 pytań.

Miejsce egzaminów testowych wyznacza Rada Egzaminów Państwowych w Medycynie w oparciu o bazę regionalnych akademii medycznych. Egzamin praktyczny determinuje miejsce odbywania stażu.

Egzamin teoretyczny odbywa się w pierwszej połowie listopada i w pierwszej połowie maja każdego roku.

Za przygotowanie końcowego sprawdzianu praktycznego odpowiada opiekun stażysty. Egzamin teoretyczny przeprowadza komisja, której przewodniczy przedstawiciel tych okręgowych

izb lekarskich, z których terenu pochodzą zdający.

Wynik egzaminu podany zostanie indywidualnie zdającemu. Zaświadczenie o wyniku precyzuje czy student egzamin zaliczył i z jaką oceną. Wyniki egzaminu nie będą podawane do wiadomości publicznej, jednak akademie medyczne i izby lekarskie mogą otrzymać — do użytku wewnętrznego — komputerowy wydruk egzaminu.

Niezaliczenie stażu lub egzaminu testowego nie pozbawia absolwenta prawa do ponownego zaliczenia stażu w ciągu kolejnych 12 miesięcy, lecz bez pokrycia kosztów.

Niezaliczenie egzaminu testowego uniemożliwia otrzymanie prawa praktyki lekarskiej,

Dokończenie na str. 3

Międzynarodowe Sympozjum „Rozwój Kadr Menadżerskich Opieki Zdrowotnej”

Dokończenie ze str. 1

wych systemów opieki zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Holandii, uzupełniając także swoje wystąpienia o niektóre aspekty dotyczące uwarunkowań prawnych, obowiązujących w obu krajach.

Po południu, goście zagraniczni udali się do 10 jednostek służby zdrowia woj. wrocławskiego, aby tam, na miejscu, dokładnie zapoznać się z podstawowymi problemami menadżerskimi, z którymi stykają się polscy dyrektorzy i wicedyrektorzy jednostek służby zdrowia. Wśród wizytowanych placówek znalazły się m.in. szpitale ogólne i specjalistyczne, ZOZ-y otwarte, przemysłowe i specjalistyczne.

W czasie, kiedy goście zagraniczni brali udział w wizytach roboczych w placówkach służby zdrowia, polscy uczestnicy sympozjum spotkali się z dr. Piotrem Mierzewskim — wiceministrem zdrowia, dyskutując głównie nad zamierzonymi kierunkami zmian w systemie opieki zdrowotnej, opracowywanymi przez ministerstwo.

Drugi dzień sympozjum był w całości poświęcony dyskusji nad grupami zagadnień menadżerskich, wyróżnionymi w trakcie spotkań roboczych w jednostkach służby zdrowia. W sześciu grupach problemowych dyskutowano nad:

— pozycją menadżera, zarządzaniem w warunkach nieustających zmian i przy ogra-

niczonych zasobach, głównymi technikami zarządzania, różnicami pomiędzy administrowaniem i zarządzaniem, odpowiedzialnością menadżera za podejmowane decyzje,

- systemami informacyjnymi w służbie zdrowia, informacjami dla menadżera,
- kierowaniem personelem, dokształcaniem podwładnych, delegowaniem odpowiedzialności, systemami oceny pracy personelu,
- systemami kontroli jakości, ustanowieniem standardów oceny usług medycznych, czynnikami obniżającymi jakość działań, potrzebą wprowadzenia określonych zagadnień do procesu kształcenia menadżerów służby zdrowia (np. ekonomiki ochrony zdrowia).

Praca każdej grupy problemowej została zakończona opracowaniem pisemnego raportu, podsumowującego prowadzone dyskusje — przedstawionego następnie na sesji plenarnej.

W obradach drugiego dnia sympozjum uczestniczył minister zdrowia Czech, dr Martin Bojar, który w swoim wystąpieniu mówił przede wszystkim o silnej potrzebie współpracy i współdziałania w dziedzinie kształcenia kadr menadżerskich dla służby zdrowia, pomiędzy regionalnymi ośrodkami trzech krajów: Polski, Czech i Węgier. Krótka (bo zaledwie parogodzinna) wizyta min. Bojara miała na celu nawiązanie kontaktu z ośrodkiem wrocławskim i zadeklarowanie chęci uczestniczenia strony czeskiej w przedsię-

wzięciu organizowania we Wrocławiu ośrodka kształcenia menadżerów opieki zdrowotnej.

Trzeci dzień sympozjum (najkrótszy ze względu na wyjazd gości zagranicznych) rozpoczął się wystąpieniem p. C. Heginbothama, który powtórnie zajął się podstawowymi grupami zagadnień menadżerskich, wyspecyfikowanymi w trakcie trwania dwóch pierwszych dni sympozjum.

Na zakończenie obrad przedstawiciele King's Fund College i National Hospital Institute omówili systemy kształcenia menadżerów służby zdrowia w Wielkiej Brytanii i Holandii oraz przedstawili podstawowe zagadnienia uwzględniane w procesie kształcenia i doskonalenia kadr menadżerskich w obu krajach.

Wynikiem Sympozjum jest sformułowanie trzech propozycji dotyczących:

- powołania Regionalnego Zespołu d/s Doskonalenia Kadr Menadżerskich Służby Zdrowia,
- ustanowienia systemu przepływu informacji w środowisku kadr kierowniczych regionu Dolnego Śląska poprzez Stowarzyszenie Dyrektorów Jednostek Służby Zdrowia przy DIL,
- przygotowanie wrześniowego, powtórnego spotkania z gośćmi zagranicznymi, poświęconego organizacji kształcenia menadżerów opieki zdrowotnej w regionie wrocławskim.

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej (Ciąg dalszy z poprzedniego numeru)

20. Bazować należy na zgodzie uzyskanej na drodze wolnej decyzji osoby poddanej doświadczeniu, przy czym osoba ta powinna być uprzednio w odpowiedni sposób poinformowana o zamierzonych celach, stosowanych metodach, oczekiwanych korzyściach, możliwych niebezpieczeństwach, jak również o ewentualnych zagrożeniach i przykrościach oraz o prawie odmowy poddania się doświadczeniu, bądź wycofania się z udziału w nim w każdej chwili.

21. Lekarz może łączyć badania biomedyczne z lekarską działalnością tylko wtedy, gdy badania te uzasadniają możliwe, wynikające z nich korzyści w diagnostyce i terapii pacjenta.

Tortury i nieludzkie traktowanie

22. Lekarzowi nie wolno pod żadnym pozorem, nawet w czasie wojny domowej lub

konfliktu zbrojnego, udzielać swej pomocy w zadawaniu tortur lub innych okrutnych, nieludzkich, hańbiących poczynań, uczestniczyć w nich bądź do nich dopuszczać.

23. Lekarzowi nie wolno nigdy użyć swojej wiedzy, biegłości i umiejętności dla popierania stosowania tortur lub jakichkolwiek innych okrutnych, nieludzkich, haniebnych poczynań bez względu na cel.

Lekarz i społeczeństwo

24. Dla spełnienia swoich humanitarnych zadań lekarz ma prawo w czasie pokoju jak i wojny do ustawowej ochrony swej zawodowej niezależności.

25. Lekarz ma obowiązek — działając indywidualnie lub poprzez zrzeszenie zawodowe — zwracać uwagę społeczeństwa na braki w jakości opieki medycznej oraz na niezależność zawodową lekarza.

26. Lekarze są zobowiązani do opracowania i wprowadzania wszelkich zbiorowych działań dla polepszenia profilaktyki, diagnostyki i terapii schorzeń. W szczególności zaś do współpracy w zakresie medycznym przy organizacji pomocy doraźnej w razie katastrof.

27. Lekarze powinni brać udział zgodnie ze swoimi zdolnościami i możliwościami w ciągłym polepszaniu jakości opieki lekarskiej poprzez prace badawcze i ciągłe doskonalenie się, aby móc służyć pacjentom najnowszymi naukowymi osiągnięciami.

Kolegialność

28. Zasady lekarskiej kolegialności leżą w interesie pacjentów. Mają one chronić pacjenta przed nieuczciwą konkurencją wśród

Dokończenie na str. 3

ABC postępowania lekarskiego

Szanowna Koleżanko i Kolego!

Pamiętaj — jesteś lekarzem. Składałeś przysięgę, że zawsze, w każdej sytuacji, będziesz stał po stronie chorego i Jego dobro tylko będziesz miał na względzie.

Pamiętaj — Twoja praca tylko dlatego ma sens, że służy drugiemu człowiekowi — choremu człowiekowi.

Pamiętaj — nie możesz się tłumaczyć żadnymi trudnościami, żadnymi brakami, żadną swoją słabością czy ułomnością. Przed Tobą — w gabinecie, na sali chorych, na ulicy, na stole operacyjnym jest **człowiek**, dla którego jesteś może ostatnią deską ratunku. Pod żadnym pozorem nie wolno Ci go zawieść. Mogą się od niego wszyscy odwrócić, wszyscy go potępić, skazać na wszelkie cierpienia — Ty **zawsze** musisz stać po jego stronie. Zdrowie i życie drugiego człowieka jest Twoim najważniejszym i wystarczającym argumentem i drogowskazem.

Przekazujemy Ci kilka porad i zaleceń, które winienesz przestrzegać, jeśli chcesz by chorzy ludzie, społeczeństwo, Twój kolega-lekarz uznali w Tobie cywilizowanego, mądrego, lekarza-człowieka:

1. **BĄDŹ ODPOWIEDZIALNY.** Twoje powołanie to drugi człowiek. Ten fakt nakłada na Ciebie ogromną odpowiedzialność we wszelkich poczynaniach. Nie uchylaj się od podejmowania decyzji, ale podejmuj je odpowiedzialnie. Nie rzucaj słów na wiatr. Nie zastanawiaj się innymi. Jeśli popełnisz błąd, to

przyznaj się do niego. Miej cywilną odwagę. Lekarz musi być odważny i odpowiedzialny.

2. **UCZ SIĘ!!** Nie tylko medycyny, bo to jest oczywiste. Wchłaniaj w siebie wszelką naukę o człowieku. W społeczności ludzkiej Ty musisz być najmądrzejszy, najbardziej rozumiejący drugiego człowieka. Niech nic co ludzkie nie będzie Ci obce. Ucz się nie tylko z książek... Ucz się na własnych i cudzych doświadczeniach.

3. **SZANUJ DRUGIEGO CZŁOWIEKA.** Niech Twoja wiedza, jeśli ją zdobędziesz, nie przewróci Ci w głowie. Pamiętaj, że uczysz się nie tylko dlatego, by być mądrym, nie dla samej mądrości, ale by tę mądrość wykorzystać dla drugiego człowieka. W Twoim wypadku mądrość nie może być celem samym w sobie, a tylko narzędziem pozwalającym Ci odpowiedzialnie służyć innym. Innym to znaczy ludziom chorym, zagrożonym. To także znaczy kolegom-lekarzom. Szanuj swoich kolegów, jeśli chcesz, aby i Oni Ciebie szanowali. Pamiętaj, Oni nie mogą być dla Ciebie konkurencją. Macie ten sam wspólny cel — pomagać ludziom.

4. **BĄDŹ TOLERANCYJNY I WYROZUMIAŁY.** Pamiętaj — nie tylko Ty chcesz pomóc chorym. Są różne sposoby pomocy i leczenia — jeśli tylko są uczciwe — wszystkie są dobre. Różne drogi mogą prowadzić do tego samego celu. Musisz nauczyć się ro-

Dokończenie na str. 4

Proponowany regulamin egzaminu państwowego z medycyny

Dokończenie ze str. 1

lecz nie przekreśla możliwości pracy w placówkach służby zdrowia nie wymagających praktyki lekarskiej. Trzykrotne niezaliczenie egzaminu testowego zmusza do stawienia się przed Radą Naczelną NIL.

Zgłoszenie przystąpienia do egzaminu na miesiąc przed jego terminem jest odpłatne. Odpłatność za egzamin każdorazowo ustala Rada Egzaminów Państwowych.

Celem uzyskania prawa praktyki student winien przedstawić dokumenty: dyplom lekarski, dokument zaliczający staż oraz dokument zaliczający egzamin państwowy. Dokumenty zezwalające na praktykę przechowuje Okręgowa Izba Lekarska.

Warszawa, 6—10 maja 1991 r.

Barbara Kowal-Gierczak

Regulamin opracowano na warsztatach dydaktycznych nt. „Egzamin państwowy z medycyny — koncepcje, metody i sposób przeprowadzenia”. Na ten temat dyskutowali również — w CMKP — delegaci wszystkich akademii medycznych oraz przedstawiciele izb lekarskich.

Stały Komitet Lekarzy Wspólnoty Europejskiej

Dokończenie ze str. 2

lekarzy lub bezprzedmiotowymi sporami w jego obecności. Lekarze mają prawo do podkreślania swoich zawodowych kwalifikacji uznanych przez swoje organizacje zawodowe — izby lekarskie.

29. Lekarz, który został wezwany do pacjenta leczonego już wcześniej przez innego lekarza, powinien dla dobra pacjenta, o ile ten nie jest temu przeciwny, skontaktować się z owym kolegą.

30. Nie jest sprzeczne z zasadą kolegalności, gdy lekarz podaje do wiadomości kompetentnych władz lekarskich o wykroczeniach przeciwko zasadom etyki lekarskiej i kompetencji zawodowej, o których się dowiedział.

Publikacja odkryć i wyników badań naukowych

31. Lekarz ma obowiązek ogłaszania w czasopiśmie fachowym o dokonanych przez niego odkryciach lub wnioskach końcowych

ze swoich badań naukowych. Tym samym poddaje się fachowej krytyce swoich kolegów, zanim ogłosi swoje osiągnięcia do szerzej, nielekarskiej ogólnej wiadomości.

32. Wszelkie formy wykorzystywania sukcesów lekarskich dla reklamy i korzyści jakiejś osoby, zespołu lub szkoły sprzeczne są z etyką lekarską.

Ciągłość opieki

33. Niezależnie od swojej specjalizacji lekarz jest zobowiązany do udzielenia koniecznej pomocy pacjentom znajdującym się w bezpośrednim zagrożeniu życia, tak długo dopóki się nie upewni, że inni lekarze, mający do tego odpowiednie kwalifikacje, mogą tę pomoc kontynuować.

34. Jeżeli lekarz deklaruje się opiekować danym pacjentem, to tym samym zobowiązuje się do zagwarantowania dalszej opieki przez swych asystentów, zastępców lub kolegów tej samej specjalności.

Wolny wybór lekarza

35. Wolny wybór lekarza stanowi fundamentalną podstawę stosunków pacjent-lekarz. Lekarz musi tę swobodę wyboru respektować i o nią dbać. Lekarz może odmówić leczenia pacjentowi, chyba że chodzi o pacjenta, którego życie jest bezpośrednio zagrożone.

Strajk lekarzy

36. Jeżeli lekarz przystąpi do zorganizowanej akcji nieudzielenia świadczeń lekarskich, nie jest tym samym zwolniony z obowiązków wobec pacjentów zgodnie z zasadami etyki, tzn. musi udzielić koniecznej pomocy lekarskiej w nagłych wypadkach, jak też kontynuować leczenie pacjentów, będących już pod jego opieką.

Honoraria

37. O ile nie ma umów pojedynczych lub zbiorowych (cenników) lekarz przy ustaleniu honorarium wycenia swój wkład pracy oraz bierze pod uwagę sytuację materialną pacjenta.

Tłumaczenie: dr Wiesław Iwanowski
mgr Urszula Pudys

ABC postępowania lekarzkiego

Dokończenie ze str. 3

zumić i tolerować naturę ludzką, taką jaką ona jest. Ludzką niewiedzę, nieśmiałość, strach, a nawet głupotę.

5. BĄDŹ POKORNY. Jeśli jesteś młodym człowiekiem, to pamiętaj, że medycyna to nauka pokory. Nie zawsze Ci się powiedzie. Nie każda diagnostyka, leczenie musi zakończyć się sukcesem. Bądź przygotowany na niepowodzenia. Medycyna, tak jak człowiek, ma swoje granice — o tym też nie wolno Ci zapomnieć. Nie pozwól sobie jednak na niezachęcenie. **Pamiętaj**, aby niepowodzenia innych traktować jak własne. Nie wolno Ci się cieszyć z cudzych niepowodzeń. Wolno Ci się jedynie pomóc koledze tak, aby Jego niepowodzenie mogło przerodzić się w sukces.

6. BĄDŹ KOLEŻEŃSKI. Pamiętaj, że nigdy nie jesteś sam. Pomagaj swoim kolegom lekarzom. Nie czekaj na ich pytania — sam mów im o swoich wątpliwościach, doświadczeniach, sukcesach i porażkach. Naucz się również sam korzystać z ich pomocy. Powinieneś mieć świadomość, że możesz liczyć na swoich kolegów. **Pamiętaj**, że specjalnie jesteś winien szacunek swoim starszym kolegom. I nawet jeśli jesteś od nich mądrzejszy (bo przecież nauki medyczne postępują do przodu), sprawniejszy (bo przecież młodsi) to wiedz, że oni górują nad Tobą doświadczeniem, znajomością życia. **Pamiętaj** też o przemijaniu czasu.

7. NIE ZAZDROŚ NIKOMU. Dla wszystkich jest miejsce. Zazdrość to wada straszna, która praktycznie paraliżuje i wyklucza wszelką współpracę między lekarzami. Staraj się być lepszym od innych poprzez podnoszenie swych kwalifikacji, a nie przez niszczenie kolegów. Prawda o niszczeniu ludzi lepszych zawsze wyjdzie na wierzch.

8. BĄDŹ OBIEKTYWNY. Nie kieruj się swoimi uprzedzeniami, uprzedzeniami innych, pomówieniami i plotkami. Staraj się obiektywnie oceniać drugiego człowieka.

9. BĄDŹ PRAWDOMÓWNY. Niech słowa wypowiedziane przez lekarza mają swoją wartość. Nie pozwól, aby ktokolwiek mógł je podważyć, a tym samym zlekceważyć.

10. ZACHOWAJ GODNOŚĆ. Jeśli jesteś tym, kim jesteś, jeśli jesteś naprawdę lekarzem, to bądź z tego dumny. Zachowaj się godnie. Nie jesteś byle kim. Tobie pozwolono decydować o zdrowiu i losach drugiego człowieka. Swoją postawą, zachowaniem, odpowiedzialnością w każdej sytuacji musisz dawać świadectwo, że na to zasłużyłeś.

Dokończenie na str. 6

Byłem medykiem więziennym w latach 1953—56 Wspomnienia i refleksje

Jerzy Woźniak — oficer Armii Krajowej, działacz Organizacji Niepodległościowej „WIN”, kurier z Londynu, aresztowany w grudniu 1947 r. Kara śmierci, zamieniona na dożywocie; w tym czasie student II roku medycyny.

W listopadzie 1950 r. przewieziony z Mokotowa do więzienia we Wronkach. Potężny kompleks budynków więziennych, wzniesiony przez Niemców w końcu XIX wieku, w którym na początku lat 50 przebywało około 5000 więźniów politycznych skazanych na długoterminowe wyroki więzienne o zastrzyżonym rygorze.

W kwietniu 1953 r. po śmierci Stalina zostałem zatrudniony w Okręgowym Szpitalu Więziennym. Szpital zajmował oddzielny, jednopiętrowy budynek, zlokalizowany po prawej stronie centralnego placu więziennego. Na parterze mieścił się oddział chirurgiczny z salą operacyjną, pracownia rtg, kancelaria i gabinet dyrektora oraz dyżurka straży więziennej. Na I piętrze — oddział wewnętrzny, a następnie duży oddział gruźliczy, na którym rozpocząłem pracę jako pomocnik stud. med. Bogdana Parczewskiego, którego znałem z pobytu na oddziale karnym (oddział IC).

Obsada lekarska szpitala składała się z tzw. lekarzy wolnościowych oraz lekarzy i studentów medycyny odbywających kary więzienia. Na pełnych etatach pracowało 2 lekarzy: dr Tadeusz Sikora (komendant szpitala) oraz dr med. Wł. Sobecki — internista. W niepełnym wymiarze godzin zatrudnieni byli — dr med. Józef Wierzbicki i dr med. Jan Wiktorowicz. Pierwszy był ordynatorem chirurgii, drugi — ordynatorem gruźlicy.

Stosunek komendanta szpitala i ordynatorów do więźniów funkcyjnych i chorych nie mógł w sposób zasadniczy różnić się od stosowanego terroru i bestialstwa większości funkcjonariuszy straży więziennej. Był on wynikiem strachu i rozbudowanego donosicielstwa, które urastało do cnoty więźnia karnego. Niemniej jednak stwierdzić muszę z przyjemnością, że w okresie mojej 4-letniej pracy w Okręgowym Szpitalu, nie zauważyłem ze strony lekarzy etatowych rażących odstępstw od kanonów zawartych w przysiędze Hipokratesa. Przeciwnie — pragnę podkreślić, że każdy z nich starał się nieść pomoc często na pograniczu legalności — przywożona krew przez dr. Wierzbickiego ratowała życie, dr Wiktorowicz podrzucał czasem hydryd itp.

Na poszczególnych oddziałach pracowali więźniowie: na wewnętrznym — dr med. Ginter Żeleźnik, stud. WF Zbigniew Parwicz; chirurgii — stud. med. Jan Pierzchała oraz Wojciech Grochulski; gruźliczym — stud. med. Bogdan Parczewski w 1953 r., autor wspomnień oraz krótko lek. wet. Wiktor Gawrylarz i stud. med. Tadeusz Atamanik.

Oddział gruźliczy posiadał w tym czasie ok. 45 łóżek i byli na nim hospitalizowani więźniowie z rozległą gruźlicą płuc oraz ci, u których rozpoczynano leczenie odną wewnątrz-opłucnową i brzusznią, u których prowadzono chemioterapię p/prątkową i wymagający zabiegu chirurgicznego przepalenia zrostów.

Nie wspominałem jeszcze, że w suterrenach szpitala znajdowała się apteka prowadzona przez więźnia mgr. farmacji Kazimierza Augustowskiego, laboratorium ogólne i bakteriologiczne, w którym między innymi pracował kol. Kasjan Jarosław. Tam również znajdowały się pomieszczenia mieszkalne dla większości obsługi szpitala i lekarzy więźniów, którzy udzielali pomocy w poszczególnych pawilonach: dr med. Józef Wieloch, lek. med. Wincenty Pałka, lek. med. Brunon Fiałkowski, dr med. Zygmunt Klukowski.

We wspomnieniach moich będę uwzględniał szczególnie oddział gruźliczy, na którym pracowałem blisko 4 lata.

Integralną część oddziału gruźliczego stanowiła izba chorych, znajdująca się w III pawilonie, licząca około 150 łóżek. Przebywali tam więźniowie po leczeniu szpitalnym leczeni odną leczniczą (ok. 120 osób), jak również i ci, u których prowadzono chemioterapię. Wizyta lekarska odbywała się tam jeden raz w tygodniu, a na dopełnienie odmy przyprowadzano chorych do szpitala, ponieważ zabieg ten wymagał wcześniejszego badania radiologicznego. W pawilonie III znajdowały się również pomieszczenia izolacyjne chorych z ustabilizowaną lub wyleczoną gruźlicą płuc (ok. 120 łóżek).

Pracownia rentgenowska wyposażona była w aparat z demobilu amerykańskiego firmy „Picker”, służący do lokalizacji ciał obcych w chirurgii, przerobiony przez inżynierów więźniów (m.in. Chełchowski) na aparat o wszechstronnym zastosowaniu do zdjęć kl. piersiowej, prześwietleń itp. Aparat ten obsługiwany był przez inż. Mirosława Czajkowskiego.

Ciąg dalszy na str. 5

Byłem medykiem więziennym w latach 1953—56 Wspomnienia i refleksje

Ciąg dalszy ze str. 4

Obowiązkiem oddziału gruźliczego było prowadzenie profilaktyki, diagnostyki i terapii. Profilaktyka obejmowała wszystkich więźniów znajdujących się we Wronkach i sprowadzała się do prześwietlenia klatki piersiowej raz w roku oraz do prześwietlenia wszystkich przyjmowanych do więzienia. Terminy badań były dość rygorystycznie pilnowane przez komendanta szpitala i administrację.

Leczenie gruźlicy, jak wspomniałem, rozpoczynano najczęściej w szpitalu. Każdy chory otrzymywał dietę leczniczą, która w istotny sposób różniła się od tzw. jedzenia pawilonowego. Jakość żywienia była stałym problemem personelu oddziału gruźliczego i wiele wysiłku i inwencji wymagało pilnowanie nie tylko kaloryczności, ale i smaku podawanych potraw. Muszę stwierdzić obiektywnie, że nasze argumenty, a zwłaszcza siła przebiega ordynatora, przynosiły efekty. Stała walka z administracją o ilość przyznawanych diet wybuchała po każdej wizytacji ministra bezpieczeństwa publicznego, sprawującego bezpośredni nadzór nad więźniami we Wronkach.

Leczenie farmakologiczne gruźlicy to oddzielny i najtrudniejszy problem. Stosowanie PAS uzależnione było od decyzji ordynatora. Natomiast stosowanie streptomycyny i hydrazylu wymagało zezwolenia Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego — jest to chyba też jedna z czarnych kart systemu komunistycznego. Oddział gruźliczy występował z wnioskiem o przyznanie w/wym. leków, uzasadniając konieczność tego typu leczenia. Chorym z dużymi wyrokami i przestępstwami, określonymi jako ciężkie, ministerstwo z reguły odmawiało leczenia SM i INH. Służba zdrowia była bezradna, ponieważ odmowa stanowiła dla wielu często drugi wyrok śmierci.

Zdobywanie leków dla tych kolegów było powinnością i obowiązkiem pracujących więźniów. Jednym z często stosowanych sposobów było wystawienie wniosku na deficytowe leki na nazwisko dobrze notowanego u władz więźnia, najczęściej „kapusia”, któremu ministerstwo przyznawało specyfiki. Zamiast streptomycyny, której w danej chwili nie potrzebował, otrzymywał codziennie sól fizjologiczną — streptomycyna trafiała pod właściwy adres, do ciężko chorego. Poczynania te były wykonywane w najgłębszej tajemnicy, ponieważ wykrycie takiej działalności wiązało się z ciężkimi karami.

Inną formą pomocy były tzw. zastrzyki „popłuczki”. Przy podawaniu po gramie streptomycyny 20 więźniom, płukane flaszeczki pozwalały na uzyskanie dodatkowej ilości leku dla 2 chorych. Dobrym sposobem zdobywania leków były leki przesyłane przez rodziny i dawanie ich tym, dla których były konieczne, a nie tym, którzy je otrzymali od rodzin (zawsze za zgodą zainteresowanych). Uzyskanie zezwolenia na przekazanie leków z zewnątrz wymagało zgody najwyższych władz Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego i było wyjątkiem, chyba że przesyłkę przekazano z zagranicy. Działania te wymagały szczególnej uwagi i konspiracji ze względu na bardzo szeroko rozwinięty system donosicielstwa i inwigilacji. W 1955 r. zniesiono pisanie wniosków o w/wym. leki.

W czasie mojej pracy na oddziale gruźliczym z całą odpowiedzialnością stwierdzam, że nie było ani jednego więźnia, który wymagając leczenia, mimo odmowy, nie otrzymałby pomocy lekarskiej. Oddział gruźliczy zasiliał jeszcze chirurgię, gdzie były przypadki gruźlicy kości. Czynnym leczeniem gruźlicy obejmowano bardzo dużą grupę — była to odma wewnątrz-opłucnowa i brzuszna. W ciągu 4 lat mej pracy w szpitalu, ten sposób leczenia zastosowano u około 250 chorych więźniów; kilka tysięcy dopełnień wykonał piszący wspomnienia.

W latach 1954/55 warunki więzienne uległy pewnej liberalizacji, co dawało możliwość uzyskania przerwy w odbywaniu kary ze względu na stan zdrowia. Fakt ten dawał duże możliwości sterowania tymi zwolnieniami zatrudnionym w szpitalu więźniom. Sprowadzało się to z jednej strony do sugerowania lekarzom wolnościowym konieczności kierowania na komisję kolegów leżących w szpitalu i na izbie chorych, jak również na przemykanie gotowych wniosków do zaopiniowania przez Komisję Lekarską przyjeżdżającą z Poznania.

Komisja orzekająca o konieczności urlopu zdrowotnego — względnie zwolnienia — obsługiwana była przez więźniów (pisanie na maszynie). Lekarze szybko badali chorych skierowanych na komisję, dyktowali opinie i wnioski pozostawiając sekretarzom przepisanie na czysto wyniku badania. Pisanie 10—15 wniosków i decyzji zajmowało około 1—2 godzin. Piszący miał uprzednio przygotowany 1 lub

Dokończenie na str. 6

Jest rok 1930! Co spostrzeża ów śpioch? Nastąpiły wokół niego ogromne zmiany: na polach traktory, na drogach samochody, na niebie samoloty, a i w domu miałyby ów lekarz telefon! Poważne zmiany nastąpiły na mapach świata — upadły monarchie, zmieniły się ustroje. Ale ...w medycynie czułby się zapewne krzepko, dałby sobie spokojnie radę. Opukiwałby nadal pacjenta, wsłuchi-

Wizja uśpionego lekarza w r. 1900 i obudzonego po 30 latach snu

chiwałby się stetoskopem w szmery serca, podawałby *larga manu expectorantia*, uśmierzałby gwałtowny kaszel i w sumie nie miałby nadal wpływu na samą chorobę. Byłby zupełnie bezsilny wobec sepsy, meningitów, gruźlicy i ciężkich niewydolności gruczołów wewnętrznego wydzielania. Uśpijmy go ponownie i obudzmy w r. 1960, a więc po następnym trzydziestoleciu.

Tym razem nasz śpioch widzi ogromne zmiany w medycynie. Prawie wszystkie w/w choroby dają się leczyć. Anemia złośliwa przestała być złośliwą, chirurdzy otwierają serca, hematolodzy przeprowadzają wymienne transfuzje, psychiatrzy stali się jakby chemikami i korygują poważne zaburzenia umysłu przy pomocy właśnie preparatów chemicznych. Technika wdziera się na razie nieśmiało do jam ciała. Tym razem byłoby śpiochowi trudno nadążyć za medycyną.

Usypia i ponownie budzi się w r. 1990! Wokół minimalne zmiany administracyjne. Za to w medycynie... w postępie geometrycznym szalony rozwój techniki. Nastąpiła era komputerów. Zdobywamy wiedzę tzw. komputerowego modelowania, symulując na komputerach eksperymenty, których przeprowadzenie w rzeczywistości byłoby kłopotliwe, a nawet niemożliwe. Owe eksperymenty dają już nowe masy plastyczne, ceramiczne, które będą coraz częściej stosowane w medycynie. Nowe odkrycia w dziedzinie cząstek elementarnych wytłumaczają początek i ... koniec wszechświata. Nauka jest określana jako dialog między teorią a eksperymentem. Do tego dialogu dołączyła ostatnio trzecia strona — symulacja komputerowa. Jest to sposób na konkretne odkrywanie prawdy, zrozumienie świata poprzez wymyślenie go ... od nowa. Wszystko co np. dzieje się w milisekundach, w kosmosie może być odtworzone kwant po kwancie właśnie w symulacji komputerowej. Również per analogiam milisekundowe procesy zachodzące w komór-

Dokończenie na str. 6

Byłem medykiem więziennym w latach 1953—56 Wspomnienia i refleksje

Dokończenie ze str. 5

2 wnioski, które dołączał do napisanych pod dyktando komisji. Podpisywanie odbywało się szybko; członkowie komisji spieszyli się do pociągu i dodatkowa ilość podsuniętych wniosków nie była nigdy zauważona.

Innym sposobem „robienia” ciężko chorych było podstawianie zdjęć rentgenowskich z dużymi zmianami innych osób. Przypuszczam, że w latach 1954/55 udało się zwolnić tymi sposobami około 100 więźniów przeważnie z dużymi wyrokami. Bardzo dużą zasługę w omijaniu komisji i przygotowywaniu lewych orzeczeń miał kol. Andrzej Ciechanowiecki (historyk sztuki obecnie mieszkający w Londynie), główny aranżer tych poczynań. Na początku 1956 r. władze administracyjne zdobyły jakieś informacje o naszej działalności, konsekwencją czego były zmiany personalne w obsadzie szpitala. Jak głosiła fama, fakt omijania komisji został przekazany władzom więziennym przez jednego z kolegów więźniów, który nie będąc w tajemniczym, w jakiś dziwny sposób zasygnalizował fakt naszej działalności. Posunięcia administracji były szybkie. Przyjęto do pracy w szpitalu 2 felczerów, 2 pielęgniarki i laborantkę medyczną.

Pisanie opinii sądowych o stanie zdrowia było również domeną działalności personelu białego (zatrudnionych więźniów). Rozpoznanie i rokowanie stanowiły szczególny rodzaj twórczości i dla wielu stanowiły podstawę do uzyskania wolności.

Inne formy pomocy obejmowały szeroki wachlarz działań. Koledzy pozbawieni pomocy materialnej z domu, lub długoletni więźniowie, otrzymywali diety odżywcze. Najłatwiej można to było robić na oddziale gruźliczym. Przy prześwietleniu (z reguły prześwietlenie wykonywał więzień) stwierdzenie zmian włóknistych umożliwiało zapisanie diety na 3 lub 6 miesięcy. Niemniej ważną formą pomocy była również psychoterapia, życzliwość, współczucie i cała gama innych usług, jak ułatwianie spotkań, przeniesienie wiadomości, podrzucenie żywności i papierosów, nie mówię już o pomocy lekarskiej.

Uważam, że zatrudnieni na stanowiskach białego personelu więźniowie w większości wypadków dobrze służyli swoim kolegom współwięźniom. Stan epidemiologiczny, jeśli chodzi o gruźlicę, był fatalny. Ciężkie śledztwa, złe wyżywienie, zatłoczone cele (w pojedynkach 5—7 osób), spanie na betonie, brak spacerów, stresy — powodowały, że na gruźlicę zapadała duża ilość odbywających karę. Według opinii dr. Wiktorowicza, który był równocześnie dyrektorem Wojewódzkiej Poradni p/gruźliczej w Poznaniu, zachorowalność w więzieniu była co najmniej 3 razy większa, aniżeli na wolności.

Natomiast wyniki leczenia, mimo ograniczenia leków, były dobre. Dieta, leczenie spoczynkowe, odma i już stosowane tuberkulostatyki — pozwalały na uzyskiwanie dobrych efektów leczniczych. W ciągu 4 lat zanotowano jeden zgon z powodu gruźlicy.

Opuszczając 16 listopada 1956 r. wieczorem zakład karny we Wronkach, jako jeden z ostatnich więźniów politycznych, wbrew przesądom obejrzałem się do tyłu i patrząc na blok szpitalny stwierdziłem, że wszystko to co przeżyłem przez 9 lat więzienia, zrekompensowała mi 4-letnia praca w szpitalu, gdzie byłem potrzebny, gdzie sprawdziłem się nie w walce o wolność, ale zdobywając ostrogi jako przyszły lekarz.

A losy tych wielu bezimiennych po wyjściu? Z 5 zatrudnionych w szpitalu okręgowym studentów medycyny — 4 ukończyło studia lekarskie.

Czas zacierał przeżycia, leczyl wspomnienia i urazy. Skazanie i wyrok przez 25 lat pobytu już na wolności i normalnej pracy zawodowej miały jednak zawsze pewien wydźwięk negatywny. Piszący te słowa przez 25 lat nie otrzymał nigdy paszportu, zdając specjalizację zatajać musiał fakt skazania, nie mógł otworzyć przewodu doktorskiego. Fakty te nigdy nie miały wpływu na stosunek do ludzi, na świadomość spełnianego obowiązku i nie pozbawiły mnie nigdy radości z przetrwania.

Przekazując te krótkie wspomnienia z polskiego „Gułagu”, pragnę oddać hołd wszystkim, którzy w tamtych czasach, i w tamtych miejscach zasłużyli na miano „człowieka” i pragnę zanieść białoczerwoną wiązanke na groby spoczywających licznie na cmentarzu we Wronkach, dla których więzienie było ostatnim etapem ziemskiej wędrówki.

Jerzy Woźniak

ABC postępowania lekarskiego

Dokończenie ze str. 4

Jeśli to wszystko co powyżej napisano potrafisz i możesz do siebie odnieść, to jesteś **prawdziwym** lekarzem. A więc jesteś człowiekiem szczęśliwym, wybranym, człowiekiem z powołaniem. Musisz za to wszystko godnie zarabiać pieniądze. Wiele bowiem pieniędzy potrzeba, aby utrzymać się na takim poziomie, jak tego wymaga zawód i powołanie lekarza. **Pamiętaj** jednak, że nic nie może zastąpić uśmiechu i szczęścia w oczach człowieka, któremu pomogłeś.

Komisja
Etyki Lekarskiej
Okręgowej Rady Lekarskiej
w Krakowie

Wizja uspionego lekarza w r. 1900 i obudzonego po 30 latach snu

Dokończenie ze str. 5

kach żywego organizmu mogą być odtworzone w komputerowej symulacji. Mogą być spostrzegane, utrwalone w kadrze kineskopu i rozumiane. A więc dotąd nieuchwytnie zjawiska mogą być modelowane dzięki komputerom. W ten sposób odtworzono cyfrowo kość ludzką, dzięki czemu można już zbadać arcydokładnie funkcje np. stawu kolanowego. Współczesna mechanizacja, komputeryzacja medycyny zapewne oszołomiłaby lekarza lat 60, nie mówiąc o dziadku z początków stulecia. Lekarz lat 60 już nie umiałby się znaleźć we współczesnej sali operacyjnej, gabinetach rtg i fizykoterapii.

Nasz zawodowy pradziadek, dysponował jedynie dobrym słowem, sercem i to mu zapewniało powszechny szacunek. Niesamowity rozwój techniki powoduje, że medycyna staje się bezosobowa, a choroba zakodowanym numerem. Jest to niewątpliwie niezamierzony dramat, który wymyka się naszej uwadze.

Wrocław, 5 maja 1991 r.

dr med. Eugeniusz Piotrowski

Listy do redakcji

Można i tak

Z przykrością wysłuchałem w wieczornym programie telewizyjnym, w sobotę 11 maja prelekcji prof. St. Zgliczyńskiego o tematyce medycznej. Głównym motywem wykładu była krytyka lekarzy opiekujących się prezydentem Bushem, przy czym zarzut polegał na tym, że potrzebowali oni kilku dni na rozpoznanie tyreotoksycznego podłoża migotania przedsionków, podczas gdy dla asystentów prof. Zgliczyńskiego starczyłoby na to kilka godzin.

Mam od dawna pełne uznanie dla poziomu kliniki kierowanej przez prelegenta, lecz moje zastrzeżenia dotyczące jego wystąpienia zasadzają się na innych aspektach. Krytykę postępowania lekarskiego przez innego lekarza uzasadniają głównie 2 cele: dobro chorego („salus aegroti”), lub dobro nauki i nauczania. Pierwszy cel tu odpada, natomiast w drugim przypadku odpowiednią krytykę zwykło się przeprowadzać bez wymieniania adresatów, tzn. uogólniając problem, zaś otwarcie (z wymienianiem adresatów) tylko wtedy, gdy istnieje możliwość polemiki. W danej sytuacji i ten aspekt nie wchodzi w rachubę. Poza tym jest rzeczą ryzykowną poddawać krytyce czyjeś postępowanie diagnostyczne nie mając do wglądu szczegółowej dokumentacji chorego i opierając się tylko na komunikatach środków masowego przekazu. Argumentacja prelegenta opierała się głównie na tym, że skoro skądinąd zdrowy człowiek, uprawiający sport, nie mający objawów chorób stanowiących najczęstsze podłoże migotania przedsionków (miażdżyca, niektóre wady serca) zapada na to zaburzenie rytmu, to podejrzenie powinno się zwrócić na nadczynność tarczycy. Otóż być może, że zespół lekarzy opiekujących się prezydentem Bushem taką możliwość od początku brał pod uwagę, ale potrzebował czasu na upewnienie się, bo przecież kardiologzy zdają sobie sprawę, jak mylnym tropem mogą być jednorazowo wykonane dodatnie testy izotopowe, a nawet scyntygraficzne podejrzenie gruczolaka tarczycy, że są postaci patogenezy mieszanej (miażdżycowo-tarczycowej), że są postaci o nieznanym podłożu (tzw. „izolowane migotanie przedsionków”), o podłożu na tle niezidentyfikowanych infekcji wirusowych itd.

Nie sądzę zatem, by omawiany wykład, jak i analogiczne tego typu, był właściwą drogą do podnoszenia prestiżu wiedzy medycznej w naszym kraju. A ponieważ każdy autor ma ludzką skłonność do subiektywnej oceny swej edycji, od tego są instancje typu recenzenci, eksperci, redaktorzy, by treść i publikacje odpowiednich edycji zaakceptować, zwłaszcza gdy się ją rozpowszechnia w skali międzynarodowej.

Do odpowiedniego sita jest chyba TVP zobowiązana.

Prof. dr med. Seweryn Łukasik

Służba zdrowia -
- kapitalizm
czy socjalizm?

Mój szanowny znajomy, pan Czesław Klemaszewski, raczył był w numerze 2/10 Biuletynu opublikować artykuł „Sprawa polityczna”, traktujący o sytuacji w Izbie wraz z propozycją działań na najbliższy czas. Z czym się zgadzam? Zgadzam się, że sprawa służby zdrowia to SPRAWA POLITYCZNA! Trzeba przy tym jednak postawić pytanie o takiej samej treści, jakie postawił pan Czesław Bielecki (Maciej Poleski) panu Bronisławowi Geremkowi w telewizyjnych „Konfrontacjach”: Kapitalizm czy socjalizm? Na tak postawione pytanie mój szanowny znajomy, pan Czesław Klemaszewski, zdaje się odpowiadać: SOCJALIZM, proponując strajk w sprawie płac, podatków, spraw remontowo-emerytalnych i zdrowotnych. Czyli dalej mamy pozostawać na „pasku budżetu” i co jakiś czas dopominać się o to, aby płace w służbie zdrowia były w jakimś tam stosunku do średniej krajowej (61 \$, 97 \$, 121\$...)

Proponuję inne rozwiązanie: KAPITALIZM (LIBERALIZM), czyli w pierwszej kolejności reforma systemu ubezpieczeń rentowo-emerytalnych i zdrowotnych. O to możemy nawet strajkować, chociaż liberałowie są przeciwni strajkom. W drugiej kolejności nastąpi reforma organizacyjna służby zdrowia, która w dużej mierze sama się dokona jako efekt zmian w systemie ubezpieczeń. W trzeciej kolejności można będzie zlikwidować ministerstwo zdrowia przy pozostawieniu Urzędu Głównego Inspektora Sanitarnego Kraju.

Walczyliśmy więc o zmianę systemu, a nie o jego utrzymanie, jak w gruncie rzeczy proponuje pan Czesław Klemaszewski, którego pozdrawiam proponując mu zmianę poglądów.

Paweł Niewodniczański

Przekorny Wolter twierdził, że dobrze jest cytować rzeczy, których się nie rozumie, w języku, który zna się bardzo lichy. Niestety, zapomniano o przymrużeniu oka, z jakim napisał to stwierdzenie...

Poniżej pragnę przedstawić kilka zabawnych przeinaczeń, wynikłych z nieświadomości niuansów języka łacińskiego. Zaznaczam, że jestem zwolennikiem pragmatycznego podejścia do wszystkich przejawów umysłowej aktywności, tj. nie uważam za ciężki grzech błąd nie wpływającego na zrozumiałość tekstu; dodać trzeba jednak, że owa zrozumiałość świadczy raczej o podobnym pragmatyzmie Czytelników, niż o wnikliwej trosce (czyt. — zgryźliwości...) A oto przykłady:

„Sutura circulatoria colli uteri” — znaczy to „szew krążeniowy szyjki macicy” (lub,

Errare humanum est

podług starożytnych — „szew szalbiarczy”). Prawidłowy opis winien brzmieć — SUTURA CIRCULARIS (...)

„Deliberatio adhaesionum” — jest to „rozważanie zrostów”. Oczywiście, prawidłowe brzmienie opisu to — LIBERATIO ADHAESIONUM.

„Processus atheromatosus universalis” — w zasadzie oznacza to „uogólniony wyrostek kaszakowaty”. Bezpieczniej brzmi rozpoznanie — ATHEROMATOSIS GENERALISATA (v. UNIVERSALIS).

„Arrhythmia temporalis” — mogłoby znaczyć „niemiarowość skroniowa”. I tu lepiej użyć sformułowania — ARRHYTHMIA TEMPORARIA lub, z grecka — ARRHYTHMIA EPHEMERA.

„Excisio probatoria hepatis” — czyli „badawcze wycięcie wątroby”. Lepsze wrażenie zrobi informacja — INCISIO PROBATORIA HEPATIS.

Wreszcie, prawidłowo skomponowane, a jednak cudacznie brzmiące pleonazmy „Discosis disci L 4/5” oraz „Strumectomia propter strumam nodosam” świadczą, że Wolter miał rację, a Chochlik lekarski — niezasłużoną przez siebie uciechę...

Do zobaczenia w następnym numerze!

Chochlik lekarski

P.S.

Niestety, i tym razem przykładów nieprawidłowości nie dostarczyła mi wyobraźnia...

SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZESPOLONY

we Wrocławiu
ogłasza konkurs na stanowisko

ORDYNATORA

ODDZIAŁU POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNEGO
SZPITALA M. FALKIEWICZA we Wrocławiu, ul. Węgierska 6
(w budowie)

Przewidywany termin zakończenia budowy — grudzień 1991 r. Kandydaci proszeni są o złożenie dokumentów (określonych w Rozporządzeniu MZiOS z dnia 2.10.1990 § 7 w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznej służby zdrowia — Dz.U. Nr 70/90 poz. 416) w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej we Wrocławiu ul. Matejki 6 z dopiskiem na kopercie „Konkurs”, w terminie 30 dni od daty ogłoszenia. Szpital nie zapewnia mieszkania. Rozpatrzenie ofert nastąpi w terminie około 3 tygodni.

KOMUNIKAT

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu spodziewa się w przyszłości odwiedzin — w ramach wymiany — kolegów lekarzy z zagranicy.

Prosimy o zgłaszanie się tych, którzy chcą i mogą przyjmować na krótkie pobyty (obejmujące nocleg i śniadanie) naszych gości. Istnieje możliwość zwrotu poniesionych kosztów.

Prosimy o podanie następujących informacji: — nazwisko, imię, adres, numer telefonu zgłaszającego,

— znajomość języków obcych w domu zgłaszającego,

— ewentualne życzenia gospodarza dotyczące płci, wieku, specjalności, liczby gości, długości trwania i czasu pobytu itp.

Z góry dziękujemy!

Zgłoszenia prosimy kierować do:

BARBARA BRUZIEWICZ-MIKŁASZEWSKA
KOMISJA WSPÓŁPRACY Z ZAGRANICĄ
DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

ul. Matejki 6, tel. 22-50-56
50-333 WROCŁAW

Oświadczenie

Prezydium Rady Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zdecydowanie popiera stanowisko ministra zdrowia dr. Władysława Sidorowicza w sprawie zmiany systemu opieki zdrowotnej. Nasza akcja protestacyjna 15 maja br. miała na celu m.in. wywarcie presji na ciała ustawodawcze i przyspieszenie uchwalenia niezbędnych ustaw reformujących funkcjonowanie służby zdrowia. Jednocześnie domagamy się takich zmian struktury organizacyjnej, aby resort stanowił rzeczywiste oparcie dla ministra w jego działaniach reformatorskich.

Wrocław dnia 14.05.1991
P.o. Przewodniczącego
dr n. med. Ryszard Maj

Nasza ulotka o akcji protestacyjnej przeprowadzonej 15 maja br. została na ogół dobrze przyjęta przez pacjentów. Część kolegów uważała ją jednak za mało agresywną, wyrażano wątpliwości co do skuteczności takiej formy akcji. Okazało się, że nasze postulaty są zbliżone do poglądów „Solidarno-

Akcja protestacyjna i co dalej?

ści”, która protestując 22 maja także rozdawała nasze ulotki (już powielone w dalszych tysiącach sztuk). Co dalej? Rośnie nacisk na Rząd RP, Komisję Zdrowia Sejmu. W ciągu kilku najbliższych tygodni (koniec maja — czerwiec) na posiedzeniu Rady Ministrów mają zostać przedstawione konkretne terminy wprowadzania w życie rozporządzeń doraźnych i pakiet ustaw całościowo traktujących o reformie służby zdrowia.

„Uzdrowiacze”

W związku z tym, że w wielu kościołach naszej archidiecezji zaczęli przyjmować różni szarlatani (bioenergoterapeuci), przedstawiciele Prezydium DIL: dr. dr. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska, Ryszard Maj, Zdzisław Plamieniak złożyli wizytę J.E. ks. kardynałowi Henrykowi Gulbinowiczowi w dniu 29 kwietnia br. Przedstawiono konkretne przykłady uzdrowiaczy leczących wszystko i wszystkich, tak rodzimych jak i importowanych zza wschodniej granicy. Ksiądz kardynał wyraził swoje zdziwienie tymi praktykami i obiecał wydać „edykt” zabraniający działalności pseudolecniczej na terenie kościołów archidiecezji.

OGŁOSZENIE

„ELEKTRONYSTAGMOGRAFIA — badanie błędników (wykonywane w diagnostyce zawrotów głowy). Zapisy telefoniczne — Wrocław 613849.”

Maria Nodzyńska

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego Okręgowej Izby Lekarskiej w Tarnowie

Z PRZESZŁOŚCI TARNOWSKIEJ MEDYCyny

Próbka podziękii jakie licznie zamieszczała tarnowska prasa sprzed stu lat

Wbnemu Panu Drowi Józefowi Rothowi z Tarnowa, za sporządzenie sztucznych zębów i umożliwienie przeto pozbycia się choroby żołądkowej, której z powodu niemożności pogryzienia potraw dla braków zębów się nabawiłem.

Udałem się do dentystów we Lwowie, Krakowie i Karlsbadzie, lecz sporządzone przez nich dentury drogo kosztowały, lecz pożytku mi nie przyniosły, bo niedały się użyć przy jedzeniu.

Dopiero sporządzona obecnie przez Wbnego Dra Rotha odpowiada wszelkim wymogom sztuki i umożliwia mi spożywanie potraw mięsnych itd.

Czuję się przeto w obowiązku wyrazić mu mą wdzięczność i polecić współcierpiącym.

Tarnów, 18 lutego 1890

I.Ł.

urzędnik z Tarnowa

Od redakcji: Po stu latach też trudno o dobrą denturę.

Informacja czy dezinformacja

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dwukrotnie oceniała opracowanie Ministerstwa Zdrowia pt. „Kierunki zmian w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej”.

Merytoryczne założenia przedstawione w materiale znalazły akceptację Rady.

Jednak wiele elementów wydaje się być już obecnie zagrożonych, a określone zadania w zakresie organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej wydają się być nierealne.

Określone zadania są również niezgodne z założeniami w zakresie finansowania i ekonomiki i pozostają ze sobą w sprzeczności.

Rada stoi na stanowisku zdecydowanych działań, przede wszystkim w budowaniu zasad i mechanizmu systemu ubezpieczeń społecznych oraz wdrażaniu mechanizmów ekonomicznych w opiece zdrowotnej. W przedstawionych materiałach brak zaakcentowania różnych podmiotów, brak wyraźnych wykładników zrównania sektorów.

Zdaniem Rady brak przedstawionych w materiale sposobów informowania społeczeństwa, a więc kształtowania społecznej zgody na nowe zasady polityki zdrowotnej, nie informowanie społeczeństwa o niezbędnych kosztach, jakie będzie musiało ponieść przy wprowadzaniu reformy, może wydawać się najbardziej niebezpiecznym elementem realizacji założeń.

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 leczeniem.

Biuletyn w swoim założeniu jest miesięcznikiem, a jego adresem jest około 8 000 lekarzy z województw:

- jeleniogórskiego
- legnickiego
- wałbrzyskiego
- wrocławskiego

Aktualny cennik:

ogłoszenia drobne — 3000 zł za słowo,

ogłoszenia duże — 5000 zł za cm².

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

Naczelna Rada Lekarska o wynagradzaniu lekarzy

Rada Naczelna zajęła (po raz kolejny) stanowisko w sprawie wynagradzania lekarzy zatrudnionych w społecznej służbie zdrowia, które w całości cytujemy:

Naczelna Rada Lekarska wyraża zdecydowany protest wobec decyzji ministra zdrowia wprowadzającej tabelę płac na I kwartał 1991 r. i podtrzymuje stanowisko przedstawione przez Komisję Płac i Warunków Pracy NRL w czasie rozmów w MZ w marcu br. Domagamy się podniesienia od grupy XV minimalnych stawek tabeli z IV kwartału 1990 r. o 25% a maksymalnych stawek o 50%.

Jest to żądanie, dające 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.

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. podniesienie 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.

Naczelna Rada Lekarska protestuje ponadto przeciw obecnemu sposobowi pracy zes-

połu placowego MZ. W trakcie ostatnich rozmów w marcu br. przedstawiciele MZ przyjęli jedynie do wiadomości stanowisko samorządu lekarskiego bez jakiegokolwiek próby podjęcia faktycznych negocjacji, do czego zobowiązuje przepis art. 4 ust. 1 pkt 3 i ust. 2 poz. 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich.

Naczelna Rada, na swym posiedzeniu 13 kwietnia br., złożyła oświadczenie w sprawie zasad wynagradzania lekarzy za dyżury zakładowe, które brzmi:

Naczelna Rada Lekarska zwraca się do ministra zdrowia o wydanie rozporządzenia ustalającego wynagrodzenie lekarzy zatrudnionych w zakładach społecznych służby zdrowia za pełnienie dyżurów zakładowych i za pracę bezpośrednio po dyżurze zakładowym, w oparciu o przepisy kodeksu pracy dotyczące wynagrodzenia za pracę w godzinach nadliczbowych.

Na sprzeczność przepisów §§ 12 i 13 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz.U. Nr 51, poz. 326 z późn. zm.) z przepisami art. 129 § 1, art. 134 art. 144 i art. 298 § 2 kodeksu pracy oraz art. 67 ust. 2 i art. 69 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej wskazał Trybunał Konstytucyjny w postanowieniu sygn. akt S 11/88 z dnia 21 września 1988 r.

Wadliwie uregulowanie prawne zasad wynagrodzenia za dyżury lekarskie było również przedmiotem wystąpienia rzeczownika praw obywatelskich.

Naczelna Rada Lekarska wzywa ministra zdrowia do uregulowania zasad wynagrodzeń za dyżury lekarskie w sposób zgodny z obowiązującym porządkiem prawnym.

Postępujący wciąż wzrost śmiertelnych ofiar wypadków drogowych stwarza dla medycyny szereg bardzo poważnych problemów. W dochodzeniu tych przestępstw doniosłą rolę spełnia medycyna sądowa, gdyż poprzez badania osób pokrzywdzonych, obdukcję zwłok-ofiar wypadków oraz badania dowodów rzeczowych dostarczyć może pewnych dowodów, pozwalających m.in. na odtworzenie przebiegu wypadku drogowego. Ustalenia takie mają znaczenie zwłaszcza wówczas, gdy sprawca wypadku nie jest znany, gdy jedna z ofiar wypadku nie żyje, a druga jako sprawcę wypadku wskazuje zabitego (problem kto prowadził pojazd i kto ponosi winę

Z zapisków medycyny sądowej

Kto był sprawcą wypadku?

za spowodowanie wypadku), albo gdy zachodzi możliwość działania kilku pojazdów. Problemy te obrazuje poniższy przypadek.

Zakład Medycyny Sądowej AM we Wrocławiu otrzymał z Prokuratury Rejonowej akta w sprawie wypadku drogowego, w którym poniósł śmierć 20-letni mężczyzna, z prośbą o opracowanie opinii odnośnie okoliczności i przebiegu wypadku. W szczególności chodziło o ustalenie: czy denat został przejechany czy potrącony przez pojazd, czy przejechał go jeden czy więcej pojazdów, czy ofiara w momencie wypadku stała lub szła, czy też leżała na jezdni oraz z jakiego kierunku nadjeżdżał pojazd. Materiałami dla tych ustaleń były wyniki sekcji zwłok wykonanej przez miejscowego lekarza, wyniki pobieżnych oględzin podejrzanego pojazdu oraz oględziny miejsca wypadku. Nie przeprowadzono natomiast badań identyfikacyjnych krwawych śladów znajdujących się na masce i kabinie zabezpieczonego pojazdu. Podejrzany o spowodowanie wypadku był młody mężczyzna, który przyznał się, że prowadząc w nocy w stanie nietrzeźwym samochód marki Żuk, przejechał jakiś przedmiot leżący na drodze. Po zatrzymaniu się i wyjściu przez okno stwierdził, że to człowiek, nie wysiadł jednak, lecz pojechał dalej. Pasażerowie Żuka — świadkowie w sprawie — niczego nie zauważyli.

Sekcja zwłok denata przeprowadzona przez miejscowego lekarza wykazała całkowite zmiażdżenie głowy z wymóżdżeniem i szyi, drobne otarcia naskórka na kończynach górnych, rozerwanie worka mosznowego, złamanie kości udowej lewej, krwiak płata dolnego płuca lewego, pęknięcie wątroby i śledziony z wylewem krwi do jamy otrzewnowej (nie podano ilości) oraz pęknięcie nerki prawej z krwiakiem torebki. Obducent opisał bardzo pobieżnie te obrażenia, nie zbadał, względnie nie opisał, cech przyżyciowości wszystkich obrażeń, ani też dokładnego ich charakteru. W tym stanie rzeczy można było

Uczmy się języków obcych

Doctor: Hello, John. Can you spare five minutes?

Consultant: Certainly, what can I do for you, Peter?

Doctor: Just a bit of advice about a hypertensive I'm attending at the moment. He is a man of thirty-five, came with non-specific symptoms. BP was 160/100. No abnormal physical signs, but there is a positive family history. His complete blood count, MSU, U and Es as well as chest-ray were normal. There was nothing abnormal found in his eye fundi, but his ECG shows a little left ventricular strain. He is overweight, so I advised him to keep to a 1000 calorie diet with no added salt.

C.: I see. And what's the problem?

D.: I'd like to know if you could investigate him further.

C.: The only thing that may be worth doing is an IVP. But I'd recommend it only in case you fail to control his pressure with simple measures.

D.: That is what I wanted to know. Thank you very much, John.

C.: Not at all, Peter.

can you spare... — czy możesz poświęcić to attend — tu: leczyć complete blood count — całkowity obraz krwi

MSU—mid-stream specimen of urine

U and Es—urea and electrolytes

ECG — electrocardiogram

IVP — intravenous pyelogram — urografia eye fundus — dno oka

to keep to a diet — przestrzegać diety

to investigate — zbadać

to recommend — zalecić

Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Matejki 6
53-333 Wrocław tel. 22-50-56 (57)

Sz. P. Dr
ul.

„A”

Zwracamy się z uprzejmą prośbą o wypełnienie ankiety, dotyczącej prowadzonej przez Panią/Pana prywatnej praktyki lekarskiej, w związku z tworzeniem rejestru praktyk prywatnych, działających na terenie DIL.

Data urodzenia Uczelnia, wydział, rok ukończenia studiów

Tytuł zawodowy

Nr prawa wykonywania zawodu Stopień naukowy Specjalizacje (stopień, rok uzyskania)

Data rejestracji praktyki (wg zgłoszenia w Urz. Skarb.)

Zakres działalności gabinetu

Adres, nr telefonu gabinetu

Godziny przyjęć

Rodzaj prywatnej praktyki (samodzielny gabinet, spółka, inna forma)

Inne zatrudnienie w sł. zdrowia

„B”

Własne opinie i uwagi

„C”

Boehringer Ingelheim

Oddział w Warszawie
ul. Jakuba Kubickiego 7/3
00-979 WARSZAWA 34

Tel. 642-58-22
Fax 6422393
Telex 814 509

Atrovent ● Berodual ● Berotec ● Bisolvon
Effortil ● Gastrozepin ● Glurenorm ● Isoglaucan ● Itrop
Lasolvan ● Mexitil ● Partusisten ● Persantin

Leki firmy Boehringer Ingelheim do nabycia w następujących aptekach:

Wrocław: „Pod murzynkiem” pl. Solny 3
„Bonifratrów” ul. Traugutta 57
„Ostrobramska” ul. Grabiszyńska 134

Wałbrzych: „Piastowska” ul. Bolesława Chrobrego 1

Jelenia Góra: „Piastowska” pl. Piastowski 30

Legnica: „Gren” ul. Nowotki 33

Informacje — Wrocław tel. 48 23 62

Dokończenie ze str. 9

w opinii sądowno-lekarskiej stwierdzić w sposób pewny jedynie to, że za życia powstał krwiatek płuca i obrażenia nerki, i że obrażenia stwierdzone u denata powstały na skutek przejechania, a nie potrącenia przez pojazd; nie można było także wykluczyć, że w wypadku brał udział tylko jeden pojazd. Wyrokiem sądu podejrzany (oskarżony) skazany został na karę kilkuletniego pozbawienia wolności. Doszło jednak do rewizji wyroku i uzupełnienia śledztwa. Okazało się wówczas, że na krótki czas przed jazdą skazanego, ten sam pojazd, tą samą drogą prowadził inny pijany osobnik, znajomy skazanego. Na za-

Kto był sprawcą wypadku?

kręcie, w tym samym miejscu, potrącił coś, aż go zarzuciło. Nie zatrzymał się jednak. O fakcie tym skazany i świadkowie nic poprzednio nie mówili, powodowani strachem związanym z funkcją tego drugiego kierowcy; osobnik ten ponadto wywierał na nich nacisk zmuszając do zatajenia prawdy. Akta sprawy po raz drugi przesłane zostały do Zakładu Medycyny Sądowej. Na wniosek biegłych zakładu, przesłuchany został dodatkowo lekarz obducent — nie pamiętał jednak szczegółów sekcji, podał jedynie, że cała jama brzuszna wypełniona była krwią. W oparciu o nowe ustalenia opinia sądowno-lekarska była już bardziej szczegółowa i przyjmowała:

— obrażenia jamy brzusznej, biorąc pod uwagę krwiatek torebki nerki, krwiatek płata dolnego płuca i masywny wylew krwi do jamy otrzewnowej, musiały powstać za życia. Obrażenia te nie musiały jednakże spowodować natychmiastowej śmierci (nastanie krwotoku do jamy brzusznej musiało trwać przez pewien czas). Natomiast całkowite zmiażdżenie głowy z wymóżdżeniem musiało spowodować natychmiastową śmierć. Obrażenia jamy brzusznej musiały być zatem wcześniejsze, skoro wykazywały cechy powstania za życia. W oparciu o powyższe przyjęto w opinii możliwość dwóch kolizji: przy pierwszej doszło do obrażeń brzucha i klatki piersiowej, przy drugiej zaś do zmiażdżenia głowy u denata, prawdopodobnie już nieżyjącego. Pewniejsze ustalenia — w związku z błędami obducenta — nie były niestety możliwe.

Z wyżej opisanego przypadku wynika, jak decydującą rolę w dochodzeniu wypadku drogowego ma właściwe postępowanie lekarskie, nie tylko w przedmiocie badania osób pokrzywdzonych, lecz również przy wykonywaniu sekcji zwłok. Mężczyzna, początkowo skazany za spowodowanie śmierci człowieka, odpowiadał w końcu „tylko” za prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym, a sąd mógł osądzić właściwego sprawcę zbrodni.

Barbara Świątek

MÉDECINS DU MONDE

UWAGA PRACOWNICY SŁUŻBY ZDROWIA!!!
we Wrocławiu powstaje Sekcja Terenowa francuskiego stowarzyszenia

LEKARZY ŚWIATA

Celem Stowarzyszenia jest niesienie pomocy humanitarnej ludności świata dotkniętej klęskami żywiołowymi, skażeniami środowiska, wypadkami lub skutkami działań wojennych.

Swoje zadania Stowarzyszenie wypełnia poprzez:

1. Wysyłanie w zagrożone regiony świata międzynarodowych zespołów pomocy medycznej,
2. Opracowywanie programów zapobiegania i ochrony ludności przed skutkami kataklizmów,
3. Organizowanie w kraju i za granicą szkoleń członków Stowarzyszenia przewidzianych do akcji w terenie,
4. Krzewienie w społeczeństwie humanitarnych zasad niesienia pomocy medycznej wszystkim potrzebującym bez względu na narodowość, różnice rasowe bądź przekonania religijne.

Bliższe informacje, statut stowarzyszenia oraz deklaracje członkowskie dostępne są w:

1. sekretariacie Izby Lekarskiej we Wrocławiu ul. Matejki 6
2. pok. nr 9 Dziekanatu AM we Wrocławiu ul. Mikulicza-Radeckiego 5
3. pok. nr 3 Komisji Zakładowej „Solidarności” AM adres j.w.
4. DS „Bliźniak” w pok. nr 211 ul. Wojciecha z Brudzewa 12

DEKLARACJA

Ja niżej podpisany (podpisana) proszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Lekarzy Świata.

Stwierdzam, iż znany mi jest Statut i humanitarne cele Stowarzyszenia, które w pełni popieram i zobowiązuję się do czynnego uczestnictwa w ich realizacji.

(podpis)
URZĄD GMINY

Emeryt

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

Zarząd Gminy w Platerówce
zatrudni
w Gminnym Ośrodku Zdrowia
lekarza stomatologa

Do dyspozycji duże mieszkanie z telefonem, garażem, ogrodem w centrum gminy — 200 m od ośrodka zdrowia.

Gabinet stomatologiczny z nowym kompletnym wyposażeniem.

Warunki pracy i płacy do omówienia na miejscu.

„EDEX” POLECA:

- Systemy komputerowe dla oddziałów szpitalnych i prywatnych gabinetów lekarskich.
- Inne oprogramowanie na zamówienie.

Wrocław, ul. Pocztowa 12/14, m. 2
Tel. 67-23-94 w godz. 16.00—20.00

Dolnośląska Izba Lekarska

zwraca się z prośbą
do wszystkich placówek służby zdrowia

o zgłaszanie wolnych miejsc pracy dla lekarzy medycyny i stomatologów

Jednocześnie informujemy, iż gotowi jesteśmy zamieszczać także wszelkie oferty poszukującym pracy kolegom.

KUBICZ

WYDAWNICTWA IMPORTOWANE

Marzec 1991

Szanowni Państwo,

Z przyjemnością będziemy Was informować o nowościach wydawniczych w wybranych dziedzinach medycznych.

Prosimy o wypełnienie niniejszej ankiety i przesłanie jej na nasz adres pocztowy:

KUBICZ
skr. poczt. 9
50-950 Wrocław 2

W miarę możliwości prosimy o zbiorcze podanie specjalności w ramach jednej jednostki organizacyjnej (kliniki, szpitala, przychodni) i podanie nazwiska osoby odpowiedzialnej za bibliotekę naukową.

(prosimy wypełnić pismem drukowanym lub maszynowym)

TYTUŁ, IMIE, NAZWISKO

NAZWA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ

ADRES

KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ

PREFEROWANY JEZYK ZACHODNI

SPECJALNOŚCI

KUBICZ - Wydawnictwa Importowane
ul. M. Skłodowskiej-Curie 48/8
Skr. poczt. 9
50-950 Wrocław 2

Telefon: (071) 222921
Teleks: 0715431 kubwr pl
Telefaks: (071) 447419
Telegramy: Kubicz Wrocław

Konto bankowe: Bank Polska Kasa Opieki S.A. O/Wrocław nr 5.93010-7004236-136-11

Człowiek i zdrowie

W jedną drogę szli razem i człowiek i zdrowie.

Na początku biegł człowiek; towarzyszył mu zdrowie:

„Nie spiesz się, bo ustanieś”. Biegł jeszcze tym bardziej.

Widząc zdrowie, że jego towarzyszem gardzi

Szło za nim, ale z wolna. Przyszli na pół drogi,

Aż człowiek, że z początku nadwerżył nogi,

Zelżył kroku na środku. Za jego rozkazem

Przybliżyło się zdrowie i odtąd szli razem.

Coraz człowiek ustawał, a że się zadysza:

„Prowadź mnie, iść nie mogę” — rzekł do towarzysza.

„Było mnie zrazu słuchać” — natenczas mu rzekło;

Chciał człowiek odpowiedzieć... lecz zdrowie uciekło.

Ignacy Krasicki

Bajki — wybór. PIW, Warszawa 1974, s. 25

U — jak uśmiech

Przyszł pacjent do lekarza ...

Lekarz mówi:

To nie będzie bolało.

Nie ma jeszcze wyników badań.

Na pana(i) miejscu nie przejmowałbym się tym.

Przepraszam na chwilę, mam pilny telefon.

Pielęgniarka przepłucze panu uszy.

Naprawdę nie ma powodu do niepokoju, ale

na wszelki wypadek skieruję pana do szpitala.

Ten lek na pewno panu pomoże.

To jest klasyczny przypadek.

Miliony ludzi mają bóle głowy.

To znaczy, że:

To boli jak diabli.

Gdzieś mi się zapodziały.

Bo nie mam pojęcia co to jest.

Muszę spytać kolegów o radę.

To do niej należy, zresztą ja nie umiem.

Niech cię Bóg ma w swojej opiece.

Dostałem właśnie pudło bezpłatnych próbek.

Nie mam pojęcia co to jest, ale miejmy nadzieję, że lek na to podziała.

I wszyscy przychodzą z tym do mnie.

(Punch)

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, M. Przeszalski, B. Romanowicz — T. Wilniewicz — korekta, E. Zborowicki — redaktor techniczny.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

Skład i druk: WZGraf, Zakład Nr 2 Wrocław, ul. Kazimierza Wielkiego

Zam. nr 209/91. Złożono do druku w maju br. Nakład 4000.

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