



# BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCŁAW

LIPIEC—SIERPIEŃ 1991

Nr 7—8(15—16)

## I ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

(Częstochowa 19—22 czerwca 1991)

Międzynarodowe Zjazdy Polskiego Towarzystwa Lekarskiego mają już swoją tradycję, natomiast połączenie V Zjazdu Międzynarodowego PTL z I Światowym Kongresem Polonii Medycznej, wraz ze spotkaniem lekarzy Polaków, bądź polskiego pochodzenia pracujących poza granicami kraju, miało miejsce po raz pierwszy w Częstochowie w dniach 19—22 czerwca 1991 r.

Obok licznych uczestników krajowych przybyli goście z pobliskiej Litwy, Ukrainy, Białorusi, a nawet z odległego Kazachstanu.

Byli też goście niemal ze wszystkich krajów Europy, z odległych Stanów Zjednoczonych i Kanady oraz związanej licznymi więzami

z Polską Izraela. Zostali oni przywitani w Sali Papieskiej na Jasnej Górze przez generała zakonu paulinów ojca Jana Nalaskowskiego, który m.in. powiedział: „Tu budziły się zrywy i myśli patriotyczne, tu powstawały plany odzyskania utraconej niepodleg-

*Ciąg dalszy na str. 2*

### Diżury członków Prezydium i Rady DIL

#### PONIEDZIAŁEK

Ryszard Łopuch godz. 12.00—14.00

Franciszek Marcinkowski  
(radca prawny) godz. 12.30—14.00

#### WTOREK

Janina Kasprzak-  
-Wójtowicz godz. 13.00—15.00

Włodzimierz Bednorz godz. 13.00—15.00

#### SRODA

Zdzisław Plamieniak 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

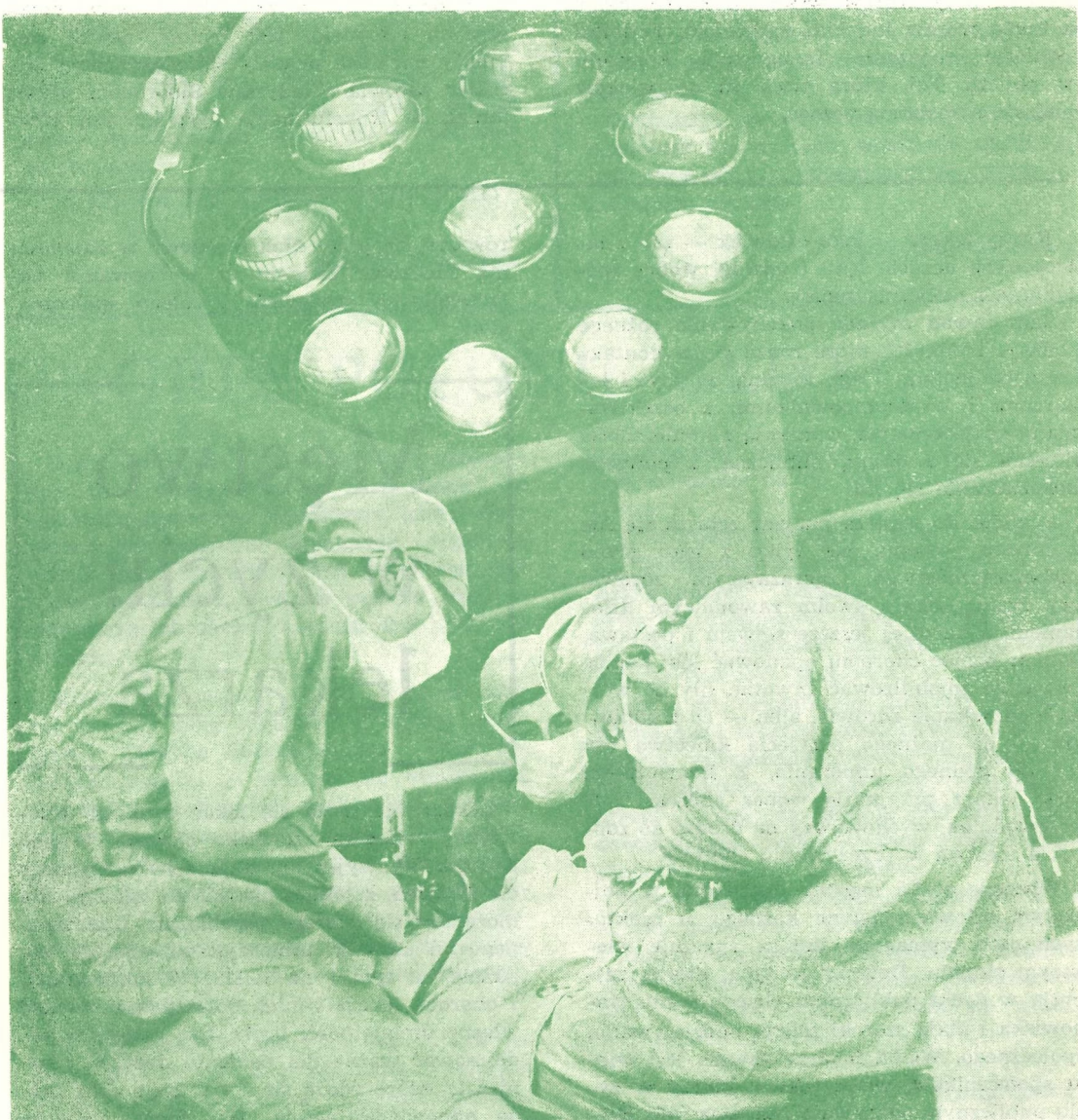
Franciszek Marcinkowski  
(radca prawny) godz. 13.00—15.00

#### PIĄTEK

Barbara Bruziewicz-  
-Mikłaszewska godz. 12.30—16.30

Teresa Bujko godz. 11.30—13.30

Maria Jagas godz. 15.00—16.00



Szpital w Polanicy ►



# I ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

*Dokończenie ze str. 1*

łości, tu pod opieką Matki i Hetmanki naród się scalał, czerpał moc do walki i zwycięstwa...". Mieczysław Wyległowski z Częstochowy, jako przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, mówił o wkładzie lekarzy polskich i polskiego pochodzenia do medycyny światowej, a prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Tadeusz Chruściel powiedział m.in. „Jestem lwowiakiem, jest mi szczególnie miło witać kolegów ze Wschodu, którzy nie mogli być z nami przez tyle lat. Teraz opadły bariery...”.

W kaplicy Matki Boskiej Częstochowskiej uroczystą mszę świętą na otwarcie kongresu odprawił prymas Polski kardynał Józef Glemp, który w swej homilii mówił o lekarzu jako znawcy człowieka, nie tylko leczącym, ale rozumiejącym człowieka chorego i cierpiącego. Nawiązując do obrony Jasnej Góry przed Szwedami i obrony kraju przed ateizacją stwierdził, że odniesione zwycięstwa były wbrew wszelkim kalkulacjom, a także wbrew ludzkim nadziejom. Podniósł doniosłe znaczenie inauguracji kongresu w obliczu Tej, która trwa tu od wieków i niesie nieustanną pomoc.

Na samej zaś ceremonii otwarcia obrad, która miała miejsce w największej sali widowiskowej Częstochowy, to jest w filharmonii, doliczono się 1130 gości z kraju, 5 kontynentów i 22 krajów świata. Wśród licznych przemówień inauguracyjnych kongres, na szczególne przypomnienie zasługuje posłanie wiceprezydenta miasta Leszka Mysłowskiego, który powiedział, że wybór Częstochowy na miejsce kongresu nie jest dziełem przypadku, gdyż od wieków spełnia ona rolę integrującą w narodzie, a Władysław Biegański mieszkający w Częstochowie należy do czołowych postaci nie tylko medycyny polskiej, ale i światowej. Prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Jerzy Woj-Wojciechowski z satysfakcją mówił zarówno o powstaniu izb lekarskich, jak i ożywieniu działalności Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, szczególnie na polu współpracy z zagranicą.

Marszałek Senatu, przewodniczący Komitetu Honorowego i prezes Stowarzyszenia „Wspólnota Polska”, Andrzej Stelmachowski z uznaniem stwierdził, że problemy społeczne zawsze były nieobce lekarzom. Mimo, iż uporządkowanie wszystkich spraw dotyczących człowieka jest trudne, pewne elementy duchowe okazały się niezmiennie. Minister zdrowia Władysław Sidorowicz wspominał, że transformacja systemu jest rów-

nocześnie bolesną lekcją prawdy w służbie zdrowia.

W imieniu obecnych na otwarciu kongresu rektorów akademii medycznych zabrał głos rektor Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, Władysław Pierzchała, który nawiązał do wielkich tradycji medycyny polskiej i jej powiązań europejskich, a także do tego, że kształtowanie postaw i przyswajanie systemu wartości, często ważniejsze jest od szczegółowej wiedzy.

W czasie uroczystości inauguracyjnych odczytano część nadesłanych telegramów i listów, m.in. posłanie do lekarzy prezydenta RP Lecha Wałęsy, który szczególnie gratulował organizatorom, że mimo tylu trudności kongres jednak mógł się odbyć. W podobnym tonie był utrzymany list premiera Jana Krzysztofa Bieleckiego. Z zagranicznych gości głos zabrał Metard Czobot z Wilna, który stwierdził, że zawody lekarza, księdza i nauczyciela mają szczególne zasługi w zachowaniu polskości.

Na zakończenie ceremonii otwarcia odbył się koncert muzyki polskiej w wykonaniu Orkiestry Filharmonii Państwowej w Częstochowie z udziałem solistki Ewy Pobłockiej.

*Dokończenie na str. 3*

Każdy lekarz — jako człowiek — zna z introspekcji uczucie lęku i odwagi wobec spotykanych niebezpieczeństw.

Sam zawód zakłada pokonywanie różnego rodzaju trudności, które rodzą się w kontakcie z pacjentem i jego rodziną, z innymi lekarzami i współpracownikami, z oczekiwaniami społeczeństwa, wynikają z konieczności liczenia się z opinią publiczną, z potrzebą dokształcania się itd.

Ponadto do lekarza pacjent zgłasza się nie z innego powodu, jak tylko z lęku przed niebezpieczeństwem zagrażającym zdrowiu czy życiu. Lekarz swoim zawodowym działaniem, a bardziej jeszcze słowem i postawą, winien pomóc choremu opanować lęk, pomóc odważnie zmobilizować żywotne siły do walki o odzyskanie zdrowia, albo — co trudniejsze — do mężnego przyjęcia kalectwa czy też do godnego umierania. Z konieczności więc lekarz przyjmuje wobec chorego rolę przewodnika, wychowawcy na drodze do zdobycia męstwa w przeżywaniu choroby.

Wreszcie cecha męstwa, niezbędna w dojrzłym człowieczeństwie każdego, u niektórych osób wymagana jest w znacznie większym stopniu. Dotyczy to tych, którzy zajmują w życiu publicznym eksponowane stanowiska i mają szeroki zakres oddziaływania społecznego. Wśród lekarzy zawsze jest wielu społeczników, wielu takich, którzy w życiu publicznym odgrywają znaczącą rolę. Kie-

rowanie się przez nich męstwem w działaniu ma kluczowe zadanie w wychowaniu poszczególnych środowisk i całego społeczeństwa.

## Męstwo w życiu lekarza

Lekarz nie może się lękać drugiego człowieka, zwłaszcza człowieka chorego. Winien być gotowy wyjść mu naprzeciw niezależnie od obciążeń, z jakimi pacjent się zgłasza. Nie może bać się chorego psychicznie, uzależnionego od używek, umierającego, chorego zakaźnie, w tym i na AIDS. W konfrontacji z chorobą lekarz winien obiektywnie oceniać własne umiejętności i siły, być gotowym podejmować ważne dla pacjenta decyzje, również te, które wiążą się z ryzykiem oraz pełną odpowiedzialnością. Dla dobra pacjenta

lekarz powinien stale się dokształcać, niezależnie od tego, ile go to kosztuje wysiłku, czasu i pieniędzy. Trudności charakterystyczne dla powojennej Polski, które wyrażają się elementarnymi brakami w zapleczu diagnostycznym, w lekach, w przeciążeniu lekarza obowiązkami nielekarzkimi, w niesprawiedliwie niskich zarobkach, wymagają na co dzień hartu ducha, stałości i wytrwałości w tym, co się robi.

Lekarz, który się boi chorego, odpowiedzialności związanej z pracą zawodową, który rezygnuje z dokształcania się, na absurdalne kłopoty dnia codziennego odpowiada tylko żałami i narzekaniem, sam jak najmniej pracuje i stara się innych ściągnąć do własnego poziomu, nie włącza się w żadne działanie społeczne, uchyla się od pełnienia publicznych obowiązków, poddaje się smutkowi i zniechęceniu — taki lekarz staje się rozsądnikiem bierności, minimalizmu, a nawet nihilizmu. Często zamyka się w sprawach własnej rodziny i to głównie jej potrzeb materialnych. Zanikają więzi koleżeńskie, szersze zainteresowania zawodowe, aktywność społeczna. Łatwo daje o sobie znać zawiść, zazdrość i nienawiść.

Małoduszność we wszelkiej postaci nie zatrzymuje się tylko na dotkniętym nią lekarzu: rozchodzi się na współpracujących

*Ciąg dalszy na str.*



## Męstwo w życiu lekarza

Dokończenie ze str. 2

personel, część pacjentów, na całe środowisko życia. Stanowi hamulec w rozwoju człowieczeństwa i społeczeństwa, rozkładając od wewnątrz jego struktury. Jest największym wrogiem męstwa.

Lekarz winien znać swe zdolności, wiedzę i ogólną wartość. Powinien mieć odwagę podejmowania inicjatywy w leczeniu, w szkoleniu, w organizowaniu życia społecznego, przyjmować odpowiedzialne funkcje zgodne z kompetencjami. Ma również prawo oczekiwać szacunku ze strony społeczeństwa za to, co dobrze robi.

Bywa jednak, że lekarz opanowany zarozumiałstwem, czy próżnością, nie odróżnia fałszywej ambicji od ambicji prawdziwej.

Niejednokrotnie konkursy na różne stanowiska ujawniają brak samokrytycyzmu, nieobiektywną ocenę własnych zdolności i predyspozycji, samochwalstwo. Niechęć korzystania z konsultacji innych lekarzy obniża poziom pomocy niesionej choremu. Ubieganie się za wszelką cenę o stanowiska ważne w życiu społecznym — bez koniecznej kompetencji i odpowiedzialności za sprawy publiczne — powoduje niedowład wielu instytucji zdrowotnych, rozbudowę biurokracji i liczne działania pozorne. Gonitwa za rozgłosem leży u podstaw nieuczciwej reklamy, podrywania autorytetu innym kolegom, porywania się na błyskotliwe, choć nie sprawdzone działania. Lekarz fałszywie ambitny bywa często inteligentny, dlatego nie ujawnia pobudek kierujących nim naprawdę, lecz tworzy wzniosłe ideologie, które w oczach publiczności mają uzasadnić jego działania. Chętnie posługuje się środkami masowego przekazu,

aby kształtować opinię publiczną według swych założeń. Ponieważ o popularności najłatwiej przy pomocy pieniędzy i władzy, dlatego lekarz, o jakim mówimy, będzie podejmował wysiłki dla zdobycia jakiegokolwiek, choćby nawet pozornej władzy. Będzie też czynił wszystko, aby dysponować pieniędzmi.

Lekarze fałszywie ambitni nierzadko zdobywają popularność i honory, pieniądze i władzę. Zajmując eksponowane w życiu publicznym stanowiska mogą mieć wpływ na przebieg wydarzeń, kształtować opinię publiczną, tworzyć prawa, czyli — najogólniej mówiąc — kierować społeczeństwem. Efektem ich działania jest destrukcja życia społecznego przez obniżanie morale pojedynczych osób oraz całych grup społecznych. Dramat tych ludzi polega na tym, że miłość własna przesłania im wszystkie inne motywy działania. Gdyby przesunęli akcent z siebie samych na sprawę, której pozornie służą, mogliby być autentycznym motorem postępu społeczności, w której żyją. Służąc natomiast tylko własnej ambicji, są zaprzeczeniem podstawy męstwa.

Szansa rozwoju każdego człowieka trwa tak długo, jak długo trwa świadome życie. Zawsze jest więc właściwy czas na refleksję nad jakością własnego życia oraz na korektę ewentualnie dostrzeżonych nieprawidłowości. Cechą prawdziwego męstwa jest dostrzeżenie jego braków we właściwej postawie oraz podjęcie wysiłków zmierzających do ich naprawienia.

Trudne czasy, w których żyjemy, wymagają od ludzi wielkości i męstwa. Do wielkości i męstwa jest predysponowany każdy lekarz ze względu na swój zawód, którego godne wykonywanie wiąże się z męstwem na co dzień.

Do męstwa jest powołany każdy z nas.

Wanda Terlecka

## Lekarze emeryci mogą leczyć się sami

Mając na względzie wnioski Naczelnej Rady Lekarskiej o umożliwienie lekarzom emerytom i rencistom wypisywania na własne potrzeby recept realizowanych w aptekach otwartych na zasadach przysługujących emerytom i rencistom, wyjaśniam, co następuje:

1. Z zestawienia § 2 ust. 2 pkt 2 z aktualnym brzmieniem § 17 (przepis ten brzmi: „17. Postanowienia instrukcji stosuje się odpowiednio do lekarzy, lekarzy dentyków, starszych felczerów i felczerów wykonujących zawód poza zakładami społecznymi służby zdrowia”) instrukcji Nr 7/76 ministra zdrowia i opieki społecznej z dnia 15 czerwca 1976 r. w sprawie recept wystawianych przez zakłady społeczne służby zdrowia (Dz. Urz. MZiS Nr 14, poz. 40, z 1978 r. Nr 12, poz. 31 i Nr 19, poz. 54, z 1980 r. Nr 1, poz. 4, z 1988 r. Nr 7, poz. 51 oraz z 1989 r. Nr 6, poz. 35) wynika, że nie ma przeszkód, aby wykonujący zawód lekarze i lekarze dentyści, będący emerytami lub rencistami wystawiali recepty z adnotacją „pro auctore”.
2. Sprawę, czy dany lekarz wykonuje zawód reguluje członkostwo w okręgowej izbie lekarskiej.

W związku z powyższym, lekarz emeryt lub rencista uprawniony jest do wystawiania recept na własne potrzeby, pod warunkiem, że wykonuje zawód, tzn. jest członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej, a na receptce będzie umieszczona adnotacja „pro auctore”.

Natomiast, zaopatrzenie w blankiety recept następuje na wniosek właściwej okręgowej izby lekarskiej, stwierdzający, że lekarz jest członkiem tej izby.

Władysław Sidorowicz

## I ŚWIATOWY KONGRES POLONII MEDYCZNEJ

Dokończenie ze str. 2

Długo pozostanie w pamięci uczestników polska flaga na tle stylizowanej kuli ziemskiej i Eskulapa z hasłem wziętym z myśli Seneki — „Nie dlatego kocha się Ojczyznę, że jest wielka, ale że jest własna”. Następne trzy dni wypełnił program naukowy. Wykład inauguracyjny wygłosił profesor Jan Nielubowicz z Warszawy, będący równocześnie przewodniczącym Rady Naukowej kongresu. W pierwszym dniu obrad odbyła się sesja plenarna nawiązująca do obchodów 200-lecia Konstytucji 3 Maja i 90-lecia Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego. Spośród wielu tematów na szczególne podkreślenie zasługuje sesja poświęcona wkładowi lekarzy polskiego pochodzenia w rozwój współczesnej medycyny. Barbara Szefer-Marcinkowska w zastępstwie autora S. Sterkowicza, wygłosiła referat pt. „Tadeusz Reichstein polskiego pochodzenia, laureat Nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii i medycyny”.

Z zagranicznych gości szczególnie wzruszające było wystąpienie dr Tarnowskiej ze Lwowa o profesorze Rydygierze, który obok wkładu do medycyny światowej, zorganizował I Zjazd Chirurgów, był generałem WP i obrońcą Lwowa. Niestety pomnik jego na cmentarzu obrońców Lwowa dziś już nie istnieje.

Mimo, iż uczestnicy obrad mieli za sobą już czwarty dzień kongresu to tematy praktyczne: Choroba nadciśnieniowa i ostre zapalenie trzustki — cieszyły się niesłabnącą frekwencją. Lekarzowi praktykowi bowiem, bez względu na długość stażu zawodowego, głównie chodzi o to, czy jego stan wiadomości jest zgodny z bieżącym stanem wiedzy, czy też zachodzi potrzeba zmiany postaw i orientacji, czy też można dowiedzieć się czegoś nowego, co nadaje się do praktycznego wdrożenia od zaraz.

W Częstochowie odbył się też sejmik lekarzy polonijnych. Z imprez towarzyszących na szczególną wzmiankę zasługuje plenero-

wy spektakl teatralny „Obrona Częstochowy”, odegrany na tle Wieczernika na Jasnej Górze.

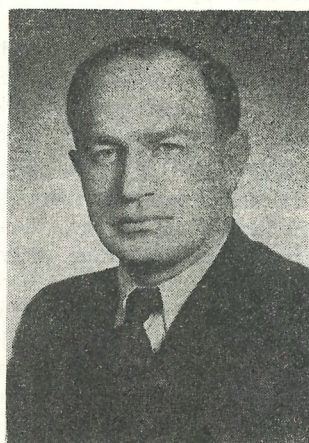
Unia Polskich Pisarzy Lekarzy, w spotkaniu literacko-muzycznym w Biurze Wystaw Artystycznych zorganizowała wystawę utworów niektórych lekarzy-twórców. Była też czynna wystawa dorobku artystycznego lekarzy-twórców połączona z aukcją dzieł sztuki. W organizację imprezy ogromny wkład mieli lekarze częstochowscy, z pomocą Senatu, Ministerstwa Spraw Zagranicznych, ojców paulinów z Jasnej Góry. Przebieg kongresu dowiódł, że istnieje potrzeba organizowania tego rodzaju spotkań mimo kryzysu, niepogody czasów i trudności.

Integracji środowiska polonijnego w zakresie medycyny sprzyjał „spiritus loci” i można przypuszczać, że podobne kongresy, w czasie których można będzie nawiązać kontakty osobiste, odbywać będą się również w przyszłości.

Zbigniew Domosławski



# Wspomnienie o doktorze Aleksandrze Roleckim 1905—1991



22.02.1991 r. odszedł od nas emerytowany adiunkt Zakładu Protetyki Akademii Medycznej, doktor medycyny, Aleksander Rolecki.

Urodził się 10 lipca 1905 r. w miasteczku Hancewicz pow. łunieckiego w województwie poleskim, w rodzinie robotnika fabryki szkła. Naukę rozpoczął w domu i następnie w szkole powszechnej. W pierwszym roku I wojny światowej fabryka szkła została zamknięta i razem z rodziną wyjechał do Moskwy, gdzie ojciec pracował w fabryce luster Koroczkina. Przez okres pobytu w Moskwie ukończył cztery klasy gimnazjum. W 1918 roku powrócił do Hancewicz i do 1922 roku pracował przy budowie szpitala ucząc się dorywczo w domu. Od 1922 uczęszczał do gimnazjum państwowego w Łunincu, gdzie w 1926 uzyskał świadectwo dojrzałości. W roku 1926/27 na podstawie egzaminu konkursowego został przyjęty na Wydział Lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył 21.06.1933 r. Od 7.07.1933 do października 1933 r. pracował w Białostockim Międzykomunalnym Szpitalu dla Nerwowo i Umysłowo Chorych w Choroszcy. Jednocześnie pracował na oddziale chirurgicznym i położniczym szpitala św. Rocha w Białymstoku. Ponadto pracował w laboratorium histopatologicznym i biochemicznym. Wykonał i ogłosił dwie prace „Badania histopatologiczne guzów i mózgu” i „Badania zawartości bromu we krwi u chorych z zaburzeniami snu”. Od 1.10.38 r. do 20.03.1939 r. był słuchaczem Państwowej Szkoły Higieny w Warszawie. Od końca marca 1937 do wybuchu II wojny światowej pracował jako lekarz powiatowy kolejno w Białymstoku, Sokółce i Suwałkach. Do 1939 r. należał do Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej. W czasie wojny wrócił w rodzinne strony i od 17.09.1939 do września 1941 r. pracował na stanowisku kierownika międzyregionalnej stacji sanitarno-epidemiologicznej. Następnie do 1944 r. był kierownikiem oddziału chirurgicznego i położniczo-ginekologicznego szpitala w Hancewiczach, oraz lekarzem oddziału AK „Puszcza”. (Pluton „Hart”, pseudonim „Żuk” Okręg Baranowicz 1943—1944).

W czasie działań wojennych po spaleniu miasta i szpitala w Hancewiczach został wywieziony do Niemiec (Stenberg, Oskau), gdzie do końca wojny pracował jako „Hilfarzt” w Kasie Chorych. Po zakończeniu wojny zorganizował i zebrał z okolic większość Polaków, i jako transport chorych przywiózł do Katowic 17.05.45 r.

Po powrocie do kraju zgłosił się do pracy w służbie zdrowia na ziemiach odzyskanych. Został skierowany do Kołobrzegu, gdzie pracował jako kierownik szpitala powiatowego i ordynator oddziału chirurgicznego i ginekologiczno-położniczego. Po zorganizowaniu na terenie powiatu służby zdrowia i obsadzeniu wszystkich stanowisk lekarzami i personelem pomocniczym, zwolnił się z pracy i udał się do Wrocławia aby poświęcić się pracy naukowej i specjalizacji w chirurgii szczękowej i stomatologicznej. Od 21.01.1947 r. podjął pracę jako starszy asystent i wykładowca Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Wrocławskiego w Klinice Chirurgii Stomatologicznej, a od 1.09.1950 r. w Katedrze Protetyki Akademii Medycznej jako adiunkt, po uzyskaniu stopnia doktora medycyny za pracę „Choroby zawodowe jamy ustnej” Wrocław 1951. Od 20.01.1954 — do 3.03.1955 przebywał na szkoleniu w zakresie stomatologii w Pradze.

Przez 12 lat — aż do chwili przeniesienia w stan spoczynku kierownika Zakładów Protetyki i Ortodoncji prof. dr. Henryka Górczyńskiego — pomagał mu wydatnie i zastępował wielokrotnie w prowadzeniu pracy i kierowaniu katedrą. Opublikował ponadto: „Tymczasowe korony ochronne” (Wrocławski Biuletyn Stomatologiczny 1964, 153—158) i przy współpracy z B. Płonką i J. Malikiem — „Próby zastosowania polimerów perełkowych w odlewnictwie protetycznym”. (Prot. Stom. 1972, 22,2, 133—137). Opracował również recepturę masy termoplastycznej Rolstents używanej do poszerzania czynnościowego przy wykonywaniu protez całkowitych dolnych. Uzyskał Srebrny Krzyż Zasługi w 1938 r. Od 1948—1954 r. był radnym i zastępcą przewodniczącego Komisji Zdrowia Wojewódzkiej Rady Narodowej. Dwukrotnie był zastępcą rzecznika Dolnośląskiej Służby Zdrowia przy Okręgowej Komisji Kontroli Zawodowej. Odznaczony po wojnie Złotym Krzyżem Zasługi i odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”. Od rektora AM otrzymał dyplom za ofiarną i wydajną pracę i był wielokrotnie nagradzany nagrodami rektora za pracę dydaktyczną i naukową. W 1972 r. otrzymał złotą odznakę Akademii Medycznej we Wrocławiu. Na emeryturę odszedł 30.09.1973 r.

Tyle z archiwum i urzędowych dokumentów. A we wspomnieniach? ... Zetknęłam się z Nim na III roku studiów na zajęciach z modelarstwa i już wtedy ogromnie mi zaimpono-

nował. Wystarczyło Mu kilka zręcznych zacięć nożem do gipsu, by z woskowego prostopadłością wyłonił się idealny w proporcjach kiel, siekacz czy też trzonowiec. Później, na zajęciach z materiałoznawstwa i ćwiczeniach przedklinicznych cierpliwie tłumaczył, wyjaśniał, a czasami z humorem dobrotliwie pokpiwał. Pamiętam zaliczenie u Niego, gdy dumna z wykonanej po raz pierwszy w życiu przez siebie korony protetycznej ciągnionotłoczonej dowiedziałam się, że jest to raczej „miniaturowy zdeformowany hełm strażacki”. Życzliwe podejście do studentów ogromnie mobilizowało do pracy i doskonalenia się. Traktował nas serdecznie i po ojcowsku (własnych dzieci nie miał) i do dziś słyszę zapytanie ... a owsiankę dziś jadła? Był jej entuzjastycznym zwolennikiem i, jakbyśmy dziś powiedzieli, propagatorem ekologii, „zdrowej żywności”. Latami dokarmał wraz ze swoim asystentem technicznym p. Kazimierzem Chrobakiem wróbelki i gołębie, które oswojone spacerowały po jego biurku. Ci dwaj starsi panowie będą kojarzyć się zawsze wielu pokoleniom absolwentów stomatologii wrocławskiej z ćwiczeniami na IV piętrze budynku przy ul. Cieszyńskiego 17, gdzie w „sali fantomowej” nigdy nie straszło! — wręcz przeciwnie była serdeczna i ciepła atmosfera.

Doktor Rolecki pozostanie w naszej pamięci na zawsze, a jego charakterystycznego zwrotu „Koleżanko! Kolego!, bardzo będzie nam brakować. Podobnie dosadne: „I w Paryżu nie zrobią z owsa ryżu”, czy też „czymś tam maku nie utrzysz”? Czy nas tak będą wspominać nasi studenci i stażyści?

**Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska**

## Wspomnienie.

W dniu 12.04.1991 r. zmarł w 48 roku życia lek. med. specjalista chirurg **STEFAN SU-DOŁ**. Ziemią rodzinną zmarłego była Rzeszowszczyzna. Studia medyczne podjął we Wrocławiu i ukończył w 1968 r. Bezpośrednio po ukończeniu studiów rozpoczął pracę w Szpitalu L. Rydygiera we Wrocławiu, gdzie pod kierownictwem prof. Leopolda Oleszkiewicza w 1973 roku zdał egzamin specjalistyczny z chirurgii ogólnej, zaś w 1977 uzyskał tytuł lekarza specjalisty z chirurgii ogólnej. W Szpitalu im. L. Rydygiera pracował 19 lat rozpoczynając od stanowiska lekarza stażysty, a kończąc na wykonywaniu obowiązków p.o. ordynatora Oddziału Chirurgii Ogólnej. Odszedł do pracy na Oddziale Chirurgicznym w Środzie Śląskiej, gdzie objął stanowisko ordynatora oddziału.

Ostatni rok jego życia to zmaganie się z chorobą, która doprowadziła do przedwczesnego opuszczenia naszego grona w pełni sił zawodowych. Był przez cały czas swej pracy zawodowej ceniony przez współpracowników — i pacjentów, których leczył — za swą wielką serdeczność i wrażliwość na ludzkie cierpienia.

Dla grona mu bliskich pozostanie na zawsze w pamięci jako kolega — lekarz prosto-linijny, z poczuciem humoru, wysoko ceniący przyjaźń, zawsze lojalny; ceniący godność osobistą i zawodową.

W imieniu grona kolegów

Lek. med. specj. chirurg. Tadeusz Krizar  
Ordynator II Oddziału Chirurgicznego  
Szpitala im. L. Rydygiera.



# PROFESOR DR HABIL. MED. EDWARD SZCZEKLIK

Wrocławski lekarz i uczony.

3 czerwca 1991 roku minęła szósta rocznica śmierci wielkiego lekarza i uczonego człowieka autentycznej wiedzy, kultury osobistej i skromności — Profesora EDWARDA SZCZEKLIKA.

Edward Szczeklik urodził się 18 czerwca 1898 roku w Pilźnie na Podkarpaciu. Studia lekarskie odbył w Uniwersytecie Jagiellońskim i ukończył Wydział Lekarski w 1923 roku. Jako 20-letni student powodowany umiłowaniem wolnej Ojczyzny zaciągnął się do wojska i jako żołnierz witał odzyskanie niepodległości Polski. Po ukończeniu studiów poświęcił się nauce. Jego pierwszym mistrzem był wielkiej klasy uczony — prof. Stanisław Ciechanowski, pod którego kierunkiem pracował w Zakładzie Anatomii Patologicznej. Potem Edward Szczeklik był asystentem w II Klinice Chorób Wewnętrznych kierowanej kolejno przez profesorów W.

Orłowskiego i J. Latkowskiego. Po powrocie ze stypendiów w Paryżu i Wiedniu pracował w Szpitalu św. Łazarza w oddziale chorób wewnętrznych, kierowanym przez prof. A. Oszackiego. Z wybuchem II wojny światowej, we wrześniu 1939 roku Edward Szczeklik przywdział mundur żołnierski i bronił Ojczyzny. Dostał się do obozu jenieckiego, gdzie przebywał przez 3 miesiące, a po zwolnieniu wrócił do pracy w szpitalu. W czasie aresztowania prof. Oszackiego przez gestapo, odsunięciu go od pracy w szpitalu, a następnie po jego śmierci dr Edward Szczeklik był ordynatorem oddziału, merytorycznie równego klinikom. W latach 1945—46 pełnił obowiązki kierownika Zakładu Patologii Ogólnej w Krakowie oraz habilitował się w Uniwersytecie Jagiellońskim z chorób wewnętrznych pod patronatem prof. T. Tempki. W 1946 roku został powołany na kierownika organizującej się I Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu przemianowanej następnie w III Katedrę i Klinikę Chorób Wewnętrznych, mieszczącą się przy ul. L. Pasteura 4.

Mimo związania z krakowską uczelnią, rodziną i rozległą praktyką lekarską Profesor podróżował z Krakowa do Wrocławia, tworząc nową klinikę w odzyskany po wojnie Wrocławiu. Z czasem zamieszkał we Wrocławiu na stałe, odwiedzając często Kraków.

III Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Akademii Medycznej we Wrocławiu stała się znanym ośrodkiem naukowym i leczniczym w kraju i za granicą. Profesor Edward Szczeklik kierował nią przez 22 lata. Stworzył również przy klinice istniejącą do dziś Wojewódzką Poradnię Kardiologiczną, która przez wiele lat była jedynym ośrodkiem konsultacyjnym tego typu na Dolnym Śląsku.

Oprócz własnego dorobku naukowego Profesor kierował pracą naukową i badawczą swoich współpracowników, wykształcił rzeszę lekarzy polskich. Po odejściu na emeryturę działał dalej jako uczony i lekarz. Prawie do końca swego życia przyjmował chorych w Poradni Kardiologicznej. Wyniki naukowej działalności Profesora Edwarda Szczeklika zawierają 700 opublikowanych prac Jego kliniki w kraju i za granicą. Na licznych kongresach naukowych Jego nazwisko jak i Jego szkoły były umieszczane w czołówce interny polskiej. Osiągnięcia naukowe i kliniczne znalazły swe odbicie w wielu wydaniach podręczników zbiorowych napisanych pod Jego redakcją. Były to: „Choroby wewnętrzne”, „Diagnostyka różnicowa chorób wewnętrznych”, „Enzymologia kliniczna”, „Zawał serca”. Przedmiotem zainteresowań

Profesora była diagnostyka i leczenie chorób wewnętrznych, ze szczególnym wyeksponowaniem kardiologii, zwłaszcza zawału serca. Ulubionym tematem była wówczas rozwijająca się dyscyplina kardiologii — elektrokardiografia, co znalazło swój wyraz w licznych publikacjach naukowych. Profesor E. Szczeklik doceniał wpływ matematyki na rozwój nauk medycznych i jej zastosowań w klinice. Związał się początkowo z krakowskim ośrodkiem matematycznym kierowanym przez prof. T. Kochmańskiego, a następnie z wrocławską szkołą matematyczną w postaciach światowej sławy profesorów J. Steinhausa, B. Knastera i T. Perkala. Owocem tej współpracy były liczne publikacje, a wraz z nastaniem techniki komputerowej — oryginalne zastosowania matematyki w klinice, na polu której szczególne zasługi położył znany uczeń Profesora, również profesor medycyny, Tadeusz Bogdanik.

Wybitne zasługi położył Profesor E. Szczeklik w nowej wówczas gałęzi naukowej — enzymologii klinicznej. Jako pierwszy wprowadził do kliniki oznaczanie w surowicy krwi gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP) i wykazał jej wysoką użyteczność diagnostyczną w chorobach wątroby, dróg żółciowych i trzustki.

Wychowankami szkoły Profesora byli i są znani profesorowie w kraju i za granicą: K. Gibiński, M. Kędra, B. Bogdanikowa, T. Bogdanik, W. Tkaczewski, L. Hirnlowa, S. Kotlarek-Haus, M. Orłowski (USA), S. Łukasik, A. Szczeklik (syn Profesora), B. Halawa, A. Gola, K. Gabryś. Wielu wychowanków objęło ordynatury oddziałów chorób wewnętrznych we Wrocławiu i w kraju.

Profesor E. Szczeklik był doskonałym wykładowcą i dydaktykiem dla studentów końcowego roku wydziału lekarskiego. Miał wypróbowany sposób zainteresowania treścią wykładów — w napełnionej studentami sali wykładowej, w obecności swoich asystentów, demonstrował chorych, przeprowadzał wywiad i badał przedmiotowo, a następnie ustalał rozpoznanie, ilustrując jego potwierdzenie badaniami dodatkowymi.

Stosunek Profesora do chorych nacechowany był szacunkiem, mądrym współczuciem i elegancją. Kultura osobista i etyka lekarska były cechami równymi Jego wiedzy. Cechy te miały ogromny wpływ na stworzenie wśród pracowników kliniki atmosfery wzajemnej życzliwości, tolerancji i koleżeńskości. Osobowość Profesora tak silnie oddziaływała na Jego zespół, że w środowisku akademickim i lekarskim przylgnęło do niego określenie „Szczekliowcy”. Większość pracowników Profesora zaczynała swą pracę od wolontariatu w klinice jeszcze jako studenci.

Dokończenie na str. 6

## Profesorowi

„Dziś, jutro, pojutrze  
muszę być w drodze”  
(Łukasz 13, 33)

Profesorowi Edwardowi Szczeklikowi  
w rocznicę Jego odejścia

Z mgły żrenic  
z burzy tętna  
w przystani z zapisanych linii  
z przejrzyistości kropli krwi  
w kodach tajemnic własnego życia  
osaczyłeś nas dobrowolnie i na zawsze  
jak na drzewach coroczna zieleń  
jak na obłokach olśnienie  
jak przystanki naszych miast  
z których już sami  
wyruszamy  
po odczytanie Twoich przykazań  
Wierzmy w stymulator powtórzeń  
dla jednej przyczyny  
mądrości w cierpieniu

Wrocław, 4 czerwca 1991



Dokończenie ze str. 5

Uzyskanie etatu odbywało się na osobisty wniosek Profesora, który podczas wolontariatu czy też stażu wnikliwie obserwował kandydata. Wszyscy, którzy przeszliśmy ten sposób kształcenia, podziwiamy mądrość i doświadczenie Profesora, kiedy wspominamy Go po latach. Klinika Profesora stała otworem dla studentów i lekarzy często specjalizujących się w innych gałęziach medycyny. Przez ten szeroki kontakt Profesor przekazywał charyzmat swojej sztuki lekarskiej, uczył logiki internistycznego myślenia, a trafnością rozpoznania tylko na podstawie wstępnego wywiadu i badania przedmiotowego zaskakiwał najstarszych stażem współpracowników. Wizyty Profesora odbywały się zawsze w określonym czasie i miały swój uświęcony rytuał. Z czasem we wspomnie-

## Profesor Edward Szczeklik

niach Jego uczniów urosły do legendy. Profesor posiadał rzadkie umiejętności: konsekwentnego gospodarowania czasem i wyławiania zainteresowań badawczych młodych lekarzy. Dbał o rozwój naukowy każdego, zwłaszcza młodzieży klinicznej, co znajdowało swoje uwieńczenie w licznych rozprawach doktorskich i habilitacyjnych oraz uzyskiwanych specjalizacjach z interny. Działalność naukowo-kliniczna Profesora rozciągała się również na uzdrowisko w Świeradowie-Zdroju, gdzie leczono chorych z chorobami reumatologicznymi.

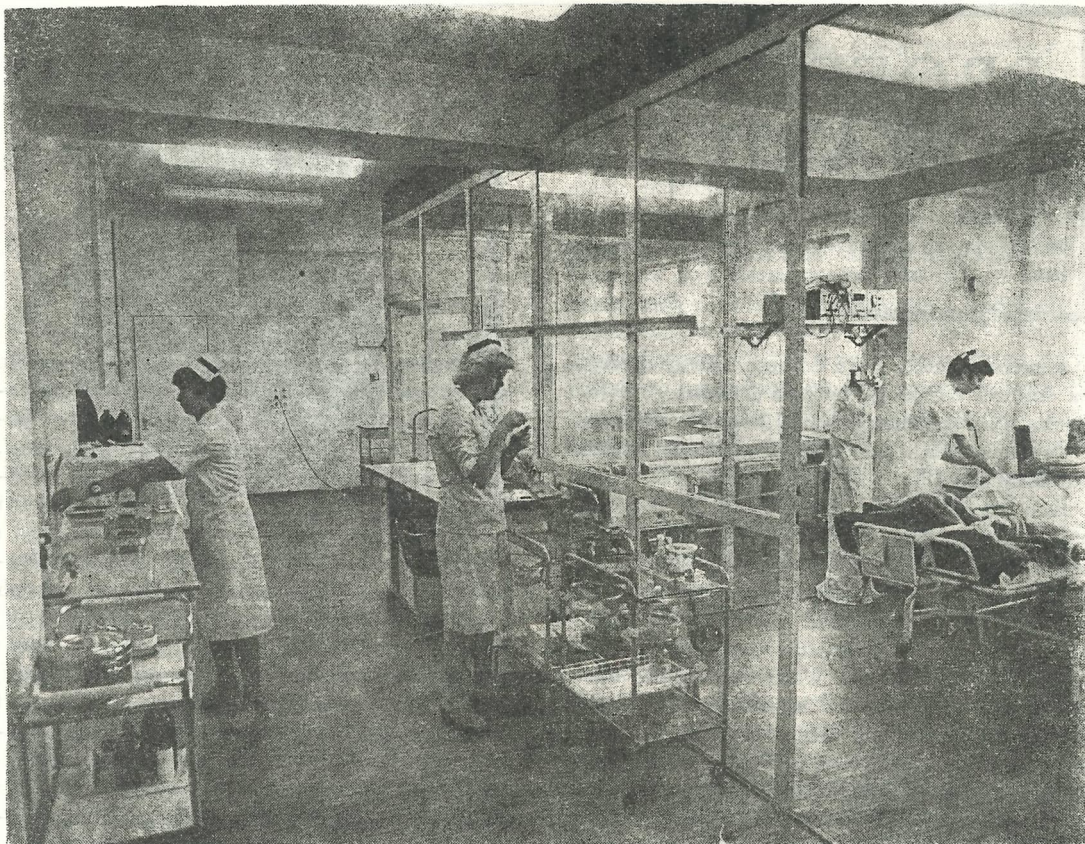
Profesor Edward Szczeklik był członkiem licznych towarzystw naukowych krajowych i zagranicznych. W latach 1964–70 był prezesem Głównego Zarządu Towarzystwa Internistów Polskich. W dowód zasług Towarzystwo Internistów Polskich oraz Polskie Towarzystwo Lekarskie nadało Mu godność członka honorowego. Był laureatem pierwszej nagrody państwowej za badania naukowe. Za zasługi położone dla Ojczyzny otrzymał między innymi Krzyż Komandorski Odrodzenia Polski i odznakę 1000-lecia państwa polskiego. Przez całe życie cechował Go głęboki patriotyzm.

Zmarł 3 czerwca 1985 roku we Wrocławiu otoczony do końca lekarską opieką swej uczennicy — prof. L. Hirnlowej.

Obecnie, kiedy Polska staje się krajem wolnym i zmieniającym w demokratyczny pamięć o tym wielkim Lekarzu, Profesorze pokoleń lekarskich jest konieczna. Ponieważ Wrocław stał się miastem wyboru Profesora, wdzięczna pamięć o Nim zobowiązuje przede wszystkim nas, lekarzy Dolnego Śląska. Doczesne szczątki Profesora spoczywają w rodzinnym grobowcu na cmentarzu w Pilźnie.

Dr n. med. Teresa Świdarska-Błońska  
W niniejszym opracowaniu posłużyłam się:

1. Pol. Arch. Med. Wewn. nr 1(7) str. 70–72, 1986 r. A. Gola, L. Hirnlowa, S. Kotlarek-Haus. Profesor Edward Szczeklik — polski lekarz i uczony 1898–1985.
2. Pol. Tyg. Lek. nr 15 str. 455–456, 1987 r. K. Gibiński: Edward Szczeklik. Wspomnienie.



Złotoryjski oddział intensywnej terapii

## DEKLARACJA

Środowisko lekarzy polskich pragnie pozostawać w stałej łączności i współpracy ze wszystkimi lekarzami i reprezentantami innych zawodów medycznych narodowości polskiej, pracujących w skupiskach polonijnych i rozsianych po całym świecie.

Pragniemy utrzymywać bezpośrednią więź przez:

- 1) przyjazdy przedstawicieli i członków Polonii medycznej oraz ich rodzin do kraju,
- 2) wizyty reprezentantów polskiego środowiska medycznego w skupiskach polonijnych na świecie,
- 3) organizowanie wspólnych konferencji i zjazdów w Polsce i za granicą.

Pragniemy dopomóc w kształceniu przedstawicieli Polonii medycznej w kraju przez:

- 1) organizowanie staży szkoleniowych,
- 2) fundowanie stypendiów specjalizacyjnych i naukowych,
- 3) zapraszanie do udziału w konferencjach i zjazdach naukowych,
- 4) wysyłanie potrzebnych leków i sprzętu medycznego,
- 5) przekazywanie medycznej informacji zawodowej i naukowej.

Pragniemy wykorzystać możliwości Polonii medycznej w krajach zachodnich, a zwłaszcza w wysokospecjalistycznych ośrodkach medycznych przez:

- 1) przyjazdy specjalistów z grona Polonii medycznej w celu szkolenia i konsultacji,
- 2) wysyłanie przedstawicieli polskiego środowiska medycznego do wiodących medycznych ośrodków zagranicznych na szkolenia,
- 3) otrzymywanie nowoczesnej medycznej informacji zawodowej i naukowej.

Cele te zamierzamy osiągnąć na drodze instytucjonalnej przez powołany przy Naczelnej Radzie Lekarskiej Ośrodek Współpracy z Polonią Medyczną oraz przez pomoc Naczelnej Izby Lekarskiej i wszystkich okręgowych izb lekarskich we wszystkich kontaktach osobistych i organizacyjnych środowiska medycznego w kraju i Polonii medycznej.

PREZES

Naczelnej Rady Lekarskiej  
prof. dr med. Tadeusz Chruściel

SEKRETARZ

Naczelnej Rady Lekarskiej  
dr Wojciech Maksymowicz



## Listy do redakcji

## Konkurencja

My — niżej podpisani, lekarze pracujący w rejonie miasta Twardogóra i jej okolicy, zwracamy się z prośbą o nadzór i regulację polityki kadrowej lekarzy na naszym terenie.

Zaniepokojeni jesteśmy bowiem faktem żywiołowego i chaotycznego napływu lekarzy do rejonu Twardogóry w ostatnim czasie, bez uwzględnienia faktycznych potrzeb medycznych tego terenu. Dotyczy to głównie lekarzy zakładających prywatne praktyki, a mieszkających poza terenem Twardogóry, w specjalnościach, w których jest już wystarczająca lub nawet zbyt duża ilość lekarzy.

W rejonie liczącym 13 tys. mieszkańców pracuje 21 lekarzy (etaty ZOZ-u i prywatne praktyki, lekarze zakładowi) i już obecnie odczuwany po ilości przyjmowanych pacjentów, że jest nas za wielu.

Tymczasem dowiadujemy się, że w najbliższym czasie kilku następnych lekarzy zamierza otworzyć prywatną praktykę w Twardogórze, co bezpośrednio prowadzi do przerosłów kadry lekarskiej na tym terenie. Są to dodatkowo lekarze spoza naszego miasta.

Chaos w polityce kadrowej wynika z braku nadzoru nad ilością otwieranych praktyk lekarskich. Tylko sektor państwowy podlega takiej regulacji. O otwarciu praktyki w chwili obecnej decyduje fakt, czy instytucja lub właściciel mieszkania udostępni lekarzowi lokal.

Czujemy się zagrożeni w naszej podstawowej egzystencji. I nie chodzi o to, że boimy się rywalizacji, ponieważ większość z nas posiada dostateczne kwalifikacje zawodowe i uznanie wśród pacjentów, ale przy nadmiernej ilości lekarzy doprowadzi to do „wilczej” walki o przetrwanie — co w głównej mierze odbije się także na pacjentach. Zresztą, uważamy, że jest już dostateczna ilość lekarzy na tym terenie, aby stworzyć warunki do faktycznej „zdrowej” rywalizacji mającej na celu poprawę usług medycznych.

Domagamy się od Izby Lekarskiej w Oleśnicy elastycznego podejścia do tej sprawy i natychmiastowych decyzji regulujących ten ważny dla nas problem.

Po dokładnej analizie dotychczasowych uchwał i statutu izb lekarskich proponujemy następujące działania wyrażające postulat naszego środowiska lekarskiego:

1. Rejestracja wszystkich lekarzy pracujących na danym terenie (dotyczy to państwowej, prywatnej i spółdzielczej służby zdrowia).
2. Pośrednictwo pracy z badaniem rynku pracy dla lekarzy.
3. Lekarz podejmujący praktykę na danym terenie ma obowiązek zgłoszenia tego faktu w terenowych izbach lekarskich na 14 dni przed rozpoczęciem pracy (dotyczy to państwowej, prywatnej, spółdzielczej służby zdrowia). Obowiązuje go też pozwolenie na podjęcie takiej pracy na danym terenie, któ-

re wydaje miejscowa izba lekarska. Pozwolenie takie terenowa izba lekarska wydaje przy zaistnieniu potrzeby zatrudnienia lekarza o danej specjalności (może w tej sprawie zasięgać opinii dyrektora ZOZ-u, a w przypadku praktyk prywatnych, przedstawiciela danego środowiska lekarskiego w izbach lekarskich).

4. Postulujemy, aby wybrany przez nas przedstawiciel naszego środowiska lekarskiego (Twardogóra) wszedł do Zarządu Izby Lekarskiej w Oleśnicy w celu lepszej współpracy i reprezentowania interesów lekarzy w Twardogórze.

5. Na dzień dzisiejszy uważamy, że na naszym terenie jest wystarczająca ilość lekarzy w specjalnościach: pediatria, interna, ginekologia i stomatologia. Wskazane natomiast byłyby praktyki w rzadkich i potrzebnych dla miasta specjalnościach.

6. Pierwszeństwo przy otwieraniu praktyk prywatnych powinni mieć lekarze miejscowi, zamieszkujący rejon Twardogóry (w razie wolnych miejsc).

Powyższe punkty nie są w sprzeczności z dotychczasowymi postanowieniami i ustawami Naczelnej Izby Lekarskiej. Liczymy, że szybka interwencja Izby Lekarskiej w Oleśnicy pomoże rozwiązać nasze problemy oraz będzie dowodem, że izby lekarskie są faktyczną reprezentacją środowiska lekarskiego.

Niniejszym powiadamy, że 21.06.91 r. zostało zawiązane przez niżej podpisanych lekarzy samorządowe, Terenowe Koło Izby Lekarskiej. Przedstawicielem tego koła został (po jawnym głosowaniu) Waldemar Pieńkowski. Koło nasze uznaje zwierzchnictwo Izby Lekarskiej w Oleśnicy.

Waldemar Pieńkowski  
wraz z kolegami

Od Redakcji:

Ingerencja izby lekarskiej w prywatne praktyki nie jest usankcjonowana prawnie. Istnieje wiele kontrowersji w tej sprawie. Część kolegów jest za ograniczeniem ilości praktykujących na danym terenie, część zaś uważa, iż należy działać zgodnie z regułami wolnego rynku. Poza tym — jeśli wydawanie zezwoleń, to i kontrola funkcjonowania gabinetu. Problemem tym zajmuje się m.in. Komisja d/s Prywatnych Praktyk. Prosimy o listy.

## Reformy ciąg dalszy

W odpowiedzi na przysłane do Koła pismo sekretarza DIL dr. med. W. Bednorza odnośnie projektu „Reformy służby zdrowia” w województwie wrocławskim zgłaszamy swoje uwagi:

1. Zgadzaamy się z punktem odnośnie kontroli i dystrybucji leków.
2. Uważamy za słuszne wprowadzenie indywidualnych książeczek zdrowia pacjenta gdzie wypisywane byłyby porady, rozpoznanie, zdjęcia radiologiczne i leczenie bez pisanie przez kalkę i wrywania kartek, bowiem przy obecnej zgłaszalności pacjentów, książeczki takie musiałyby być wielotomowe.

3. Natomiast uważamy, że reforma systemu lecznictwa otwartego jest nie do przyjęcia. Ogranicza się ona bowiem tylko do próby „zreformowania” pracy i płacy lekarzy, tak jakby tylko oni stanowili służbę zdrowia, nie porusza zatrudnienia i sposobu płacy, ogromnej rzeszy personelu administracyjnego i pomocniczego, którego praca jest pochodną pracy lekarzy.

W obecnej sytuacji, kiedy każde zwolnienie pracownika kończy się w Sądzie Pracy, a uzyskane ze zwolnienia zbędnych pracowników fundusze nie mogą być rozdzielone na tych, którzy efektywnie pracują — nie może być mowy o żadnej sensownej reorganizacji w służbie zdrowia. Tworzenie w projekcie nowych konsorcjum, unii, korporacji i rad nadzorczych zwiększy tylko zatrudnienie urzędników.

Reforma winna polegać na ubezpieczeniach społecznych. Należy przeanalizować przydatność każdego pracownika służby zdrowia i zlikwidować wiele stanowisk pracy, sensownie ustawić relacje płacowe, z wyłączeniem siatki płac lekarzy z ogólnego taryfikatora.

4. Wreszcie konkretnie zająć się walką z alkoholizmem, narkomanią i AIDS i przestać traktować ten problem marginalnie.

Dolnośląska Izba Lekarska  
Koło Lekarzy

przez  
Przemysław Zespole Opieki Zdrowotnej  
Wrocław-Psie Pole  
Aleksandra Lesińska

## Niczego nie ukrywamy

Dziwne było to zebranie delegatów DIL 13 czerwca br. w sprawie przedyskutowania projektu reformy służby zdrowia przedstawionego przez dra Stanisława Cebratę — przewodniczącego Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej we Wrocławiu. Zebranie to właściwie powinno zostać zakończone na samym wstępie, po celnej wypowiedzi pierwszego dyskutanta, dra Węgrzy- na, której treścią było stwierdzenie, że aby coś sensownego powiedzieć, trzeba być kompetentnym.

Kilkugodzinna dyskusja polegała na permanentnym tłumaczeniu projektodawcy — nie lekarzowi, na czym polega praca lekarza w szpitalu i przychodni, na udowadnianiu nieistnienia imputowanego przez projektodawcę rozdziewku między lekarzami i farmaceutami, na wyjaśnianiu, że komputeryzacja aptek nie jest najpilniejszą potrzebą znajdującej się u granic wydolności służby zdrowia.

Nieprawdą jest, zdaniem dra Cebratę, nieistnienie alternatywnych projektów. Zgłosił chęć wygłoszenia takiego programu dr Bielawski, mówił także o innych projektach dr Pałka. Moja propozycja, aby dać możliwość wygłoszenia w skrócie doktorowi Bielawskiemu swojego projektu reformy, została przez przewodniczącego zebrania niezaakceptowana.

Dokończenie na str. 8



## Listy do redakcji

Dokończenie ze str. 7

Dlaczego projekt dra Cembrata nie uzyskał akceptacji, pomimo faktu, że środowisko nasze z determinacją oczekuje reform?

— projekt w zasadzie ogranicza swój zasięg przede wszystkim do lecznictwa otwartego, nie wnikając głębiej w problematykę lecznictwa zamkniętego, które w znacznej części pochłania budżet służby zdrowia,

— nie odnosi się w sposób twórczy do podstawowej modelowej jednostki, którą należy stworzyć — lekarza domowego,

— nie rozdziela w sposób wyraźny kompetencji organów państwowych oraz samorządowych służby zdrowia (Izby Lekarskiej oraz Komisji Ochrony Zdrowia i Opieki Społecznej Rady Miejskiej),

— nie porusza szeregu innych ważnych zagadnień, z których najważniejszą i najpilniejszą jest problem ubezpieczeń społecznych.

Piszę te słowa bez większej nadziei, że ukażą się one w „Biuletynie DIL”. Mam obawę, że znajdując się w redakcyjnym koszu, podobnie jak i mój, zaadresowany do „Biuletynu” list z listopada ub. roku. Pozwoliłem sobie w nim przedstawić własne stanowisko, stając w obronie społeczności lekarskiej, która na pamiętnym zebraniu z przedstawicielami Rady Miejskiej w czerwcu 1990 r., została przez projektodawcę omawianej reformy, dra Cembrata, potraktowana, łagodnie określając, bardzo nieelegancko i bardzo nieaktownie.

Andrzej Kierzek

Od Redakcji:

Jak widać list Pański trafił na łamy Biuletynu. Tajemniczą natomiast sprawą jest los pańskiego poprzedniego listu, który z całą pewnością nie dotarł do nas i dlatego nie został opublikowany.

Zamieszczamy wszystkie listy — bez względu na poglądy ich autorów.

**Gminny Ośrodek Zdrowia w Olszynie k. Lubania (8 km od Lubania i 7 km od Gryfina) zatrudni**

**MAŁŻEŃSTWO LEKARSKIE**  
(internista z pediatrą)

Mieszkanie z wygodami zapewnione — około 90 m<sup>2</sup>. Możliwość pracy w Lubaniu. Praktyka prywatna w Ośrodku Zdrowia.

**Kontakt — Urząd Gminy w Olszynie lub tel. Luban 35-50 — wójt Gminy**

## W telegraficznym skrócie

26 czerwca 1991 r. w lokalu Delegatury DIL w Wałbrzychu odbyło się spotkanie przewodniczących środowiskowych samorządów lekarskich Świdnicy, Kłodzka, Dzierżoniowa-Bielawy i Wałbrzycha. W czasie spotkania prezentowane były opinie na temat aktualnej sytuacji w środowiskowych organizacjach samorządu lekarskiego na terenie województwa wałbrzyskiego oraz dyskutowano zakres i formy współpracy między poszczególnymi organizacjami samorządowymi w województwie.

W opinii zebranych przeważało zdanie, że w dużych środowiskach lekarskich notuje się wzrost znaczenia organizacji samorządowych, których działalność jest bardziej widoczna, mają one większy autorytet i znaczną rolę opiniotwórczą w lokalnych społecznościach. Dzięki temu organizacje samorządowe stały się realnym partnerem dla miejscowej administracji służby zdrowia i samorządu terenowego. Wyraźnie gorzej oceniono działalność małych kół terenowych samorządu lekarskiego skupionych wokół małych szpitali, sanatoriów itp. Organizacje te działają często w cieniu związków zawodowych, niejednokrotnie podzielone nie prezentują odpowiednio dużej „siły przebicia” w dyskusjach z władzami terenowymi. Stąd wielokrotnie podkreślano konieczność integrowania środowisk lekarskich i pilną potrzebę współpracy między kołami terenowego samorządu.

Zgodnie ustalono celowość ponownych spotkań przedstawicieli środowisk lekarskich województwa wałbrzyskiego w rozszerzonym gronie. Dotyczy to zwłaszcza problemów wynikających z decyzji administracyjnych władz służby zdrowia, a dotyczących żywotnych interesów środowisk lekarskich.

\* \* \*

W ramach działalności samorządu lekarskiego Delegatury Wałbrzyskiej DIL jego aktywni przedstawiciele zajęli się analizą warunków płacy i pracy w niektórych jednostkach służby zdrowia.

W wyniku tego stwierdzono nieprawidłowości w zaszeregowaniu niektórych grup lekarzy zwłaszcza na terenie PPU „Szczawno-Jedlina” w Szczawnie Zdroju polegające na nie uwzględnieniu regulacji płac lekarzy od 1 października 1990 r. (Dz.U. nr 25, poz. 148) jak i od 1 stycznia 1991 r. (Dz.U. nr 32, poz. 136).

Po spotkaniu z Dyrekcją PPU „Szczawno-Jedlina” i przedstawicielami Delegatury Wałbrzyskiej DIL uzyskano zmianę zaszeregowania uposażenia zasadniczego lekarzy zgodnie z obowiązującymi przepisami z dniem 1 kwietnia 1991 r.

Dyrekcja PPU „Szczawno-Jedlina” odmówiła wyrównania należnych kwot od 1 października 1990 roku motywując to brakiem jakichkolwiek możliwości finansowych.

Obecnie jest dyskutowana możliwość wystąpienia na drogę sądową celem wyegzekwowania należnych kwot wynagrodzenia.

Jan Adamus



## Lato...

15 czerwca br. odbył się w Sokolcu III Plener Medyków środowiska wałbrzyskiego. Wzięło w nim udział 80 osób. Spotkanie rozpoczęły igrzyska sportowe (rzuty do puszek po piwie oraz turniej tenisa stołowego). Drugi punkt programu stanowił występ kabare-

tu przygotowanego przez Lili Fontello (vel Kazimierza Bojarskiego). Plener zakończyły długie medyków rozmowy przy suto zastawionym stole.

Na zdjęciu — Lili Fontello w konkurencji rzutów do puszek.



# DYREKTOR ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ODDZIAŁ WE WROCŁAWIU

OGŁASZA KONKURS  
na stanowisko

## LEKARZA — WOJEWÓDZKIEGO INSPEKTORA ORZECZNICTWA INWALIDZKIEGO

Kandydaci przystępujący do konkursu powinni spełniać następujące warunki:

- wykształcenie wyższe medyczne
- drugi stopień specjalizacji
- preferowany wiek do 45 lat
- doświadczenie w zakresie orzecznictwa inwalidzkiego
- nie mogą wykonywać praktyki prywatnej.

Kandydaci zobowiązani się do przedstawienia następujących dokumentów:

- kwestionariusza osobowego z fotografią
- życiorysu
- odpisu dyplomu i świadectw kwalifikacyjnych
- opinii z ostatnich 3 lat pracy
- zaświadczenia o stanie zdrowia.

Zgłoszenia wraz z dokumentami należy składać w ZUS-ie, Oddział we Wrocławiu, ul. Pretficza 9/11, Wydział Spraw Pracowniczych i Socjalnych, pokój nr 409 lub 417, tel. 616013—19, wewn. 235 lub 458.

Termin składania zgłoszeń upływa w dniu 25 września 1991 r. Zastrzega się prawo nieskorzystania z oferty bez podania przyczyny.

Gminny Ośrodek Zdrowia  
w Krośnicach ZOZ Milicz  
zatrudni

### LEKARZA PEDIATRĘ

chętnie małżeństwo lekarskie.  
Zapewniamy komfortowe mieszkanie.

Warunki pracy i płacy do uzgodnienia z dyrektorem ZOZ w Miliczu, telefon 40-589, kierunkowy z Wrocławia 0728.

Zarząd Gminy i Miasta w Mirosławcu (woj. pilskie)  
zatrudni w przychodni Rejonowej w Mirosławcu

### lekarza internistę i lekarza ogólnego

Zapewniamy mieszkania o wysokim standardzie (wc, łazienka, co, gaz).

- 1) mieszkanie 4 pokojowe (110 m<sup>2</sup>) w budynku wolno stojącym — trzyrodzinnym
  - 2) mieszkanie 4 pokojowe (68,4 m<sup>2</sup>) w budynku wielorodzinnym.
- Oferty kierować na adres:

Urząd Gminy i Miasta  
78-650 Mirosławiec, pl. Wolności 37

## Sprawdź swoją wiedzę

(Multiple Choice Questions in Paediatrics,  
Nigel Speight)

W ostrym ataku astmy nie ustępującym po zastosowaniu wziewnego środka rozszerzającego oskrzela ogólnie przyjętym sposobem leczenia jest:

- a. Beclomethasone w inhalacji
- b. krótka doustna terapia Prednisolonom
- c. doustne podanie Ketotifenu (Zaditenu)
- d. doustne podanie Propranololu
- e. Aminofilina dożylnie.

Określ, które punkty są fałszywe (F), które prawdziwe (P) i uzasadnij.

Rozwiązanie:

- a. F Beclomethasone jest bardzo efektywnym i cennym lekiem w długoterminowym prowadzeniu astmy. Jednakże ma małe zastosowanie w ostrym ataku.
- b. P Brak odpowiedzi na środki rozszerzające oskrzela może wynikać z obrzęku śluzówki i obfitej wydzieliny. Wczesne zastosowanie sterydów jest rozsądne w świetle ich opóźnionego działania. Takie postępowanie może zapobiec pogorszeniu, a także skrócić atak.
- c. F Ketotifen nie ma zastosowania w leczeniu ostrych ataków astmy.
- d. F Propranolol jest beta-blokerem i jest absolutnie przeciwwskazany u wszystkich pacjentów z astmą.
- e. P Aminofilina jest bezpiecznym, efektywnym i przyjętym ogólnie lekiem do zastosowania w ostrym ataku astmy. Działa synergistycznie z beta-agonistami takimi jak Salbutamol. Należy ją podawać wolno (5—10 min), a także zmniejszyć dawkę jeśli była stosowana wcześniej doustnie.

Zespół Opieki Zdrowotnej Wrocław-Krzyki, ul. Pretficza 22  
zatrudni

5 lekarzy ogólnych (internistów),

1 lekarza chirurga,

1 lekarza ortopedę (1/2) etatu.

Blizszych informacji udziela dyrektor ZOZ-u pod tel. 61-95-52.



# Diagnostyka śmierci człowieka...

Stanowisko Krajowych Zespołów Specjalistycznych w dziedzinach anestezjologii i intensywnej terapii, neurologii, neurochirurgii i medycyny sądowej w sprawie kryteriów śmierci mózgu.

Śmierć jest zjawiskiem zdysocjowanym. Oznacza to, że śmierć ogarnia tkanki i układy w różnym czasie. Powoduje to dezintegrację ustroju jako całości funkcjonalnej i kolejno trwałe wypadanie poszczególnych funkcji w różnej sekwencji czasowej. Zatem niektóre funkcje układów lub ich części mogą utrzymywać się w oderwaniu od innych już wcześniej obumarłych.

Śmiercią człowieka jako zintegrowanej jednostki jest definitywne ustanie krążenia krwi lub definitywne ustanie funkcji mózgu.

W klasycznej definicji śmierci czynnikiem kwalifikującym jest ostateczne ustanie krążenia krwi. Definicja ta miała i ma nadal uzasadnione powszechne zastosowanie z wyjątkiem tych przypadków zgonu, w których w sposób szczególnie wyraźny ujawnił się zdysocjowany charakter śmierci. Są to przypadki, w których śmierć objęła już mózg, a pozostało krążenie krwi, czynne jeszcze przez pewien czas. W tych ostatnich przypadkach należy posługiwać się tzw. nową definicją śmierci. W jej ujęciu kryterium kwalifikującym jest śmierć mózgu.

Zarówno śmierć człowieka, w oparciu o kryterium krążeniowe, nie oznacza, że z jej nastąpieniem wszystkie tkanki i komórki są martwe, jak również śmierć człowieka, w oparciu o kryteria śmierci mózgu jako całości, nie oznacza, że z chwilą jej nastąpienia wszystkie części mózgu i jego komórki są już martwe.

W śmierci mózgu jako całości czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego. Jej stwierdzenie jest warunkiem koniecznym, ale i wystarczającym, aby uznać śmierć mózgu jako całości, a tym samym śmierć człowieka.

Diagnostyka śmierci człowieka w ujęciu definicji klasycznej opiera się wyłącznie na typowych objawach klinicznych ustania funkcji serca. Nie są zatem wymagane dla potwierdzenia ustania krążenia krwi takie badania, jak np. oznaczanie rzutu minutowego serca, elektrokardiografia lub angiografia wieńcowa. Dostatecznie długi upływ czasu od chwili ustania krążenia doprowadza do utrwalenia zmian w innych układach i tkankach, czyniąc z nich zmiany nieodwracalne.

Podobnie diagnostyka śmierci człowieka w ujęciu tzw. definicji nowej opiera się na objawach klinicznych nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgowego. Jest ono reprezentatywne dla śmierci mózgu jako całości.

Stwierdzone nieodwracalne uszkodzenie strukturalne mózgu, jako przyczyna zniknięcia funkcji pnia mózgu i dostatecznie długi upływ czasu, stanowią wraz z objawami klinicznymi dowód śmierci mózgu jako całości.

Również i tutaj nie są wymagane dla potwierdzenia śmierci mózgu takie badania, jak np. elektroencefalografia czy angiografia mózgowa.

Powyższy wywód obrazuje nie tylko istotne składniki diagnostyki śmierci w ujęciu klasycznym i tzw. nowym, ale także ewolucję samej definicji śmierci człowieka.

Przebiega ona 3 etapy różniące się w zakresie czynników kwalifikujących i sformułowań:

1. Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza ono natychmiastową śmierć wszystkich komórek ciała (definicja klasyczna).

2. Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów (definicja tzw. nowa).

3. Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć mózgu jako całości. Niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Wszelkiego rodzaju rozpoznanie jest umową medyczną stwierdzającą, że wystąpienie ustalonej ilości cech dynamicznych i statycznych stanowi zestaw kryteriów charakterystycznych dla konkretnej choroby lub stanu.

Kryteria te doznają w ujęciu historycznym również typowej ewolucji, wynikającej z doświadczenia medycznego zebranego w upływie czasu i ze statystyki.

Z reguły po pewnym czasie funkcjonowania umowy okazuje się, że zestaw kryteriów jest nie dość liczny, aby umożliwiać pewne rozpoznanie. Wymaga on zatem ilościowego poszerzenia o nowe cechy lub przynajmniej o nowe metody.

Jednakże kolejny okres doświadczenia lekarskiego i korzystanie ze statystyki matematycznej wskazuje, że w tym ilościowo i jakościowo poszerzonym zestawie tylko kilka nielicznych kryteriów (objawów) ma znaczenie istotne; inne mają znaczenie jedynie dodatkowe.

Rezultatem takiego podejścia do problematyki rozpoznania jest tendencja odwrotna do poprzedniej, tj. dążąca do zmniejszenia ilości cech w zestawie i oparcie go na cechach znaczących.

W takim spojrzeniu również i diagnostyka śmierci doznała ewolucji i przewartościowań, przechodząc kolejne etapy:

— od śmierci całego człowieka do śmierci człowieka jako całości w wyniku definitywnego ustania krążenia krwi (definicja klasyczna),

— od śmierci człowieka jako całości w wyniku ustania krążenia krwi, do śmierci całego mózgu (definicja tzw. nowa),

— od śmierci całego mózgu do śmierci mózgu jako całości w wyniku śmierci pnia mózgowego (definicja tzw. nowa zmodyfikowana).

Tak sformułowane etapy ewolucyjne definicji uwypuklają istotne znaczenie merytoryczne różnicy pomiędzy dwoma określeniami: „cały” i „jako całość”.

Określenie „cały” oznacza wszystko bez reszty.

W odniesieniu do śmierci oznacza ono śmierć wszystkich bez wyjątku składników obiektu analizowanego w aspekcie życia.

Natomiast określenie „jako całość” oznacza więź łączącą razem wszystkie składniki.

W odniesieniu do śmierci oznacza ono zerwanie życiowo istotnej więzi pomiędzy składnikami obiektu analizowanego w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe.

Zmodyfikowanie ujęcia śmierci człowieka w oparciu o śmierć mózgu jako całości, w której czynnikiem kwalifikującym jest śmierć pnia mózgowego, jest wynikiem poszerzenia wiedzy medycznej w zakresie tanatologii, doświadczenia lekarskiego i badań statystycznych. Stanowi ono dalszy postęp w taktyce intensywnej terapii, której wyznacza nowe granice rozsądnej stosowalności. Czyni z niej zatem działania medyczne nie tylko bardziej rozsądne, ale i bardziej moralne, albowiem kładzie kres praktyce sztucznego wentylowania zwłok, stosowanej aż do wystąpienia spontanicznego zatrzymania krążenia krwi.

Zaprzestanie terapii w odpowiednim momencie pozwala nie tylko uniknąć marnotrawstwa leków, sprzętu i sił ludzkich, ale także wcześniej i lepiej wykorzystać te możliwości do ratowania żyjących.

(c.d.n.)

## ZOZ Bolesławiec (woj. Jelenia Góra)

### z a t r u d n i

1. w Nowogrodźcu (mały szpital) **małżeństwo lekarskie — internista + pediatra.**

Oferujemy mieszkanie w GOZ — wolno stojący budynek z garażem (127 m<sup>2</sup>). Dla osoby samotnej (lekarza medycyny) — 2 pokoje z kuchnią.

2. w WOZ Wykroty — **małżeństwo lekarskie — stomatolog + lekarz ogólny** (mieszkanie w WOZ, 4 pokoje o pow. 90 m<sup>2</sup>). Możliwość specjalizacji w Bolesławcu (14 km) lub Lubaniu (12 km).



# Przejrzyjmy sami na oczy póki czas...

Pan

Prof. dr med. Tadeusz L. CHRUSCIEL  
Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej  
WARSZAWA

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Okulistycznego został zawiadomiony o powstawaniu w Szklarskiej Porębie, na terenie woj. jeleniogórskiego, szpitala okulistycznego, którego budowę finansuje i który ma prowadzić spółka lekarska radziecko-polska. W szpitalu tym ma się dokonywać „nowoczesnych laserowych operacji oka”.

Ponieważ ani celowość organizowania takiego oddziału szpitalnego, ani programowany zakres jego świadczeń nie zostały przedstawione do akceptacji osobom sprawującym nadzór specjalistyczny w dziedzinie okulistyki, tak w regionie jak i w kraju, możemy jedynie uważać za wysoce prawdopodobne, że lekarze radzieccy mają zamiar stosować tam operację *keratotomii radialnej*. Od kilku bowiem lat operacja ta, jak również inne operacje mające na celu zmniejszenie stopnia krótkowzroczności — były wykonywane u polskich obywateli na terenie szpitali wojsk radzieckich w Legnicy i Świdnicy. Ze względu na obowiązujące do niedawna prawo, uznające bazy radzieckie za obszary eksterytorialne, nie mieliśmy jako Polskie Towarzystwo Okulistyczne wpływu na postępowanie lekarzy radzieckich. Mogliśmy jedynie obserwować w naszych szpitalach i Klinikach AM we Wrocławiu, Poznaniu i Szczecinie chorych, którzy nieodwracalnie stracili wzrok w wyniku wcześniejszego leczenia operacyjnego przez lekarzy radzieckich metodami stanowiącymi ewidentny błąd w sztuce. Takim postępowaniem było np. operacyjne usuwanie przejrzystej soczewki oka z wysoką

krótkowzrocznością, w celu zmniejszenia jej stopnia.

W wyniku powikłań, których wysokie prawdopodobieństwo jest znane każdemu prawidłowo wykształconemu okuliście, niektóre tak operowane osoby już utraciły wzrok w wyniku ciężkich form odwarstwienia siatkówki.

Zabieg noszący nazwę *keratotomia radialna* polega na promienistym nacinaniu rogówki w celu jej spłaszczenia, przez co można uzyskać zmniejszenie niskich stopni krótkowzroczności — maksymalnie w granicach do 6.0 dioptrii. Najczęstszą motywacją do poddania się tej operacji są względy kosmetyczne — nie noszenie okularów.

*Keratotomia radialna* jest zabiegiem technicznie prostym, o czym świadczy fakt, że może być przeprowadzana ambulatoryjnie. Nacięcia można wykonywać nożem do mikrochirurgii, może także je wykonywać EXCI-MER LASER. W Polsce mamy ośrodki dysponujące pełną możliwością wykonywania tych zabiegów. Są to Kliniki AM w Bydgoszczy, Katowicach i Warszawie. Niewprowadzanie ich jednak w Polsce na większą skalę ma inne uzasadnienie, niż brak aparatury lub znajomości techniki operacyjnej. Chodzi tu nie tylko o kontrowersyjność samej decyzji operacji oka, która mając niewielką wadę optyczną, jest zdrowe, a więc operacji nie wymaga, ale także o możliwość powstawania późnych, odległych nawet o wiele lat, degeneracji operowanej rogówki, prowadzących do jej zmnienienia.

O stopniu zagrożenia świadczy fakt, że od kilku lat w USA jest ono przedmiotem badań prowadzonych w ramach programu PERK Study (*Prospective Evaluation of Radial Keratotomy*).

Powyższe, skrócone naświetlenie tego problemu przedstawiamy w celu podkreślenia, iż Polskie Towarzystwo Okulistyczne nie tylko nie stwierdza potrzeby otwierania na terenie naszego kraju szpitala okulistycznego prowadzonego przez lekarzy radzieckich, ale widzi duże niebezpieczeństwo w bezkrytycznym propagowaniu stosowanych przez nich metod leczenia, które przez swoją pozorną efektywność przyciągają nieświadomych ewentualnych zagrożeń pacjentów.

Polskie Towarzystwo Okulistyczne stwierdza ponadto, iż w chwili obecnej liczba okulistów w kraju jest dostateczna, a przy likwidacji przemysłowej służby zdrowia, może okazać się nadmierna. Dlatego też PTO występuje aktualnie do MZ z propozycją zmniejszenia liczby specjalizujących się, przedstawiając równocześnie nowe projekty kształcenia w zakresie okulistyki, w celu utrzymania kwalifikacji specjalistów na poziomie odpowiadającym europejskiemu.

W tych warunkach wszelkie decyzje o wydawaniu prawa wykonywania zawodu obcokrajowcom muszą podlegać ostrym kryteriom, a ewentualna decyzja o jego wydaniu nie może zapaść bez dokonywanej przez Zespół Specjalistów Krajowego weryfikacji wykształcenia specjalistycznego.

Mamy nadzieję, że zwracając uwagę Pana Profesora na przedstawiony problem uzyskamy decyzję, która uniemożliwi powstanie na terenie naszego kraju placówki, mogącej przynieść społeczeństwu wiele szkody.

Przewodnicząca ZG PTO  
Prof. dr hab. H. Zygułska-Mach

Sekretarz Generalny  
Doc. dr hab. H. Niżankowska

Od Redakcji:

W ostatnich miesiącach kilku lekarzy z ZSRR zwróciło się do DIL z prośbą o wyrażenie zgody na prawo wykonywania zawodu na terenie naszej izby. Rozpatrywano poszczególne podania. Wobec narastających trudności w znalezieniu pracy, z którymi borykają się nasi koledzy, Prezydium DIL nie poparło starań żadnego z kandydatów. Przypomnijmy, że prawo wykonywania zawodu wydaje obcokrajowcom Naczelna Rada Lekarska po zasięgnięciu opinii rad okręgowych.

Powyżej zamieszczony tekst, sygnowany przez przewodniczącą i sekretarza Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, informuje o prywatnym szpitalu spółki jeleniogórsko-nowosybirskiej. Podobno w Jeleniej Górze aż huczy od plotek na ten temat...

## 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.



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”

## Podziękowanie

Wyrazy szacunku i serdeczne podziękowania za objęcie opieką lekarską 40 osobowej grupy dzieci z rejonu Czarnobyła, przebywających w maju w Cieplicach

**dr Zofii Gajderowicz**  
dyrektorowi

Wojewódzkiego Szpitala Nr 2  
w Jeleniej Górze, za organizację zespołowi pracowników laboratoriów Wojewódzkich Szpitali Nr 1 i 2 za wykonanie badań laboratoryjnych,

**dr. Jerzemu Aleksandrowiczowi**  
zastępcy ordynatora oddziału  
dziecięcego, przewodniczącemu

Koła Izby Lekarskiej

Wojewódzkiego Szpitala  
za przebadanie tej grupy dzieci  
składa

Spółeczny Komitet

Organizacyjny

we Wrocławiu

mgr Orest Sorokiewicz

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

## Z zapisków medycyny sądowej

Późną jesienią, wieczorem, pogotowie ratunkowe w średniej wielkości mieście wezwane zostało do młodego mężczyzny. Jako powód wezwania podano „wypadek, spadł z motoroweru, leży nieprzytomny na drodze”. Lekarz pogotowia rozpoznał u niego „uraz głowy, upojenie alkoholowe” i przewiózł go do szpitala. W izbie przyjęć mężczyzna zbadany został przez młodego lekarza (bez specjalizacji), wykonano także badanie rtg czaszki. Kontakt z nim nie uzyskano. Lekarz polecił by pozostawiono go na noszach w sąsiednim pokoju i tam pielęgniarka obserwowała go. Pielęgniarka — jak potem wyjaśniła prokuratorowi — obmyła „lekko” chorego, zauważyła krew na włosach, chory był zanieczyszczony i cuchnął, chyba spał, bo „normalnie oddychał”. Mierzyła mu co godzinę tętno i ciśnienie krwi, które „nie były takie złe”. Prowadzoną przez siebie kartę obserwacji zgubiła, a chorego zapomniała wpisać do księgi ambulatoryjnej, lekarz tak-

że nie wpisał nigdzie danych o chorym. Rano, kończąc dyżur lekarz, po obejrzeniu chorego i stwierdzeniu utrzymującego się

## Obrażenia głowy czy upojenie alkoholowe?

braku kontaktu, polecił odwieźć go karetką przewozową do domu i przekazać rodzinie. W czasie transportu do domu chory „mruczał i trochę się ruszał”.

Zona chorego opisała w zeznaniach, że około 7.30 przywieziono karetką jej męża. Dwu mężczyzn wniosło go na noszach do kuchni i zrzuciło na podłogę „jak jakiś przedmiot”. Powiedzieli jej, że mąż miał wypadek, przez noc był w szpitalu i jak się nie obudzi do 15.00, żeby wezwała pogotowie. Mąż przez następne godziny leżał bez ruchu na podłodze, okresowo charczał, oddał pod siebie moc. O godzinie 15.00 żona wezwała Pogotowie Ratunkowe. Przybyły lekarz stwierdził: „stan nieprzytomny, sztywność karku, ranę tłuczoną i guzowaty obrzęk na głowie, widoczne przez skórę przemieszczone odłamy złamanego obojczyka lewego” i przewiózł chorego do pobliskiego szpitala w mieście wojewódzkim. W szpitalu stwierdzono objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i w trybie pilnym wykonano zabieg obustronnej trepanacji czaszki. Śródoperacyjnie stwierdzono po stronie prawej krwiak podtwardówkowy, wypływający pod ciśnieniem, skąpy krwiak nadtwardówkowy po stronie lewej oraz obrzęk i obustronne stł-

Dokończenie na str. 13



Dziekan Wydziału Lekarskiego  
Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

## ogłasza konkurs na stanowisko KIEROWNIKA

Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Opieki Instytutu Kardiologii Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach

O tę funkcję mogą ubiegać się kandydaci — samodzielni pracownicy nauki, którzy posiadają:

- co najmniej stopień naukowy doktora habilitowanego,
- znaczny dorobek naukowy oraz praktykę zawodową,
- doświadczenia dydaktyczne.

Do podania proszę uprzejmie dołączyć:

- życiorys z uwzględnieniem przebiegu pracy zawodowej i naukowej,
- dokumentację stwierdzającą posiadanie stopnia naukowego, względnie tytułu naukowego,
- spis prac naukowych.

**TERMIN PRZYJMIOWANIA ZGŁOSZEŃ — 23 sierpnia 1991 r.**

**PRZEWIDYWANY TERMIN ZAKOŃCZENIA KONKURSU — 20 września 1991 r.**

Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Pracowniczych

Sekcja Nauczycieli Akademickich

Katowice, ul. Poniatowskiego 15.

Wojewódzka Stacja  
Sanitarно-Epidemiologiczna  
we Wrocławiu  
poszukuje

lekarzy medycyny

chętnych do pracy w charakterze  
państwowych inspektorów  
sanitarnych

Blizszych informacji udziela  
Dział Służb Pracowniczych  
tel. 22-46-87

PSS „Społem” — Południe  
ul. Podwale 37/38  
za trudni

lekarza internistę

na 1/2 etatu (praca do godz. 16.30)  
Blizsze informacje pod tel. 354-47  
(p. Grabowska)

# Obrażenia głowy czy upojenie alkoholowe

Dokończenie ze str. 12

czenie mózgu. Zabieg operacyjny nie przyniósł poprawy ani w stanie ogólnym, ani neurologicznym. W 5 dobie leczenia chory zmarł. Na sądowno-lekarskiej sekcji zwłok denata stwierdzono m.in. złamanie lewej kości skroniowej przechodzące na podstawę oraz bardzo rozległe ogniska stłuczenia i obrzęk mózgu, ponadto ropne zapalenie oskrzeli i odoskrzelowe obustronne zapalenie płuc.

Prokuratura wszczęła postępowanie przeciwko lekarzowi dyżurnemu szpitala i przesyłała akta do Zakładu Medycyny Sądowej w celu wydania opinii oceniającej prawidłowość jego postępowania. W aktach znajdowały się wykonane w szpitalu zdjęcia rtg kości czaszki — były tak złe technicznie, że nie nadawały się do jakiegokolwiek interpretacji.

Zespół opiniujący powołany w tej sprawie (lekarze specjaliści medycyny sądowej i neurochirurg) przyjął że:

— badanie lekarskie, przeprowadzone przez dyżurnego izby przyjęć musiało być niedokładne, skoro nie ujawniło rany tłuczonej głowy i złamania obojczyka,

— złe technicznie zdjęcia rtg nie mogły być oceną stanu kości sklepienia czaszki,

— obserwacja chorego nieprzytomnego ze śladami urazu głowy winna trwać co najmniej kilka godzin (co w zasadzie miało miejsce) i pozwolić na jednoznaczne stwierdzenie przyczyny tego stanu tj. czy spowodowany on jest urazem głowy, czy też samym,

współistniejącym z urazem upojeniem alkoholowym,

— odesłanie po przeszło 10 godzinnej „obserwacji” nadal nieprzytomnego chorego do domu było niedopuszczalne i łącznie ze skutkami nieprawidłowo przeprowadzonych badań lekarskich doprowadziło do znacznego opóźnienia w postawieniu prawidłowego rozpoznania i tym samym podjęcia prawidłowego leczenia. W sumie od chwili przyjęcia chorego do pierwszego szpitala do chwili przyjęcia go do szpitala wojewódzkiego upłynęło 20 godzin. Mogło to już — niestety — mieć decydujący wpływ na rezultaty podjętego w końcu leczenia, zmniejszało bowiem znacznie szanse na uratowanie życia choremu. Niemniej jednak — jak zawsze w takich przypadkach — nie można było w sposób kategoryczny stwierdzić, czy wcześniejsze postawienie prawidłowego rozpoznania i podjęcie prawidłowego leczenia uratowałyby mu życie.

Lekarz stanął przed sądem — oskarżono go o występki z art. 163 k.k. Artykuł ten brzmi: „Kto osobę, względem której ma obowiązki troszczenia się, pozostawia w położeniu grożącym bezpośredniemu niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia — podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 5, a jeżeli sprawca działa nieumyślnie podlega karze pozbawienia wolności do roku, ograniczenia wolności albo grzywny”.

W rozprawie sądowej uczestniczyli biegli. W odpowiedzi na ich pytania oskarżony wyjaśnił m.in., że badając chorego nie rozbierał go, lecz podniósł mu do góry ubranie (tym samym przykrywając nim obojczyki) rany na głowie nie zauważył, odpowiedniej dokumentacji nie sporządził, bo zapomniał o tym. Dodatkowym już formalnym zarzutem biegłych był brak dokumentacji lekarskiej — w myśl obowiązujących zasad każda czynność lekarska i wyniki badań winne znaleźć odzwierciedlenie w dokumentacji lekarskiej.

Sąd przyjął, że lekarz jest winien zarzucanego mu czynu, a wina jego jest nieumyślna i polega na niedbalstwie (nie przewidywał skutków swego postępowania mimo, że powinien był je przewidywać — art. 7 k.k.). Lekarza skazano na krótkotrwałą karę pozbawienia wolności z zawieszeniem jej wykonania.

Lekarz — podejrzany, a potem oskarżony — stał na progu swej kariery zawodowej. Podejmując pierwsze w życiu samodzielne czynności zawodowe popełnił podstawowe błędy, błędy przed którymi ostrzegano go na ćwiczeniach i seminariach w różnych klinikach, a na które zwracano szczególną uwagę na zajęciach (VI rok studiów) z medycyny sądowej. Jednym z pytań zadawanych podczas egzaminu z medycyny sądowej jest „Jak należy traktować człowieka nietrzeźwego?” — studenci zagadnienie to teoretycznie znają dobrze. A jak jest w praktyce?.

dr hab. Barbara Świątek



# Nasze veto

Minister Zdrowia  
Władysław Sidorowicz

Prezydium Rady Sekcji Regionalnej Służby Zdrowia NSZZ „Solidarność” oraz Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej zwraca się do Pana Ministra w związku z planowanym powołaniem pełnomocnika ministra ds. reformy służby zdrowia na terenie województwa wrocławskiego.

Z dostępnych nam informacji wynika, że jednym z liczących się kandydatów do objęcia tej funkcji jest przewodniczący Miejskiej Komisji Zdrowia, dr n. przyrodniczych Stanisław Cebrat. Ze względu na wagę problemu czujemy się zobowiązani do przedstawienia swojego stanowiska.

Z naszego punktu widzenia dr Cebrat nie spełnia warunków, które upoważniałyby go do objęcia tak odpowiedzialnej funkcji. W pierwszym rzędzie nigdy nie był i nie jest pracownikiem służby zdrowia, więc problemy środowiska są mu nie znane lub pochodzą z drugiej ręki.

Jak wykazała praktyka, wyobrażenia dr. Cebrata na temat służby zdrowia częstokroć dalece mijają się z prawdą.

Zdajemy sobie sprawę, że fakt ten sam w sobie nie byłby wystarczającym powodem do odrzucenia jego kandydatury. Istnieją jednak daleko bardziej uzasadnione argumenty. Od wielu miesięcy na terenie województwa trwa dyskusja na temat reformy służby zdrowia. Powołany w tym celu zespół postawił sobie za cel dokonanie reformy na zasadach opracowanych przez dr. Cebrata. Należy zaznaczyć, że od początku w tym zespole nie ma przedstawiciela NSZZ „Solidarność” i to nie z winy związku. Nasze dotychczasowe doświadczenia ze współpracy z dr. Cebratem nie napawają nas optymizmem. Wielokrotnie spotkaliśmy się z lekceważącym stosunkiem do problemów i opinii

wysuwanych przez środowisko. Nasze stanowiska były pomijane, a służba zdrowia traktowana przedmiotowo. Proponowane zmiany są niespójne, pozostawiają wiele niedomówień, a nade wszystko nie dają wyraźnej perspektywy poprawy sytuacji. Ponadto odnosimy wrażenie, że proponowane przekształcenia są wymierzone w lekarzy, których obarcza się odpowiedzialnością za stan polskiej służby zdrowia.

Pomimo usilnych starań ze strony związku i izby lekarskiej, nie udało się do tej pory wypracować skutecznego sposobu komunikacji oraz współpracy z samorządem miejskim. Dr Cebrat wielokrotnie podpiął się opiniami tzw. „przedstawicieli” służby zdrowia. Pozostaje dla nas tajemnicą sposób uzyskania przez nich statusu przedstawiciela. Z drugiej strony ustawowi reprezentanci są niedostrzegani.

Dotychczasowe doświadczenia budzą nasze najgłębsze obawy. W związku z tym postulujemy o niepowoływanie dr. Cebrata na ww. stanowisko. Jesteśmy przekonani, że nominacja ta stałaby się powodem permanentnego konfliktu pomiędzy reformatorami a środowiskiem służby zdrowia. W konsekwencji opóźniłoby to znacznie proces reformowania służby zdrowia w województwie i regionie. Funkcję tę należy powierzyć człowiekowi, który nie tylko będzie wiedział jak i jakich zmian dokonać w służbie zdrowia, ale również będzie potrafił uzyskać akceptację środowiska.

Mamy nadzieję, że Pan Minister zechce wziąć pod uwagę nasze sugestie przed podjęciem ostatecznej decyzji.

Powyższe stanowisko zostało podjęte w dniu 27.06.1991 r. na wspólnym spotkaniu Prezydiów RS NSZZ „Solidarność” oraz DRL.

Dolnośląska Rada Lekarska

# Uczmy się języków obcych

Interpretation of a graph presenting life expectancy in elevated blood pressure compared with normal expectancy.

The graph shows that in the 35-year-old age group, zero point two per cent of men suffered from primary hypertension. In this age group, the average male in the studied group of people, whose blood pressure was 120/80 could expect to live another 41.5 years, while at a blood pressure level of 140/90, the average 35-year-old male had a life expectancy of 32.5 years, representing a loss of life expectancy of 9 years. At a blood pressure level of 150/100 life expectancy for this male was 25 years, or 16.5 years less than average life expectancy at that time for this age group.

In the 60-year-old group the number of males suffering from hypertension rose up to two point one percent. In this age group the life expectancy which, at normal blood pressure was 18.5 years, decreased to 14.5 years with blood pressure of 140/90 and to 12.5 years at the blood pressure level of 150/100.

age group — grupa wiekowa

average — przeciętny

to expect — oczekiwać

120/80—a hundred twenty over eighty

rise up — wzrosnąć

to decrease — obniżyć się

8.06.1991 r. zmarł nagle  
nasz kolega i przyjaciel

**dr JAN CHAREWICZ**

o czym zawiadamiają

lekarze Wojewódzkiego Szpitala  
Chorób Narządu Ruchu  
w Kamiennej Górze

# Oświadczenie

Dramatyczna sytuacja służby zdrowia wzbudza uzasadnione obawy i emocje w społeczeństwie oraz różnorodnych organizacjach społeczno-politycznych, w tym w związkach zawodowych. Obawy te są trwale obecne wśród członków i działaczy NSZZ „Solidarność”. Stan taki w sposób automatyczny staje się powodem nieustannych analiz oraz ocen z różnych stron. W tym kontekście zrozumiałe i usprawiedliwione wydawałyby się postulaty i krytyczne uwagi kierowane pod adresem resortu, a szczególnie ministra zdrowia.

Czy tak jest w istocie? „Solidarność” służby zdrowia długo oczekiwała na taką rzetelną i rzeczową analizę oraz obiektywną ocenę szczególnie ze strony środków masowego przekazu. Bezskutecznie. Zamiast tego w radiu, telewizji, a przede wszystkim w prasie spotykamy się z narastającą falą nieustannej, agresywnej propagandy wymierzonej w

obecnego ministra, a pośrednio również w całą służbę zdrowia.

Czy „Solidarność” jest przeciwna wszelkiej krytyce i wytykaniu popełnionych błędów? Z całą pewnością nie. Jako związek zawodowy sami wielokrotnie dawaliśmy temu wyraz, krytykując i proponując zmiany wszędzie tam, gdzie według naszej oceny zostały popełnione błędy. Tak więc nigdy nie broniliśmy i nie będziemy bronić nikogo przed uzasadnioną krytyką, która jest powszechnie stosowanym w państwach demokratycznych sposobem unikania konfliktów. Jednakże moment w jakim obecnie się znajdujemy zmusza nas do zdecydowanego protestu przeciwko dalszemu dyskredytowaniu w oczach opinii publicznej ministra dr. W. Sidorowicza. Jesteśmy oburzeni stosowanymi metodami. Dalsze tolerowanie ich jest niedopuszczalne. Narastająca od kilku miesięcy ofensywa przeciwko ministrowi zdrowia, choć prowa-

dzona rzekomo dla dobra służby zdrowia i potencjalnych pacjentów, daleka jest w swych celach od deklarowanych oficjalnie intencji.

Wszyscy ci, którzy dzisiaj bezpardonowo atakują ministra i jego resort zapominają, a raczej przemilczają, że istniejący system ochrony zdrowia nie jest jego wymysłem. To nie on przez dziesięciolecia decydował o budowie szpitali, ośrodków zdrowia, przychodni, zakupie sprzętu medycznego. To nie on przyznawał swojemu resortowi budżet, który w żaden sposób nie pokrywa faktycznych potrzeb służby zdrowia. To w końcu nie z jego winy przez ostatnie dwa lata Parlament nie dokonał istotnych zmian ustawowych, które umożliwiłyby reformowanie opieki zdrowotnej.

Szczególne oburzenie i niechęć budzą ci wszyscy, potępiający obecnego ministra, którzy jeszcze wczoraj maszerowali zwartym szykiem pod czerwonymi sztandarami. A dzisiaj mienia się obrońcami społeczeństwa

Dokończenie na str. 15



# Polskie Towarzystwo Patologów

organizuje  
11 października 1991 r.  
w pomieszczeniach Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu  
ul. Matejki 6

## XVI Ogólnopolskie Sympozjum Cytologii Cytopatologia układu oddechowego

Opłata uczestnictwa wynosi:  
dla członków PTP — 100 000.— zł,  
dla osób nie będących członkami PTP — 130 000.— zł

**Zgłoszenie uczestnictwa**  
wraz z podaniem tytułów i autorów referatów oraz streszczeniem  
prosimy przesłać do 15 sierpnia 1991 r.

na adres organizatorów  
Zakład Anatomii Patologicznej AM  
ul. Marcinkowskiego 1, 50-368 Wrocław

Jednocześnie informujemy,  
że w dniu Sympozjum, w Siedzibie DIL zorganizowana będzie  
ekspozycja sprzętu optycznego firmy OLYMPUS

Dr P. Ziółkowski  
Sekretarz  
Przewodniczący  
Oddz. Wrocławskiego PTP  
Dr hab. J. Rabczyński

## Oświadczenie

Dokończenie ze str. 14

i posiadaczami recepty na uzdrowienie tego kraju, w tym służby zdrowia.

Z drugiej strony mamy uzasadnione pretensje do tych, którzy wyrosli z „Solidarności” i pełniąc odpowiedzialne funkcje państwowe w ubiegłym i obecnym czasie nie dokonali istotnych zmian w służbie zdrowia. Próbuja oni obecnie uchylać się od odpowiedzialności zrzucając ją w całości na obecnego ministra. Istotą naszego wystąpienia nie stanowi jedynie obrona ministra, lecz przede wszystkim chęć dania świadectwa prawdzie. Jako karygodne uważamy wykorzystanie ciężkiej sytuacji ministerstwa i resortu w rozgrywkach politycznych i frakcyjnych walkach. Protestujemy przeciwko używaniu służby zdrowia jako karty przetargowej w prowadzonej grze.

Domagamy się od środków masowego przekazu natychmiastowego zaprzestania tych poniżających praktyk i rozpoczęcia rzetelnego i zgodnego z faktami informowania opinii publicznej. Społeczeństwo musi poznać prawdę o tych, którzy w ciężkiej sytuacji w służbie zdrowia zbijają kapitał polityczny oraz pragną w nadchodzących wyborach odzyskać utracone pozycje.

Prezydium Regionalnej  
Sekcji NSZZ „Solidarność”  
Służby Zdrowia Regionu  
Dolny Śląsk

## Uchwała Nr 39/91/1 Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 kwietnia 1991 r.

w sprawie zmiany uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120) uchwała się co następuje:

### § 1

W § 1 uchwały Nr 2/89/I z dnia 18 grudnia 1989 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/1990 poz. 5.2.1) dodaje się ustęp 3 o treści:

„3. lekarze pobierający emeryturę lub rentę, pozostający w stosunku pracy lub służby w jednostkach organizacyjnych społecznej służby zdrowia, w spółdzielczości i w innych jednostkach organizacyjnych — 1% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy.

### § 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 1991 roku.

Prezes  
Prof. dr med.  
Tadeusz L. Chruściel  
Sekretarz  
Dr med.  
W. Maksymowicz

Naczelna Rada Lekarska w związku ze zgłoszonymi zapytaniami dotyczącymi ściągania w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji nie opłaconych w terminie składek członkowskich i kosztów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej (art. 61 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120) wyjaśnia co następuje:

Postępowanie egzekucyjne w administracji uregulowane zostało ustawą z dnia 17 czerwca 1966 r. (tekst jednolity Dz. U. Nr 36 z 1991 r. poz. 161).

## Egzekucje należności członkowskich

Zgodnie z przepisami w/wym. ustawy okręgowa izba lekarska, w której zrzeszony jest członek samorządu lekarzy zalegający z opłatą składek członkowskich lub prawomocnie zasądzonych kosztów postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej winna w celu wyegzekwowania należności zastosować niżej podany tryb postępowania.

1. Przed wszczęciem postępowania egzekucyjnego należy przesłać zobowiązanemu listem poleconym upomnienie zawierające wezwanie do zapłaty zaległych składek (lub kosztów postępowania) z zagrożeniem skierowania sprawy na drogę postępowania egzekucyjnego.

2. Po upływie siedmiu dni od dnia doręczenia upomnienia oraz terminu zapłaty wskazanego w upomnieniu wierzyciel tj. Okręgowa Izba Lekarska może wszcząć postępowanie egzekucyjne.

Organem egzekucyjnym w zakresie egzekucji administracyjnej należności pieniężnych jest **urząd skarbowy właściwy dla miejsca zamieszkania zobowiązanego.**

Organ egzekucyjny wszczyna egzekucję administracyjną na wniosek wierzyciela i na podstawie wystawionego przez niego tytułu wykonawczego.

Formularze tytułu wykonawczego wraz z wnioskiem można pobrać w urzędach skarbowych.

Tytuł wykonawczy wraz z wnioskiem należy wypełnić w 2 egzemplarzach i przesłać wraz z pismem przewodnim listem poleconym do właściwego dla miejsca zamieszkania zobowiązanego Urzędu Skarbowego.

PREZES  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ  
prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel



## Wykaz

ordynatorów wyłonionych w drodze konkursu przez komisję powołaną przez DIL

	Nazwa Oddziału	Data konkursu	Imię i nazwisko
1.	Oddział Wewnętrzny Szpital im. Dłuskiego ul. Grabiszyńska 106 Wrocław	12.04.91	lek. med. Julian Silber
2.	Oddział Chirurgiczny w Ziębicach	11.04.91	lek. med. Władysław Gieniec
3.	Oddział Laryngologiczny Szpital nr 2 w Wałbrzychu	12.04.91	lek. med. Stanisław Pietroń
4.	Oddział Wewnętrzny Szpital nr 2 Jelenia Góra	9.04.91	lek. med. Adam Pawlikowski
5.	Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny w Świebodzicach	24.04.91	lek. med. Jerzy Gil
6.	Oddział Chirurgiczny w Nowej Rudzie	25.04.91	lek. med. Andrzej Zając
7.	Oddział Wewnętrzny w Zgorzelcu	27.05.91	lek. med. Jerzy Olechowicz
8.	Oddział Dziecięcy w Zgorzelcu	27.05.91	lek. med. Anna Guzek
9.	Oddział Chirurgiczny w Bolesławcu	27.05.91	lek. med. Jan Ośko
10.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Jeleniej Górze	28.05.91	lek. med. Łukasz Kassolik
11.	Oddział w Specj. Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej	14.06.91	lek. med. Józef Bryś
12.	Oddział w Specj. Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej	14.06.91	lek. med. Edward Skoczek
13.	Oddział w Specj. Zespole Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej	14.06.91	lek. med. Wiesław Łuczowski
14.	Oddział Chirurgiczny w Ząbkowicach Śl.	20.06.91	lek. med. Leszek Wikiera
15.	Oddział Noworodkowy w Świebodzicach	20.06.91	lek. med. Wiesława Niemiec-Kucharska
16.	Oddział Noworodkowy Woj. Szpitala Zespołonego nr 1 w Wałbrzychu	28.06.91	lek. med. Jadwiga Bojarska

### Uchwała Nr 44/91/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 czerwca 1991 r.

z dnia 14 czerwca 1991 r.

w sprawie powołania Komitetu Organizacyjnego Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy.

Na podstawie art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 zm. z 1990 r. Nr 20, poz. 120) uchwała się co następuje:

## § 1

Powołuje się Komitet Organizacyjny Nadzwyczajnego II Krajowego Zjazdu Lekarzy w składzie:

- 1) Stanisław Gołba — wiceprezes NRL
- 2) Piotr Dylewicz — przewodniczący ORL w Poznaniu
- 3) Witold Fijałkowski — przewodniczący ORL w Lublinie
- 4) Ryszard Łopuch — członek NRL
- 5) Krzysztof Madej — sekretarz ORL w Warszawie
- 6) Wojciech Maksymowicz — sekretarz NRL
- 7) Jerzy Moskwa — przewodniczący ORL w Warszawie
- 8) Jan Stasiewicz — przewodniczący ORL w Białymstoku
- 9) Jerzy Wodzyński — dyrektor biura NRL.

## § 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Dokładny termin Zjazdu nie został jeszcze ustalony.

Prezes

Prof. dr med. Tadeusz L. Chruściel

Sekretarz

Dr med. W. Maksymowicz

### Uchwała Nr 41/91/I Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 14 czerwca 1991 r.

w sprawie powołania Zespołu Ekologicznego.

Na podstawie art. 4 ust. 1 pkt. 5 i 11 oraz art. 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 i z 1990 r. Nr 20 poz. 120) uchwała się co następuje:

1. Powołuje się Zespół Ekologiczny Naczelnej Rady Lekarskiej.

2. Zadaniem Zespołu Ekologicznego jest:

- 1) zajmowanie stanowiska i wyrażanie opinii w sprawach dotyczących zagrożeń zdrowia społeczeństwa, związanych z zanieczyszczeniem i degradacją środowiska naturalnego,
- 2) wywieranie wpływu na politykę zdrowotną państwa w kierunku eliminacji stwierdzonych zagrożeń środowiskowych zdrowia,
- 3) inicjowanie i inspirowanie działań i prac mających na celu rozpoznawanie i systematyczne pomiary stężeń i natężeń czynników szkodliwych w środo-

wisku i badanie ich wpływu na zdrowie człowieka,

- 4) sygnalizowanie władzom i społeczeństwu stwierdzonych skutków zdrowotnych i stanów chorobowych związanych przyczynowo z zanieczyszczeniem środowiska,
- 5) podejmowanie wszelkich innych działań mających na celu ograniczenie szkodliwego wpływu zanieczyszczeń środowiska na zdrowie ludzi,
- 6) współpraca z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Ochrony Środowiska oraz organizacjami, stowarzyszeniami klubami i partiami ekologicznymi w kraju i zagranicą.

Prezes

Prof. dr med.

Tadeusz L. Chruściel

Sekretarz

Dr med.

W. Maksymowicz

### Oświadczenie Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 1991 r.

w sprawie zapewnienia w 1991 r. etatów stażowych dla absolwentów akademii medycznych.

Naczelna Rada Lekarska — działając na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 2 i 4 w zw. z art. 4 ust. 1 pkt. 3 i ust. 2 pkt. 7 i 10 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 i z 1990 r. Nr 20, poz. 120) żąda od Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej zapewnienia w roku bieżącym etatów stażowych dla absolwentów akademii medycznych w ilości odpowiadającej liczbie absolwentów m.in. poprzez wykorzystanie środków Funduszu Pracy.

Prezes

Prof. dr med.

Tadeusz L. Chruściel

Sekretarz

Dr med.

W. Maksymowicz



# PRACETAMOL SYROP 2,4% MZiOŚ Zezw. nr 2846

**Skład:** Paracetamol 2,88 g

Excipients qs. ad 120, ml

**Właściwości i działanie:**

Srodek działający przeciwbólowo i przeciwgorączkowo, łatwo wchłania się z przewodu pokarmowego przenikając do płynów tkankowych i narządów. Ulega zmetabolizowaniu w wątrobie.

**Wskazania:**

Jako środek działający przeciwbólowo, przeciwgorączkowo. U chorych uczulonych na pochodne kwasu acetylosalicylowego w bólach różnego pochodzenia.

**Przeciwwskazania:**

Alergia na lek, ciężkie zaburzenia czynności nerek, wątroby.  
Nie stosować przez dłuższy czas.

**Interakcje:**

Wzmaga działanie środków przeciwzakrzepowych z grupy kumaryny.

**Dawkowanie:**

O ile lekarz nie zleci inaczej, lek stosować w zależności od wieku dziecka 4 razy dziennie:

- poniżej 1 roku: 1/2 łyżeczki do herbaty (60 mg)
- od 1 do 3 lat: 1/2 do 1 łyżeczki do herbaty (60—120 mg)
- od 3 do 6 lat: 1 łyżeczka do herbaty (120 mg)
- od 6 do 12 lat: 2 łyżeczki do herbaty (240 mg)

**UWAGA:** łyżeczka do herbaty (5 ml) zawiera 120 mg paracetamolu.

**Działanie niepożądane:**

Mogą wystąpić zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (nudności, wymioty). Stosowany przez dłuższy czas lub przedawkowany może spowodować upośledzenie czynności wątroby, nerek, trombocytopenię, methemoglobinemię.

**Opakowanie:**

Butelka ze szkła oranżowego zawierająca 120 ml syropu.

PRODUCENT: Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy  
„GALENA”

Wrocław, ul. Krucza 62  
tel. 61-06-51 telex: 712256 fsp pl  
fax: 61-66-67

## Przyszł pacjent do lekarza...

**Lekarz mówi:**

Czy znów czuje się pan sobą?  
Czy ma pan dziewczynę?  
Jaki dziś jest dzień tygodnia?  
Prezydentem jest kobieta czy mężczyzna?  
Kto jest premierem?  
Czy chciał pan kiedyś skończyć z tym wszystkim?  
Myślał pan kiedyś o tym, aby ograniczyć picie?  
Czy nie zastanawiał się pan nad zmianą klimatu?  
Jak tam pańskie życie seksualne?

**To znaczy:**

Czy raczej kimś innym?  
Czy nie jest pan pedalem?  
Czy ma pan wszystkie klepki w porządku?

Będzie głupio, jak on łyknie wszystkie tabletki za jednym zamachem.  
Facet jest zalany w trupa, ale jak mu to powiem, gotów mi przylać.  
I znalezieniem nowego lekarza?

Nic panu nie mogę pomóc, więc zamiast tego będę zadawać impertynenckie pytania. Może to pana skłoni do tego, aby zmienić klimat — i znaleźć nowego lekarza.

(Punch)

## Oświadczenie Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 15 czerwca 1991 r.

w sprawie akcji protestacyjnej lekarzy.

Naczelna Rada Lekarska oświadcza, że w czasie obecnych akcji protestacyjnych lekarzy nie doszło do naruszenia zasad etyki lekarskiej.

Postulaty lekarzy warszawskich wymienione w piśmie do prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, marszałków Sejmu i Senatu, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 10.06.1991 r. uważamy za zasadne.

Przedstawione terminy realizacji postulatów winny stać się przedmiotem negocjacji z udziałem Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej.

Prezes  
Prof. dr med.  
Tadeusz L. Chruściel  
Sekretarz  
Dr med.  
W. Maksymowicz

## Zapiski emeryta

### Znowu upał

Lipcowe egzaminy... Przecież dopiero wczoraj zdawałem wstępny. Na starej fotografii wyglądamy z kolegami zupełnie staroświecko — niemodne już dziś marynarki, spodnie, buty i fryzury. Tylko upał taki sam. Wnuczka kolegi szczęśliwie przebrnęła przez trudne testy. Będzie stanowić kolejne pokolenie lekarskiej rodziny. Myślę, że to dobra tradycja. Uczy od młodości szacunku dla zawodu, poznaje co to dyżur, służba w nocy. Z rozmów w domu o pacjentach i różnych przypadkach można dowiedzieć się często więcej niż na ćwiczeniach. Lubilem i lubię nadal pracować i leczyć. Ale nigdy nie mogłem polubić egzaminów. Dlatego zawsze w lipcu cieszę się, że ten wstępny mam za sobą! A ile mam czasu do końcowego egzaminu? Za kilka tygodni młodzi ludzie zaczną uczyć się medycyny. Jaki ma być model kształcenia, na co położyć nacisk, z czego zrezygnować?

Chciałbym zaprosić moje drogie koleżanki — zawsze młode — i kolegów emerytów do wspólnej dyskusji — o swoich studiach i przekazaniu doświadczeń. Ciekawe będzie, jak z perspektywy lat patrzymy teraz na ćwiczenia, wykłady i egzaminy. Co zostało w nas z tej atmosfery i z tej wiedzy. Zapraszam do takiego mini konkursu.

Emeryt

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. Przystański, 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 251/91. Złożono do druku w czerwcu br. Nakład 4000.  
Sekretariat DK czynny codziennie do godz. 17.00, w czwartek do godz. 18.00.