



BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WROCLAW

WRZESIEŃ 1991

Nr 9(17)

Dyżury członków Prezydium i Rady DIL

PONIEDZIAŁEK

Ryszard Łopuch godz. 12.00—14.00

Franciszek Marcinkowski
(radca prawny) godz. 12.30—14.00

Barbara Bruziewicz-
-Mikłaszewska godz. 13.00—15.00

WTOREK

Janina Kasprzak-
-Wójtowicz godz. 13.00—15.00

Włodzimierz Bednorz godz. 13.00—15.00

Maria Jagas godz. 14.00—15.00

ŚRODA

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

Maria Jagas godz. 14.00—15.00

Ryszard Maj godz. 16.00—19.00

Franciszek Marcinkowski

(radca prawny) godz. 13.00—15.00

PIĄTEK

Teresa Bujko godz. 11.30—13.30

Eksperymenty — czyim kosztem?

Informacja ze spotkania
w dniu 2.08.1991 r.

2 sierpnia br. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej odbyło się spotkanie przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dyrektorami uspołecznionych jednostek służby zdrowia województwa wrocławskiego.

Ze strony ministerstwa wzięli w nim udział: wiceminister dr Jerzy Kurkowski, dyrektor Departamentu Farmacji dr Janina Mańko i dr Teresa Olczyk-Andryszek z Akademii Medycznej w Łodzi. Spotkanie prowadził lekarz wojewódzki dr Kazimierz Sroczyński.

Na wstępie wiceminister Kurkowski nakreślił ogólną sytuację finansową służby zdrowia uwypuklając sprawę spodziewanej korekty budżetowej (in minus) w związku z pogłębiającym się deficytem budżetowym państwa. Informował także o kłopotach ministerstwa z pozyskaniem fachowców do współpracy w zakresie przygotowywanych reform — wysokiej klasy specjalistów z dziedziny ekonomii, prawa organizacji i zarządzania. Podkreślał konieczność szybkiego wprowadzenia reform, szybkich działań i ogromnej samodyscypliny środowiska lekarskiego. Było to wprowadzeniem do zasadniczego tematu spotkania — czyli dyskusji nad projektem wprowadzenia na terenie naszego województwa eksperymentu — tzw. „recepty z wtórniakiem”.

Dyrektor Departamentu Farmacji dr Janina Mańko przedstawiła cele i techniczne założenia tego eksperymentu.

Cele:

- poprawa ordynacji leków
- obniżenie środków finansowych przeznaczonych na refundację kosztów wydawanych leków
- zracjonalizowanie gospodarki lekami.

Założenia techniczne:

Bloczek recept (100 szt.) posiadałby pacjent — recepty pacjentów w kolorze żółtym wydawane byłyby przez ZOZ-y. Lekarze pracujący w uspołecznionych jednostkach służby zdrowia posiadałby bloczki recept w kolorze niebieskim — przeznaczone do wypisywania leków w ramach pomocy doraźnej.

Dokończenie na str. 2

Libijskie Eldorado

W związku z artykułem zamieszczonym w „Gazecie Wyborczej” w dniu 17 maja br. w sprawie werbunku polskich pracowników służby zdrowia do pracy w Libii informujemy, iż wg oceny pracujących tu lekarzy sytuacja wygląda następująco.

Polscy lekarze z I stopniem specjalizacji zarabiają w Libii ok. 300—330 dinarów lib. miesięcznie, lekarz z II stopniem specjalizacji ok. 400—500 dinarów lib., pielęgniarki ok. 170—240 dinarów libijskich. 50 procent poborów, po odliczeniu podatków, można wytransferować po oficjalnym kursie, który obecnie wynosi ok. 3,5 dolara za 1 dinara. Lekarze przeciętnie transferują do kraju ok. 600 dol. miesięcznie. Najwyższy transfer ok. 700—750 dol. miesięcznie może uzyskać lekarz z II stopniem specjalizacji, pracujący na stanowisku ordynatora i po kilkuletniej praktyce w Libii. Pielęgniarki transferują ok. 200—300 dol. miesięcznie. Informacja „Gazety Wyborczej” z 17 maja br., iż angażowani przez ambasadę Libii

w Polsce pracownicy służby zdrowia mogą zarobić 1000 do 2000 dolarów jest fałszywa.

Pozostałe 50 proc. poborów, tj. ok. 100 din. w przypadku pielęgniarki, do ok. 200 din. w przypadku lekarza, wypłacane jest w miejscowej walucie. Przy obecnych cenach na tut. rynku — 1 kg rąbanki wołowej 5 din., słoik dżemu 2 din., 1 kg masła 2,5 din., 6 kg ziemniaków 2—3 dinary, używany samochód 2 tys. dinarów — wystarcza na skromne przeżycie.

Libijczycy nie wypłacają cudzoziemcom żadnych dodatków na dzieci. Cudzoziemscy pracownicy służby zdrowia ulokowani są naj-

Dokończenie na str. 2

W numerze:

- Po euforii — str. 2
- Quo vadis, służbo zdrowia — str. 3
- Diagnostyka śmierci człowieka — str. 5
- Miejsca pracy dla lekarzy

Libijskie Eldorado

Dokończenie ze str. 1

częściej w mieszkaniach zamienianych na hotele, tzn. po dwie, trzy osoby w pokoju; wspólne używanie kuchni i łazienki. Często są przypadki wspólnego zamieszkiwania z kolorowymi (Filipińczycy, Egipcjanie, Hindusi itp.).

ZAGROŻENIA

1. Podpisywany w kraju dokument nie jest umową o pracę, jest to tylko tzw. „OFFER LETTER”, który prawie do niczego nie zobowiązuje strony libijskiej. Po przylocie do Libii, każda ze zwerbowanych osób musi rozpocząć indywidualne starania o zalegalizowanie swego pobytu, tj. uzyskać wizę pracy, zawrzeć właściwy kontrakt, otworzyć konto w miejscowym banku, itp. W wielu przypadkach trwa to nawet rok. W istniejącym tutaj biurokratycznym i bałaganiarskim systemie, przy praktycznym braku komunikacji publicznej i obowiązku posługiwania się językiem arabskim, jest to droga przez mękę, szczególnie uciążliwa dla kobiet. Ponadto, zgodnie z tutejszymi zwyczajami, kobieta ubiegająca się samotnie o cokolwiek w tut. urzędach traktowana jest przede wszystkim jako obiekt niewybrednych załotów i propozycji. W Libii miejscowe kobiety trzymane są w domach, a jeśli muszą już wyjść na ulicę, to szczerlnie owinięte w tzw. faraszijja (biała płachta przypominająca prześcieradło).

W minionych latach Libijczycy (wyłącznie mężczyźni) odwiedzali nasz kraj głównie w poszukiwaniu płatnych uciech cielesnych. Stąd ich stosunek do Polek jest jednoznaczny.

2. Istnieje duże ryzyko niewywiązania się pracodawcy ze zobowiązań zawartych w „OFFER LETTER”. Dotyczy to przede wszystkim poborów. W chwili gdy dochodzi do podpisania umowy (oczywiście w jęz. arabskim) pracodawcy stosują wobec nieświadomych podstęp Polaków manewr polegający na uniemożliwieniu skonsultowania warunków umowy z kimkolwiek znającym j. arabski. Umowę należy podpisać w biurze pracodawcy, a potem bardzo często okazuje się, że warunki umowy znacznie odbiegają od obietnic

składanych w początkowej fazie werbunku. Bardzo trudne jest również wyegzekwowanie właściwych warunków zakwaterowania.

3. W sytuacjach konfliktowych prawo libijskie i praktyka sądowa chronią przede wszystkim obywateli libijskich. Sprowadza się to najczęściej do prostej zasady, że nie-Libijczyk jest winny.

Stąd lekarze pracują tutaj pod ciągłą presją, że każde niepowodzenie w pracy, nawet nie wynikające z ich winy może mieć tragiczne dla nich następstwa. Znane są tutaj przypadki osądzania i więzienia lekarzy w sytuacjach co najmniej wątpliwych. Zdarza się również, iż w sytuacji zagrożenia, gdy trudno jest udowodnić swoją niewinność, lekarze decydują się na ucieczkę przez zieloną granicę.

4. Istnieje ryzyko kierowania do pracy w odległych rejonach, w bardzo trudnych warunkach bytowych, bez elementarnego kontaktu z cywilizacją europejską, a co za tym idzie w sytuacji całkowitego uzależnienia od libijskich pracodawców. Bardzo często traktują oni zatrudniających się tutaj cudzoziemców jako ludzi gorszego gatunku.

WNIOSKI

1. Pracujący tu lekarze uważają, że kilkusetdolarowy zarobek miesięczny, w sytuacji kryzysu polskiej służby zdrowia może być kuszący i na to liczą libijscy werbownicy działający w Polsce. Należy jednak dołożyć starań, aby Polacy decydujący się na pracę w Libii byli w miarę dokładnie informowani o panujących tutaj warunkach i zdawali sobie sprawę z tego, na co się decydują.

2. Wskazane byłoby, aby wymusić na Libijczykach oficjalne wystąpienie do polskich władz z propozycją zawarcia porozumienia między resortami zdrowia. Z punktu widzenia interesów naszych lekarzy, najkorzystniejsza jest forma kontraktów zbiorowych. Przy kontraktach indywidualnych Polacy skazani są na łaskę pracodawcy libijskiego ze wszystkimi tego negatywnymi konsekwencjami.

S. Staniszewski

Dokończenie ze str. 1

Praktyki prywatne miałyby recepty w kolorze zielonym.

Kontrolą i analizą wydawanych recept miałyby się zajmować specjalny nadzór farmaceutyczny (powołany przy lekarzu wojewódzkim). Natomiast wszystkie apteki musiałyby być zaopatrzone w komputery. Skomputeryzowanie aptek miało się odbyć na bardzo dogodnych zasadach finansowych (leasing).

Wydawane recepty posiadałyby paski kodowe zawierające informacje dotyczące:

- lekarza
- pacjenta
- ordynowanego leku
- sposobu wydania leku.

Proponowany eksperyment miałby umożliwić spore oszczędności, zabezpieczyć przed wpływem pieniędzy z budżetu (w chwili obecnej 21% środków służby zdrowia przez-

Eksperymenty — czyim kosztem?

naczanych jest na leki). Analiza wydawanych recept miałyby się odbywać pod kątem zasad ekonomicznych i grup lekowych.

Biorący udział w spotkaniu lekarze, farmaceuci, dyrektorzy jednostek służby zdrowia — w większości opowiedzieli się przeciwko projektowi wy puklając jego niedostatki. Przedstawiciele ministerstwa nie byli przygotowani na konkretne pytania dotyczące przede wszystkim przewidywanych kosztów wprowadzenia eksperymentu oraz oczekiwanych zysków (oszczędności).

Składane były tylko deklaracje, że minister Misiąg przeznaczy na ten eksperyment dodatkowe pieniądze. Bulwersującym dla środowiska był również fakt, że o projekcie reformy mówiło się już od dłuższego czasu. Prasa donosiła o jego wprowadzeniu od dnia 1 sierpnia br., a oficjalne spotkanie projektodawców z bezpośrednio zainteresowanymi przedstawicielami środowiska lekarskiego województwa wrocławskiego odbyło się 2 sierpnia br.

Wiceminister Kurkowski bronił eksperymentu, prosząc o konstruktywne uwagi oraz zmianę postaw z biernych na czynne (nie tylko werbalna zgoda na przeprowadzenie zmian; konkretne próby zmian powodują zawsze sprzeciw w środowisku lekarskim). Przyznał jednak, że projekt eksperymentu nie jest dobrze przygotowany, a koszt szacunkowy jego wprowadzenia określił na 5 mld zł. Zaproponował także podjęcie współpracy dotyczącej opracowania nowych rozwiązań eksperymentu. Proponowany eksperyment nie zyskał aprobaty środowiska lekarskiego województwa wrocławskiego. Sprawa pozostała jednak otwarta.

Urszula Pudys

Po euforii

Ten tytuł pożyczyłem od jednego z angielskich dziennikarzy, który w tak lapidarny sposób określił stan, w jakim znajdują się państwa Europy Środkowowschodniej. Sądzę, że oddaje on także nastawienie do instytucji izby lekarskiej licznej grupy lekarzy.

Przez lata „izba lekarska” była terminem historycznym. Był to synonim ładu, mądrości i sprawiedliwości. Odczuwaliśmy boleśnie ten brak, tęskniąc do szybkiego zmartwychwstania.

Dziś, niespełna w dwa lata od ponownego przywrócenia izb lekarskich, pora pokusić się o ocenę czym są one dzisiaj, jakie są ich słabości i jakie powinny podjąć wyzwania.

Obawiam się, że w powszechnym odczuciu działalność naszego samorządu kojarzy się głównie z... koniecznością płacenia obowią-

Dokończenie na str. 3

Po euforii

Dokończenie ze str. 2

kowych składek. W moim przekonaniu największym niebezpieczeństwem dla nas wszystkich może się okazać z jednej strony bierność i postawa wyczekująca większości środowiska, a z drugiej zniechęcenie i poczucie zawodu u liderów.

Należy stwierdzić wyraźnie, że wszystko co jest dotychczasowym dorobkiem izby lekarskiej powstało w wyniku aktywności nielicznej grupy ludzi. I, o ironio losu, to do nich adresowane są wszystkie pretensje i zarzuty.

Lekarzom i ich organizacji potrzebny jest taki program działania, który nie tylko zjednoczy środowisko, lecz także pozwoli zająć należne miejsce w społeczeństwie.

Dzisiaj w chwili zasadniczych zmian ustrojowych państwa często dokonywane są krytyczne analizy przeszłości. Jako lekarze powinniśmy postawić pytanie, dlaczego nie powiodła się budowa społecznej powszechnej opieki lekarskiej w Polsce. Czy brak samorządu lekarskiego można zaliczyć do jednej z przyczyn istniejącego stanu.

W minionych latach słowo lekarz brzmiało obco klasowo. Traktowano nas jak burżuazyjny relikw. Coś, co należy niszczyć. Pozostawiono nam wszystkie wymagania moralne i fachowe i równocześnie nie dano możliwości właściwego wypełniania naszych obowiązków.

Obarczono lekarzy odpowiedzialnością za urągające ludzkiej godności warunki choroby. Mijały lata i patologia stawała się normą. I tak zagoniony i „zwraczony” Eskulap został pospolitym zaskrońcem.

Uważam, że właśnie izby lekarskie powinny wystąpić z własną koncepcją opieki lekarskiej w Polsce. Koncepcją opartą na medycznej wiedzy, doświadczeniu, poczuciu odpowiedzialności i realizmie. Głos lekarzy powinien nie tylko artykułować grupowe żądania, tak niechętnie odbierane przez resztę społeczeństwa, lecz głównie uświadamiać temu społeczeństwu jego własne zdrowotne zagrożenia i potrzeby.

Lekarz i chory nie mogą być dłużej sobie przeciwstawiani. Warunki choroby i leczenia nie są prywatną sprawą lekarzy. Wysokość zarobków winna wynikać z kwalifikacji i stopnia odpowiedzialności za zdrowie i życie. Sprawa uposażenia lekarzy powinna być oczywista i nie stanowić tematu do publicznej dyskusji.

Jako środowisko stoimy przed wyborem: czy odzyskując świadomość i suwerenność zawodową staniemy razem z człowiekiem i jego cierpieniem, przejmując sprawy zdrowia w swoje ręce, czy też pozostaniemy bezwolni w swojej masie, zezwalając innym na podejmowanie zasadniczych decyzji.

dr n. med. Jan Pogorzelski

W ślad za pismami z dnia 25 stycznia br., znak: EKA.370 D-9/91 i 27 maja br., znak: EKA.370 D-46/91 Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej — Departament Ekonomiczny uprzejmie informuje, że w dniu 22 lipca br. został podpisany „Protokół o współpracy między Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej RP a Ministerstwem Zdrowia ZSRR w dziedzinie ochrony zdrowia i nauk medycznych na lata 1991—1992”.

Pomagajmy sobie

Zgodnie z pkt. 6 w/w dokumentu Strony zobowiązały się: „Zapewnić na zasadzie wzajemności bezpłatną opiekę medyczną w przypadkach nagłych zachorowań i wypadków obywateli obu Stron czasowo przebywających na terytorium drugiej Strony (pomoc doraźna). W przypadkach koniecznych wzajemnie współdziałać w kierowaniu na leczenie chorych z obu krajów — po uprzednim uzgodnieniu — z określeniem finansowych i innych warunków leczenia i pobytu”.

Ministerstwo prosi o niezwłoczne powiadomienie jednostek o powyższym fakcie.

mgr Wiesława Kłos

Do wiadomości:

Naczelna Izba Lekarska
ul. Grójecka 65a
02-094 Warszawa

Quo vadis, służbo zdrowia?

ARTYKUŁ DYSKUSYJNY

Obrzymia ilość gromadzących się stale w nas i wokół nas emocji o zdecydowanie negatywnych treściach, w sposób oczywisty wpływa na nasze postępowanie. Jest to reakcja na stan stresu przewlekłego, który jak wiadomo wytwarza szereg reakcji obronnych i mechanizmów kompensacyjnych. Nie jest oczywiście moim zamiarem uczynienie z niniejszego artykułu krótkiego kompendium z zakresu psychiatrii. Nie zamierzam także silić się na udzielanie komukolwiek recept na to, jak regenerować zdemolowaną psychikę. Chcę jedynie wyciągnąć kilka kolejnych wniosków z działalności Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a w szczególności jej Rady Lekarskiej i Prezydium. Na początku b.r. pozwoliłem sobie opublikować artykuł w Biuletynie DIL, w którym oceniałem dotychczasową działalność Izby Lekarskiej, a także przedstawiałem własne prognozy co do przyszłości służby zdrowia. Jeżeli Państwo pamiętacie, były to prognozy skrajnie pesymistyczne — sprawdziły się wszystkie.

Okazało się, że kilku faktów nie można było przewidzieć:

I. Konkretna (czyli żadna) polityka Ministerstwa Zdrowia uzupełniona została o bardzo efektywną politykę Ministerstwa Finansów — tzw. politykę „wyciskania”

— tu cytuję pana Misiąga — „wycisnąć z nich co się da”.

II. Odpowiedzialny za reformę minister Mierzewski okazał się reformatorskim impotentem. Jego indolencja stała się wprost proporcjonalna do prezentowanej arogancji i odwrotnie.

III. Ministrem zdrowia został prezes DIL, W. Sidorowicz!! Była to dla nas, członków Rady DIL, radosna wiadomość, chociaż zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że promocja na ministra wynikała z aktywności naszego szefa w „Solidarności” i jego dotychczasowej długotrwałej działalności politycznej. Sądziłyśmy jednak naiwnie, że „dopiero teraz się zacznie” — nasz prezes był bowiem mistrzem w krytykowaniu poprzedniego ministra zdrowia. Nam również wydawało się, że wypracowane we wspólnych dyskusjach stanowisko Izby będzie prezentowane i bronione przez „naszego człowieka”.

„Nasz człowiek w ministerstwie” do chwili obecnej nie znalazł czasu na to, aby odwiedzić Radę DIL, nie mówiąc już o uczestnictwie w Zjeździe Delegatów DIL (wyjazd do Chin był w tym czasie sprawą najważniejszą — ciekawe swoją drogą, jakie były koszty tego wyjazdu

i jakie z tego wynikały korzyści dla zdrowia obywateli RP). Okazało się także, że „nasz minister” pomimo prezentowanej przez siebie właściwej opcji politycznej nie może sobie w Warszawie znaleźć miejsca (poza hotelem) — „wszyscy go pomijają”, „nie ma siły przebicia”, „za słabe jest w Sejmie lobby lekarskie” itd., itd.

IV. W dalszym ciągu, na pustym już polu reform grasują tzw. eksperci Banku Światowego, od początku współpracujący bardzo energicznie z ministrem Mierzewskim. W chwili obecnej jest rzeczą oczywistą, że stworzenie nowego systemu przez osobę niekompetentną w kooperacji z dziesiątej wody „specjalistami”, sterowanymi w kierunku planowania i wykonywania kolejnych eksperymentów na makroorganizmie polskiego społeczeństwa, było niemożliwe. No i w ten sposób zostaliśmy w „pierwszym roku wprowadzania reformy” z dwoma, czysto polskimi projektami: ustawy o „Zakładach Służby Zdrowia” i ustawy o lekach. Przypomnieliśmy sobie także o potrzebie zmian w zapisie konstytucji.

Dokończenie na str. 4

Quo vadis, służbo zdrowia?

Dokończenie ze str. 3

V. Oczywiście nie do przewidzenia były również efekty autokratycznej polityki finansowej Balcerowicza. W tym kontekście budzi we mnie odrazę arogancja i samozadowolenie odpowiedzialnego za budżet państwa pana Misiąga. Zastanawiam się skąd u tego człowieka tyle nienawiści do służby zdrowia, a szczególnie lekarzy. Czyżby kompleksy niższości?

Wszystko o czym napisałem dotąd, jest właściwie sprawą powszechnie znaną. Można jeszcze „bardzo pozytywnie” ocenić Sejm, Senat, NRL. Można, a nawet trzeba, przypomnieć o strajkach i protestach służby zdrowia (wolę nie oceniać tu formy protestu DIL). Nie trzeba z pewnością mówić o tym, że państwo nasze jest w trakcie kolejnego, kto wie czy nie tym razem zdecydowanie destrukcyjnego, kryzysu. Niezwykle łatwo krytykować wszystko i wszystkich. Co jednak w chwili obecnej poza wzajemnym obrażaniem się można jeszcze zrobić? Rada DIL (w większości) i Prezydium DIL przyjęły bardzo prostą politykę — „nasz minister ma rację!”. W związku z powyższym należy Go bezkrytycznie popierać formułując kolejne uchwały. Należy zapomnieć o wszystkich poprzednich ustaleniach, wytropić Jego wszystkich wrogów i ich zniszczyć. Okazuje się, że min. Mierzewski zawsze był zły, a nasz prezes potrafi „z głowy” zrobić reformę w ciągu 5 dni (!). Trzeba się starać o dobrą prasę dla „naszego ministra” (skąd się bierze ta zła??). Skończyły się dyskusje na temat płac lekarzy (przedtem najważniejsze dla prezesa), systemu ubezpieczeń (zgodnie z opinią ekspertów Banku Światowego i naszego ministra są one bez sensu). Najważniejsze jest promowanie ustawy o odpłatności za leki (w opinii naszego prezesa z czerwca

ubiegłego roku bez sensu, o ile nie będzie rozwiązań systemowych) i ustawy o „Zakładach Służby Zdrowia” („prawdziwa rewolucja” — jeszcze jedna ustawa zalegająca dotąd różne biurka, nie prezentująca żadnych rozwiązań systemowych, typowe „prowizorium”). Przez delikatność nie mówi się o pozostałej części programu reformy naszego ministra — ponieważ jest on tożsamy z programem p. Misiąga. Oczywiście jest także fakt — „jest źle, bo minister nie ma pieniędzy”.

Wszystko jasne. Pozostaje pytanie. Kogo w tym momencie prezentują Rada i Prezydium DIL? Kolejny raz przyjmujemy do wiadomości, że rząd jest słaby i trzeba go chronić. Tak samo było na początku działalności DIL — rząd Mazowieckiego był kruchy, my lekarze tak mądrzy, że nie należało go męczyć naszymi problemami — „rozumiemy, że jeszcze nie teraz”. Do czego doprowadziła nas ta bierno-kolaboracyjna postawa? Mam wrażenie, że nadal działalność władz DIL (a także NRL) nie ma nic wspólnego z odczuciami ogromnej większości środowiska lekarskiego. Doskonale wiemy, jak ciężko nam się pracuje, nadal nie są spełniane jakiegokolwiek nasze żądania (nawet tak ewidentne, jak zwolnienie nas na kilka miesięcy od podatku wyrównawczego od dyżurów).

Ministerstwo Finansów nadal bezkarnie znęca się nad osobami prowadzącymi praktykę prywatną. Zresztą nie ma tu sensu powtarzanie całości naszych słusznych żądań. Są oczywiste i powszechnie znane.

Co wobec tego należy zrobić? Można popierać politykę władz DIL. To najprostsze wyjście. Ale jeżeli tak, to proponuję aby:

- 1) nasz minister mówił prawdę — „nie będą zamykane żadne oddziały szpitalne”.
- 2) nasz minister przypomniał sobie — że służba zdrowia bez lekarzy istnieć nie bę-

dzie — „jestem ministrem nie dla lekarzy, ale dla wszystkich ludzi w służbie zdrowia i dla społeczeństwa”.

- 3) nasz minister przestał być zdeklarowanym przyjacielem Ministerstwa Finansów — „na nic nie ma pieniędzy, chociaż one są do odzyskania przy właściwej polityce”.
- 4) nasz minister pamiętał o tym, że steroowanie służbą zdrowia, to nie tylko dzielenie pieniędzy. Można uprościć nam życie przez zniesienie wielu aktów administracyjno-prawnych.
- 5) nasz minister pamiętał, że proponowana przez niego i akceptowana przez rząd „reforma” nie ma nic wspólnego z reformą.

Można nie popierać polityki władz DIL. Co wtedy? Sądzę, że pytanie to nie jest retoryczne. Czy na strajk jest już za późno? Nadzwyczajny Zjazd i odwołanie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej? Silna reprezentacja lekarzy w kolejnych wyborach do Sejmu? Wystąpienie do Sejmu o rozwiązanie Izb Lekarskich jako organu zbytecznego w aktualnej rzeczywistości? Przekazanie naszych spraw Związkom Zawodowym? A może wszystkie sprawy służby zdrowia winny być tylko w gestii samorządów lokalnych?

Podobnych pytań można postawić znacznie więcej. Osobiście uważam, że każdy ruch będzie lepszy niż bezczynność i spokojne oczekiwanie na lepsze czasy. Nadal naszej grupy zawodowej w Polsce nie ma!

Nie sądzą również, abyśmy musieli bezkrytycznie poddać się opiniom „specjalistów” z krajów zachodnich — myślę, że mimo wszystko mają oni dosyć problemów we własnych krajach, niech zajmują się nimi.

Czesław Klemaszewski
lipiec 1991

Z archiwum Medycyny Sądowej

Jakich obrażeń doznał pokrzywdzony?

84-letni starzec i małżeństwo z 17-letnim synem mieszkali na jednym pięttrze i od kilku lat byli z sobą skłócenii. Któregoś dnia stary mężczyzna i chłopiec spotkali się przed drzwiami na klatce schodowej i... wersje zdarzenia podawane przez nich są różne. Mężczyzna twierdzi, że chłopiec wyzywał go, w związku z czym odepchnął go i oddalił się. Natomiast chłopiec twierdził konsekwentnie, że sąsiad rzucił się na niego „okładał go” pięściami po głowie. Nie upadł, nie bronił się, skulił się jedynie i osłaniał głowę rękoma. Udało mu się w końcu otworzyć drzwi i uciec do mieszkania. Matka chłopca twierdzi,

że syn był błądliwy i po chwili zemdleł. Wezwała pogotowie ratunkowe i spowodowała przewiezienie syna do szpitala, w którym jako pielęgniarka pracowała jej siostra. Syn zgłosił lekarzowi skargi na bóle i zawroty głowy. Badaniem lekarskim, przeprowadzonym przy przyjęciu do szpitala, nie stwierdzono jakichkolwiek odchyśleń od normy, w rubryce „stan miejscowy” odnotowano, że na głowie i na innych częściach ciała nie stwierdza się śladów obrażeń. Badaniem neurologicznym nie stwierdzono odchyśleń od normy. Natomiast na podstawie badania rtg kości sklepienia czaszki lekarz radiolog roz-

poznał złamanie łuski kości potylicznej. To rozpoznanie zadecydowało o dłuższym pobycie chłopca w szpitalu. W trakcie obserwacji nie stwierdzano jakichkolwiek zmian — odnotowywano jedynie skargi na bóle głowy. Po 10 dniach pobytu w szpitalu chłopiec został wypisany z rozpoznaniem: uraz głowy, złamanie kości potylicznej. Rodzice z synem zgłosili się w prokuraturze, złożyli skargę na sąsiada i zażądali jego ukarania. Prokurator skierował chłopca do Zakładu Medycyny Sądowej w celu przeprowadzenia badań, usta-

Dokończenie na str. 6

Diagnostyka śmierci człowieka...

Ciąg dalszy z nr 7—8

Wskazówki i uwagi dla

Komisji ds orzekania o śmierci osobniczej

Komisja bada chorego i przedstawioną jej dokumentację kontrolując czy:

1. dokonano wymaganych wstępnych stwierdzeń (etap I)?
2. dokonano wymaganych wstępnych wykluczeń (etap I)?
3. stwierdzono strukturalne uszkodzenie mózgu?
4. stwierdzono nieodwracalność strukturalnego uszkodzenia mózgu (wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływ czasu)?
5. stwierdzono brak odruchów pniowych?
6. stwierdzono trwałą bezdech?

Jeśli tak, to:

1. chorego wolno uznać za zmarłego, mimo jeszcze utrzymującej się czynności serca,
2. uznanie za zmarłego leży w kompetencji Komisji,
3. z chwilą uznania chorego za zmarłego respirator wentyluje zwłoki,
4. chory jest zmarłym, kiedy pień mózgu został uznany za martwy, a więc nie wtedy, kiedy odłączono wentylator płucny (respirator) i czynność serca uległa zatrzymaniu,
5. obowiązek terapeutyczny ustaje z chwilą komisyjnego potwierdzenia zgonu,
6. badania elektroencefalograficzne i badania angiograficzne mózgu nie są potrzebne do rozpoznania śmierci pnia mózgu,
7. w przypadku jakiegokolwiek wątpliwości dotyczącej śmierci pnia mózgu Komisja oddala wniosek.

Rozpoznanie śmierci pnia mózgowego

Rozpoznanie śmierci pnia mózgu opiera się na stwierdzeniu nieodwracalnej utraty jego funkcji.

Postępowanie kwalifikacyjne jest dwuetapowe.

Etap I: Wysłanie podejrzenia śmierci pnia mózgu.

Etap II: Wykonanie badań potwierdzających śmierć pnia mózgowego.

Spełnienie wszystkich wymogów etapu I warunkuje przejście do etapu II.

Etap I obejmuje dokonanie u chorych następujących stwierdzeń i wykluczeń:

1. Stwierdzenia:
 - a) chory jest w śpiączce
 - b) sztucznie wentylowany
 - c) rozpoznano przyczynę śpiączki
 - d) wykazano strukturalne uszkodzenie mózgu
 - e) uszkodzenie strukturalne mózgu jest nieodwracalne wobec wyczerpania możliwości terapeutycznych i upływu czasu.

2. Wykluczenia:

- a) chorych zatrutych i pod wpływem niektórych środków farmakologicznych (narkotyki, neuroleptyki, środki nasenne, usypiające, uspakajające, zwiotczające m.m. poprzecznie prążkowane),
- b) w stanie hipotermii wywołanej przyczynami zewnętrznymi,
- c) z zaburzeniami metabolicznymi i endokrynologicznymi,
- d) z drgawkami i prężeniami,
- e) dzieci do lat 5.

Spełnienie warunków zawartych w „Stwierdzeniach” i „Wykluczeniach” zezwala na wysunięcie podejrzenia śmierci pnia mózgu i przejścia do etapu II.

Etap II obejmuje 2-krotne wykonanie przez ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w odstępach 3-godzinnych następujących badań potwierdzających:

1. nieobecność odruchów pniowych
 2. bezdech.
- Badanie odruchów pniowych wykazuje:
1. brak reakcji źrenic na światło
 2. brak odruchu rogówkowego
 3. brak ruchów gałek ocznych spontanicznych, brak ruchów gałek ocznych przy próbie kolorycznej
 4. brak jakichkolwiek reakcji ruchowych na bodziec bólowy
 5. brak odruchów wymiotnych i kaszlowych
 6. brak odruchu oczno-mózgowego.
- Badanie bezdechu wykazuje brak reaktywności ośrodka oddechowego.

Wytyczne techniczne do sposobu badań:

Badanie reakcji na światło:

- a. przed próbą należy przez 30 sekund utrzymać zamknięte powieki,
- b. następnie odsłonić równocześnie obie źrenice oświetlając je światłem z silnego źródła (latarka lekarska, zwykła latarka, laryngoskop),
- c. badanie przeprowadzić 3-krotnie w odstępach około 30-sekundowych,
- d. w czasie badania obserwować średnicę źrenic przez około 5 sekund.

Badanie odruchu rogówkowego:

- a. unieść powiekę i odsłonić gałkę oczną,
- b. dotknąć rogówki 3-krotnie w około 5-sekundowych odstępach sterylnym wacikiem,
- c. badania wykonać obustronnie,
- d. obserwować zachowanie się powiek podczas próby.

Próba kaloryczna:

- a. przed wykonaniem próby należy sprawdzić wznikiem pełną drożność przewodów słuchowych zewnętrznych (brak woskowiny),
- b. skierować strumień z 20 ml lodowatej wody, (temp. 3—10°C) na błonę bębenkową,

- c. obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Sprawdzenie reakcji bólowych:

- a. w zakresie nerwów czaszkowych: nacisk opuszką palca na okolicę wyjścia n. nadoczodołowego (obustronnie),
- b) w zakresie nerwów obwodowych: ucisk płytki paznokciowej w okolicy wzrostowej krawędzią paznokcia (obustronnie),
- c) obserwować zachowanie się m.m. mimicznych twarzy i innych grup mięśniowych.

Sprawdzanie odruchów wymiotnych i kaszlowych:

- a. wprowadzenie zgłębnika do gardła i początkowego odcinka przełyku oraz ruchy osiowe zgłębnikiem nie wywołują odruchu wymiotnego,
- b. wprowadzenie zgłębnika do tchawicy i oskrzeli oraz osiowe poruszanie nim nie wywołuje odruchu kaszlowego,
- c. obserwować zachowanie się m.m. mimicznych twarzy, m.m. klatki piersiowej i brzucha.

Badanie odruchu oczno-mózgowego:

- a. stanąć za głową badanego i ująć ją obiema rękami z boków,
- b. odsłonić gałki oczne odsuwając kciukami powieki ku górze,
- c. obrócić głowę badanego najpierw w jedną stronę i zatrzymać 3—5 sek. w tej pozycji,
- d. obrócić głowę badanego w przeciwną stronę i zatrzymać ją przez 3—5 sekund w tej pozycji,
- e. obserwować zachowanie się gałek ocznych.

Badanie bezdechu:

- a. przez 10 minut wentylować badanego 100% tlenem w układzie bezzwrotnym,
 - b. następnie przed wykonaniem próby bezdechu tak wentylować płuca 100% tlenem, aby zawartość wydechowa CO₂ rejestrowana kapnograficznie ustabilizowała się na poziomie 5±0,5%
 - c. po uzyskaniu w/w stabilizacji pobrać krew z tętnicy i oznaczyć PaCO₂,
 - d. natychmiast po pobraniu krwi odłączyć badanego od wentylatora płucnego (respiratora) rozpoczynając równocześnie insuflację tlenu z przepływem 6 l/min. przez założony do tchawicy zgłębnik z wylotem w pobliżu rozwidlenia tchawicy,
 - e. od chwili odłączenia wentylatora płucnego obserwować pilnie zachowanie się klatki piersiowej i nadbrzusza przez kolejne 10 minut,
 - f. z chwilą upływu 10 minut pobrać krew z tętnicy celem oznaczenia PaCO₂ i natychmiast po pobraniu krwi podłączyć badanego ponownie do wentylatora płucnego.
- Uwaga: próba jest wykonana prawidłowo, jeśli w początkowym oznaczeniu PaCO₂ uzyskano wartość co najmniej 40 mm Hg

Dokończenie na str. 6

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

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

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

- jeleniogórskiego
- legnickiego
- wałbrzyskiego
- wrocławskiego

Aktualny cennik:

ogłoszenia drobne — 3000 zł za słowo,

ogłoszenia duże — 5000 zł za cm².

Zastrzegamy sobie prawo zmiany cen.

Diagnostyka śmierci człowieka...

Dokończenie ze str. 5

(5,3 kPa), a przyrost PaCO₂ po 10 minutach próby wyniósł co najmniej 15 mm Hg (1,9 kPa).

Jeśli w oznaczeniu początkowym uzyskano wartość PaCO₂ poniżej 40 mm Hg (5,3 kPa) należy po 1/2 godziny wykonać powyższą próbę ponownie po odpowiednim zmniejszeniu wentylacji płuc 100% tlenem.

Przy prawidłowo wykonanej próbie brak jakiegokolwiek reakcji ze strony m.in. biorących udział w oddychaniu świadczy o trwałości bezdechu.

Wszystkie badania potwierdzające należy powtórzyć po trzech godzinach od chwili zakończenia pierwszej serii badań.

Spełnione wszystkie kryteria i właściwe, dwukrotne wykonanie prób zezwalają komisji złożonej z neurologa względnie neurochirurga, anestezjologa i medyka sądowego na uznanie badanego za zmarłego w wyniku śmierci mózgowej. Z tą chwilą kończy się obowiązek leczenia. Uznanie badanego za zmarłego jest równoznaczne ze stwierdzeniem zgonu.

Z archiwum Medycyny Sądowej

Dokończenie ze str. 4

lających kwalifikację karną doznanych przez niego obrażeń. Lekarz na podstawie danych zawartych w karcie informacyjnej ze szpitala przyjął, że doznany przez chłopca uraz głowy spowodował naruszenie czynności narządu ciała tj. ośrodkowego układu nerwowego na czas powyżej siedmiu dni (długo trwające bóle i zawroty głowy były uzasadnione przy rozpoznaniu złamania kości czaszki). Prokurator oskarżył starca o przestępstwo z art. 156 § 1 kk i doszło do rozprawy sądowej. Na rozprawie sądowej rodzice zgłosili, że syn nadal jest leczony przez neurologa w Spółdzielni Lekarzy Specjalistów „VITA”, a rozpoznanie przez niego postawione jest znacznie poważniejsze aniżeli postawione w szpitalu. Uważali w związku z tym, że obra-

niu urazu głowy przestał istnieć; nieaktualna też stała się kwalifikacja karna przyjęta wcześniej. Zrodziły się natomiast wątpliwości czy w ogóle chłopiec doznał urazu. Nawet przy przyjęciu, że rzeczywiście uderzony został pięścią w głowę, to uraz taki — biorąc pod uwagę stan fizyczny sprawcy — (rodzice chłopca twierdzili przed Sądem, że mężczyzna ten uprawiał w przeszłości karate) nie spowodował poważniejszych obrażeń, zwłaszcza, że zapis EEG okazał się także odpowiedni do wieku. Na rozprawie sądowej największymi wrogami biegłej okazali się rodzice chłopca — nie chcieli przyjąć do wiadomości, że chłopiec nie doznał poważniejszych obrażeń i że tym samym nie ma szans na skazanie sąsiada.

Jakich obrażeń doznał pokrzywdzony?

żenia są u syna cięższe aniżeli ustalił to lekarz medyk sądowy. Z drugiej strony doświadczony sędzia — po wysłuchaniu oskarżonego i podejrzanego, i przyjrzeniu się stanowi fizycznemu oskarżonego, zaczął mieć wątpliwości, czy mógł on uderzeniem pięści złamać kość potyliczną. Przesłał zatem akta do Zakładu Medycyny Sądowej — po uprzednim uzupełnieniu ich oryginałami historii choroby ze szpitala i spółdzielni lekarskiej. Z zapisów neurologa w spółdzielni wynikało, że leczenie chłopca związane było ze skargami na bóle głowy. Wykonano badanie EEG, w którym lekarz rozpoznał zmiany uogólnione. Neurolog rozpoznał u chłopca stan po urazie głowy i wstrząśnieniu mózgu, a po miesiącu leczenia stan po urazie głowy i stłuczeniu mózgu.

Zgodnie z poleceniem sądu chłopiec wezwany został ponownie do Zakładu Medycyny Sądowej. W trakcie badania zgłosił skargi na okresowe występowanie silnych bólów głowy. Zaprzeczył natomiast kategorycznie, by w trakcie zdarzenia upadł na tył głowy lub uderzył o coś głową. Przeprowadzone badania ogólne i miejscowe zmian nie wykazały. Wykonano także w klinice radiologicznej badania RTG czaszki i skonsultowano zdjęcia czaszki wykonane w szpitalu. Zmiany na zdjęciach — mimo kilkumiesięcznego upływu czasu były identyczne — wykazywały szczelinę złamania kości potylicznej. Po dokładnej analizie zdjęć okazało się jednakże, że szczelina złamania przekraczała brzeg otworu potylicznego dużego i widoczna była w rzucie otworu, czego radiolog w szpitalu nie zauważył. Opiswane zatem złamanie kości potylicznej było niezarośniętym, rzutu-jącym się na potylicę, szwem czołowym. Tym samym jedyny dowód świadczący o dozna-

Na przykładzie tej sprawy chciałabym zwrócić uwagę na pochopność stawiania poważnych, związanych zwłaszcza z urazami, rozpoznań neurologicznych. Lekarz radiolog popełnił w tym przypadku omyłkę i to mogło się zdarzyć. Jednakże rozpoznanie neurologiczne było już niczym nie uzasadnione, a tylko dostosowane do poprzedniego nieprawidłowego rozpoznania.

Bardzo często zdarza się, że rozpoznanie neurologa jest szersze niż pierwotne rozpoznanie, postawione na podstawie obserwacji szpitalnej. Pojawia się najczęściej rozpoznanie „stan po wstrząśnieniu mózgu”, podczas gdy wstrząśnienie mózgu nie było wcześniej rozpoznawane. Ma to czasem związek z coraz obszerniejszym i ujawniającym coraz to nowe (i poważniejsze) objawy wywiadem.

Wskazuje to na narastające nastawienie roszczeniowe pokrzywdzonego, a także przedłuża leczenie związane z dolegliwościami subiektywnymi. Stwarza też konieczność bardzo wyważonej oceny obiektywnej przypadku.

Badanie EEG nie należy do rutynowych i niejednokrotnie jest wykonywane po raz pierwszy w życiu po urazie głowy. Jeżeli ujawnią się zmiany, są one w wielu przypadkach automatycznie odnoszone do urazu. Z punktu widzenia medycyny sądowej takie zmiany mogą, ale nie muszą być związane z przedmiotowym urazem (mogły istnieć wcześniej) i tylko wówczas, gdy wynik tego badania wiąże się logicznie z innymi dowodami lekarskimi może być brany pod uwagę przy kwalifikacji karnej urazu. W medycynie sądowej obowiązuje bowiem zasada, że w procesie karnym wszelkie wątpliwości interpretuje się na korzyść oskarżonego.

Barbara Świątek

OFERTA

W związku z zamiarem wydania „PRZEWODNIKA MEDYCZNEGO” zawierającego spis prywatnych gabinetów lekarskich, aptek, hurtowni leków oraz informacji o nowoczesnych lekach w firmach farmaceutycznych i sprzętu medycznego obejmującego województwa: — jeleniogórskie, legnickie, wałbrzyskie i wrocławskie prosimy właścicieli gabinetów, którzy chcą być ujęci w niniejszym spisie o wypełnienie poniższego zgłoszenia i przesłanie pod n/w adres:

PRT — 52-402. WROCLAW, ul. Grabiszyńska 337 „E” lub Wrocław Box-4228

Wpłatę w wysokości 100 000 złotych prosimy przesłać przekazem pocztowym na nasze konto bankowe: BPH Oddz. Wrocław nr 329202-100090-136 z dopiskiem „PRZEWODNIK MEDYCZNY”. W ramach ww. opłaty zamieszczamy ogłoszenie o istnieniu gabinetu (specjalność, adres, dni i godziny przyjęć). Pozostałe informacje wymagają dodatkowej opłaty (np. rodzaj zabiegów, wyposażenie itp.). Szczegółowych informacji zwłaszcza dotyczących możliwości zamieszczenia oddzielnej reklamy udzielamy pod nr. telefonu 61-92-26 lub 61-65-32 wew. 16 codziennie w godzinach od 9.00 do 14.00 (oprócz sobót). Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń upływa z dniem 15 października 1991 r., decyduje data stempla pocztowego.

TU ROZCIĄĆ

ZGŁOSZENIE

1. Imię i Nazwisko
2. Adres pełny i nr telefonu
3. Specjalność
4. Dnie i godziny przyjęć

Pragnę podać bardziej szczegółowe dane dotyczące gabinetu: tak-nie (zakreślić w kółko). Informuję jednocześnie, że dokonałem wpłaty w wysokości na w/w konto bankowe.

.....
(podpis potwierdzony własnoręcznie)

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej postanowiło poprzeć inicjatywę wydania Przewodnika Medycznego.

W dobie prywatyzacji, wkraczających ubezpieczeń prywatnych — istotne jest aby i pacjenci wiedzieli o lekarzach praktykujących

prywatnie i lekarze poznali kto z kolegów różnych specjalności przyjmuje prywatnie. W miarę napływu informacji Przewodnik będzie stale aktualizowany, będą w nim także zamieszczane informacje o rodzajach ubezpieczeń.

Oferty pracy

Komisja Zakładowa NSZZ „Solidarność” przy Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu zwraca się z prośbą o poinformowanie zainteresowanych osób o możliwości podjęcia pracy na stanowiskach kierowniczych w Inspekcji Sanitarnej, a mianowicie Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, Terenowych Inspektorów Sanitarnych woj. wrocławskiego i innych kierowniczych w Stacjach Sanitarno-Epidemiologicznych, które będą obsadzone w drodze konkursu. W konkursach mogą brać udział głównie lekarze medycyny oraz lekarze weterynarii, farmaceuci, chemicy, biochemicy, biolodzy i inżynierowie różnych specjalności mających związek z szeroko rozumianą profilaktyką i ochroną zdrowia.

Służba sanitarna w Polsce jest w przededniu głębokich zmian programowych i organizacyjnych. W związku z tym potrzebni są nowi ludzie, energiczni i otwarci na zmiany. Weź udział w tworzeniu odnowionej Inspekcji Sanitarnej!!!

Praca w Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej nie musi oznaczać degradacji lekarza lub innego zawodu do roli urzędnika. Przeciwnie — można w niej znaleźć wiele możliwości realizacji swoich ambicji zawodowych, ponieważ rola profilaktyki zdrowotnej i ochrony środowiska wzrasta i będzie wzrastać nadal, tak jak to się dzieje w wysoko rozwiniętych krajach Zachodu.

Dokończenie na str. 9

KOMISJA ETYKI LEKARSKIEJ
OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ
W KRAKOWIE

organizuje

OTWARTĄ KONFERENCJĘ

na temat

„Etyczne problemy pobierania
narządów do transplantacji”

W dyskusji biorą udział: Ks. dr W. Gubała, mgr praw K. Gustowska-Szwaja, prof. dr. J. Kałuża, red. E. Miszczak, prof. dr M. Sych. Dyskusję prowadzi lek. med. J. Wyka.

Konferencja odbędzie się
w dniu 19.X.1991 r. (sobota) o godz. 10.00
w sali wykładowej
Instytutu Biochemii Lekarskiej
Kraków, ul. Kopernika 7

POZOSTANA W NASZEJ PAMIĘCI

Z głębokim żalem zawiadamiamy
że 27.08.91 r. zmarła w wieku 51 lat
specjalista ginekolog-położnik

Dr n. med. DANUTA DOLIŃSKA

Odeszła od nas szlachetna i wielce oddana chorym lekarka. W zmarłej utraciliśmy doświadczonego i ofiarnego lekarza i przyjaciela
Cześć Jej pamięci!

Koleżanki i koledzy
ze Szpitala Nr 1
w Wałbrzychu

5 lipca 1991 r. zmarł we Wrocławiu

lek. med. chirurg ADAM RYMONT

Był więźniem sowieckich łagrów, sybirakiem. W DIL był aktywnym inicjatorem Klubu Seniorów
Pogrzebany 10 lipca 1991 r. na cmentarzu Grabiszyńskim we Wrocławiu
Cześć Jego Pamięci!

Z głębokim żalem zawiadamiamy

że 26.08.1991 r. zmarł lekarz medycyny

FRANCISZEK BENYSEK

długoletni były dyrektor ZOZ Oleśnica, a ostatnio zastępca ordynatora oddziału noworodkowego oraz przewodniczący komisji d/s płac i spraw socjalnych Koła Oleśnickiego DIL.

Odszedł od nas sumienny lekarz i prawy człowiek.

Koło Oleśnickie DIL

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.

O K A Z J A !!!

SPRZEDAŻ SUBSKRYPCJI

Rada Uczelniana Zrzeszenia Studentów Polskich
Akademii Medycznej we Wrocławiu
prowadzi sprzedaż subskrypcji podręcznika
„ANATOMIA PRAWIDŁOWA CZŁOWIEKA”

T. Marciniaka, pod redakcją prof. M. Ziółkowskiego
w godz. 12.00—15.00 w RU ZSP AM ul. Mikulicza-Radeckiego 5
Wrocław, tel. 22-56-60
Subskrypcja sprzedawana jest po cenie 120 000,— zł

Listy do redakcji

W nawiązaniu do artykułu „Inicjatywa oddolna” p. Czesława Klemaszewskiego, zamieszczonego w Biuletynie DIL numer 6 z 1990, chciałbym zwrócić się do lekarzy, którzy opierając się na informacjach tego Biuletynu mogą być narażeni na poważne przykrości.

Będąc lekarzem z długoletnim stażem pracy (kierownik Poradni Medycyny Pracy i Przychodni dla Kierowców we Wrocławiu ul. Białowieska 80) od 03.1991 r. podjąłem jednocześnie praktykę prywatną. Dokonywałem badań sprawności osób ubiegających się o prawo jazdy różnych kategorii, a także wydawałem stosowne zaświadczenia lekarskie. Zaświadczenia te zostały zakwestionowane przez Wydział Komunikacji i zmuszony byłem złożyć w DIL wyjaśnienie oraz wstrzymać wydawanie zaświadczeń.

Uważam, że o prawidłowości przeprowadzanych badań i ich wiarygodności decydować powinny wiedza, doświadczenie i etyka zawodowa lekarza przeprowadzającego te badania, a nie fakt czy lekarz ten zatrudniony jest w przychodni państwowej, czy też prowadzi działalność na własny rachunek.

W tej sytuacji uważam, iż organizacja zawodowa lekarzy jaką jest DIL powinna wystąpić z odpowiednią inicjatywą zmiany prze-

Dokończenie na str. 9

Oferty pracy

Swoje kandydatury proszę kierować do Oddziału Statystyki, Informacji i Szkoleń Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej we Wrocławiu ul. M. Skłodowskiej-Curie 75/77.

Przed przystąpieniem do konkursu należy wziąć udział w kilkudniowym szkoleniu, które przewiduje się w okresie od 1.09.91—15.09.91 r. w Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej. Osoby zainteresowane otrzymają wykaz źródeł informacji, których znajomość będzie obowiązywała przy konkursie.

Boehringer Ingelheim

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

Tel. 642-58-22

Fax 6422393

Telex 814 509

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

Leki firmy Boehringer Ingelheim do nabycia w następujących aptekach:

Wrocław: „Pod Murzynem” pl. Solny 3

„OO. Bonifratrów” ul. Traugutta 57

„Ostrobramska” ul. Grabiszewska 133

Wałbrzych: „Piastowska” ul. Bolesława Chrobrego 1

Jelenia Góra: „Piastowska” pl. Piastowski 30

Legnica: „Gren” ul. Nowotki 33

Informacje — Wrocław tel. 48 23 62

Listy do redakcji

Dokończenie ze str. 8

pisów umożliwiających przeprowadzanie badań kierowców i wydawanie zaświadczeń w ramach prywatnej praktyki lekarskiej. Brak bowiem jakichkolwiek przesłanek merytorycznych za utrzymaniem przepisu ograniczającego w tej mierze uprawnienia lekarzy. Wobec zaistniałej sytuacji konieczna jest inicjatywa oddolna. Moim zdaniem z inicjatywą taką powinna wystąpić organizacja zawodowa lekarzy.

Leon Stark

*

Dla Komisji Pracy i Warunków Pracy DIL

Jako członek Komisji Pracy i Warunków Pracy DIL z upoważnienia jej przewodniczącego, lek. Cz. Klemaszewskiego, uczestniczyłem w rozmowach placowych pomiędzy przedstawicielami Izby Lekarskiej Zespołu Uzdrawisk Kłodzkich, a dyrektorem tegoż przedsiębiorstwa, mgr. inż. Witoldem Urgaczem. W czasie dyskusji ustaliłem iż:

1. Przedstawiciele izb lekarskich nie zapraszano, a wręcz pomijano w negocjacjach placowych dotyczących się lekarzy zatrudnionych w ZUK.

2. Od lipca 1990 roku nie zmieniono stawek podstawowego uposażenia, pomimo iż dwukrotnie w Dzienniku Ustaw minister zdrowia podwyższał stawki zaszerogowania. Niedopatrzenie jest ewidentne, gdyż lekarze ZUK mają w umowach zastrzeżone, iż wynagrodzenie ich określane jest rozporządzeniami ministra zdrowia, a nie RM.

3. Próba wyrównania tychże strat finansowych poprzez stałe wysokie premie (ok. 45%) nie pozwoliła na właściwe i proporcjonalne wynagrodzenie w stosunku do kolegów zatrudnionych w ZOZ-ach.

Dla przykładu podaję stawki obowiązujące do dnia dzisiejszego od 30.07.1990 r.

— ordynator	850,0—900,0 tys. zł
— z-ca ordynatora	850,0 tys. zł
— st. asystent	815,0—850,0 tys. zł
— asystent	750,0—800,0 tys. zł

4. Dyrekcja tłumaczyła, iż do takiej sytuacji dochodzi z powodu braku pieniędzy i złej kondycji finansowej przedsiębiorstwa ZUK. W rozmowie często dyrektor nadużywał argumentu, iż on zwiększy wynagrodzenie lekarzom, ale pójdzie do innych grup zawodowych i powie, iż to przez lekarzy mniej zarabiają, a wręcz stwierdził, iż podanie sprawy do sądu stworzy sytuację bankructwa ZUK i pozbawi grono okolicznych mieszkańców miejsc pracy, i będzie to wina lekarzy (!!!).

Dokończenie na str. 10

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

Nazwisko, imię

adres

„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”

Dolnośląskie Centrum Diagnostyki Medycznej „DOLMED”
Wrocław, ul. Legnicka 40 tel. 55-05-28
prowadzi odpłatne badania:

- laboratoryjne (w tym hormonalne T₃ i T₄)
- internistyczne
- onkologiczne
- okulistyczne
- laryngologiczne

Zespół Opieki Zdrowotnej
w Dąbrowie Białostockiej

zatrudni natychmiast

LEKARZY GINEKOLOGÓW

do podjęcia pracy w poradni „K” oraz oddziale ginekologiczno-położniczym.

Disponujemy mieszkaniami rodzinnymi.

Wolne miejsca pracy dla lekarzy

- ZOZ Onkologiczny, pl. Hirszfelda zatrudni:
3 patomorfologów
- ZOZ Fabryczna, ul. Podróźnicza zatrudni:
— **pediatrę**
— **internistę**
— **neurologa**
— **dermatologa**
- Wrocławski Rejonowy ZOZ zatrudni w:
— GOZ Łągiewniki **pediatrę i internistę**
— WOZ Żórawina — **pediatrę**
— Pogotowie Gniechowice — **kierownika stacji pogotowia**
Nie zapewniamy mieszkań.
- Zarząd Policji, pl. Teatralny zatrudni **3 lekarzy po stażu** (wiek — do lat 30).
- ZOZ Strzelin zatrudni:
— **3 pediatrów**
— **2 ginekologów**
— **2 internistów**
— **2 stomatologów**
— **1 chirurga**
Zapewnione mieszkania dwu- i trzypokojowe.
- Wojewódzki Zespół Specjalistyczny Leczenia Zeza i Niedowidzenia w Sobótce zatrudni **lekarzy okulistów z I lub II stopniem specjalizacji (3 miejsca)**.
Informacje — tel. 162-777 lub 162-778.
- Wojewódzki Zespół Szpitalno-Sanatoryjny Chorób Płuc w Obornikach Śląskich zatrudni:
— **internistę z I lub II stopniem specjalizacji lub pulmonologa**.
Mieszkanie zapewnione.
- ZOZ Oleśnica zatrudni:
— **lekarza psychiatrę**
— **lekarza radiologa**
- ZOZ Trzebnica zatrudni:
— **anestezjologa z I lub II stopniem specjalizacji lub w trakcie specjalizacji**.
- Wojewódzki Szpital Schorzeń Narządu Ruchu w Trzebnicy zatrudni:
lekarza anestezjologa.
- ZOZ Środa Śląska zatrudni w:
— WOZ Miękinia **lekarza pediatrę** (bez mieszkania)
— GOZ Malczyce — **lekarza internistę** (trzypokojowe mieszkanie)
— WOZ Rakoszyce — **lekarza medycyny ogólnej** (dwupokojowe mieszkanie na terenie ośrodka zdrowia)
— Środa Śląska — **anestezjologa i internistę** (brak mieszkań)
— GOZ Miękinia — **lekarza stomatologa** (brak mieszkania)
- Przemysłowy ZOZ w Jelczu zatrudni
— **2 pediatrów**
— **1 okulistę**
- Przemysłowy ZOZ w Brzegu Dolnym zatrudni:
— **lekarza anestezjologa**
— **lekarza radiologa**
— **lekarza pediatrę**
- Województwo wałbrzyskie zatrudni ogółem **60 lekarzy**, w tym **6 stomatologów**
- Województwo legnickie zatrudni **26 lekarzy medycyny, 13 lekarzy stomatologów**
- Województwo jeleniogórskie zatrudni **26 lekarzy medycyny, 8 lekarzy stomatologów**.

OFERTA PRACY ZOZ W PRUDNIKU

- Stomatolog** (najchętniej małżeństwo) w Przychodni Rej. w Prudniku mieszkanie 3 pokoje z kuchnią o wysokim standardzie (64 m²) do zasiedlenia w VIII br.
- Stomatolog** lub **absolwent stomatologii** w Przychodni Rej. w Głogówku, mieszkanie 3-pokojowe z kuchnią w nowym budownictwie.
- Radiolog** do pracy w szpitalu w Prudniku, mieszkanie 3-pokojowe z kuchnią (ok. 65 m²) o wysokim standardzie do zasiedlenia VIII/IX br.
- Stomatolog** lub **absolwent stomatologii** w Przychodni Rej. w Prudniku, mieszkanie 3-pokojowe z kuchnią (60 m²) o wysokim standardzie do zasiedlenia w VIII br.
- Stomatolog** lub **absolwent stomatologii** do pracy w WOZ Szybowice, mieszkanie w budynku ośrodka 3 pokoje z kuchnią.
- Stomatolog** lub **absolwent stomatologii** do pracy w WOZ Śmicz, mieszkanie 2 pokoje z kuchnią w budynku ośrodka.

Poza tym zapewniamy maksymalne uposażenie zasadnicze oraz premie, a w WOZ wysokie dodatki deficytowe. Możliwość specjalizacji dla lek. stomatologów we wszystkich kierunkach.

Listy do redakcji

Dokończenie ze str. 9

5. Ostatecznie po burzliwej dyskusji dyrektor zobowiązał się od 1.06.1991 roku wprowadzić stawki zgodne z Rozporządzeniem MZ z dnia 19.03.1991, pozostawiając do wynegocjowania wielkości stawek w ramach proponowanych widełek.

6. Dyrekcja w dniu tym nie widziała możliwości wyrównania strat materialnych poniesionych przez kolegów od 1.01.1991 r.

7. Postanowiono spotkać się ponownie po 7 dniach, aby negocjować formy rekompensaty oraz ustalić grupę uposażenia podstawowego. W przypadku niespełnienia przez dyrektora bardzo słusznych i wcale niewygórowanych rząduń zaferowałem pomoc radcy prawnego DIL, a w ostateczności pomoc finansową w przeprowadzeniu postępowania sądowego.

Artur Kwaśniewski

„IUDICIUM DIFFICILE”

W numerze 6 (14) Biuletynu profesor Seweryn Łukasik (art. „Można i tak”), poruszył sprawę telewizyjnej prelekcji prof. St. Zgliczyńskiego z 11 maja dotyczącej problematyki medycznej, której głównym motywem była krytyka lekarzy opiekujących się prezydentem Bushem. Celem piszącego te słowa, nie jest dolewanie „oliwy do ognia”, ani też godzenie odmiennych postaw i motywacji, ale podzielenie się kilkoma ogólnymi refleksjami, które nasunęły mi się przy śledzeniu tej sprawy.

Prof. Łukasik wspominał o potrzebie odpowiedzialności za tego rodzaju audycje, mające również zasięg międzynarodowy — oraz o potrzebie korzystania z recenzentów, redaktorów, ekspertów, wobec subiektywizmu naszych postaw i wnioskowań.

W moim odczuciu podobne sytuacje w różnym wymiarze zdarzają się nie tylko w środowiskach masowego przekazu, ale niemal na co dzień. Spotykamy się bowiem (szczególnie u przewlekłe chorych leczonych przez różnych lekarzy i różne ośrodki) często z nieuzasadnioną krytyką stosowanych metod postępowania lekarskiego. Nośnikiem tego jest często sam chory lub jego najbliżsi. Często ma to miejsce po jednorazowym badaniu, które uniemożliwia uwzględnienie tego co nazywa się „anamnesis vitae”.

Ale bardziej ogólny wniosek, niż wspomniane wydarzenie to sprawa naszych sądów lekarskich. Lekarz może przypuszczać, podejrzewać, sugerować, a nigdy bezwzględnie twierdzić.

Uczymy studentów, że cała sztuka lekarska zasadza się w głównym stopniu na obserwacji, spostrzeżeniach (tota vis in observazione). Natomiast nawet najlepsze w naszym odczuciu sprawy, najbardziej poprawne rozumowanie, nie są w konkluzji

Dokończenie na str. 11

Listy do redakcji

Dokończenie ze str. 10

wolne od błędu. Nie tylko Hipokrates uczył że iudicium difficile (wyrokowanie trudne), a Chrystus przestrzegał „Nie sądźcie, abyście nie byli sądzeni”. Niemal cała historia medycyny uczy, że jednym z najczęstszych błędów nie tylko lekarzy praktyków ale i sławnych ludzi były za daleko idące wnioski, uogólnienia, osądy. Warto o tym pamiętać nie tylko w okresie wakacyjnym. A w ogóle dobrze się stało, że nie uciekamy od trudnych problemów i mamy odwagę napisać o tym co przykre dla nas i co chcielibyśmy poprawić.

Zbigniew Domosławski

*

W odpowiedzi na pismo z dnia 14.06.91 r., które wpłynęło do Prezydium Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wyjaśniam:

Gabinet prywatny spółki Polsko-Radzieckiej Modernbud SA Zielona Góra i Nowosybirsk nie został oficjalnie zatwierdzony, nie wydałam żadnych opinii osobiście. Byłam w Instytucie Mikrochirurgii Oka w Nowosybirsku od 29.05. do 7.06.91 r. na osobiste zaproszenie dyrektora spółki i profesora Łanucha, dyrektora Instytutu Mikrochirurgii Oka w Nowosybirsku. Wyjazd prywatny, w ramach urlopu. Celem wyjazdu było zaznajomienie się z zakresem działań merytorycznych w Instytucie, oraz rodzajami zabiegów, jakie można ewentualnie wykonywać w Szklarskiej Porębie. Moja osobista tam obecność pozwala dopiero teraz zająć stanowisko w tej sprawie.

Strona polska wnosi wkład w postaci obiektu wraz z kompleksowym ogólnym wyposażeniem. Strona Instytutu Mikrochirurgii Oka w Nowosybirsku wnosi wkład w formie specjalistycznego wyposażenia sali operacyjnej oraz ewentualnie deleguje 1 (słownie jednego) lekarza okulistę do pracy w Polsce po prawnym załatwieniu prawa wykonywania zawodu dla delegowanego kolegi. Zakupiony sprzęt, to:

- autokeratometr
- refraktorautomatic
- visiontester Vt i SE
- ultratonic Pachometr
- ultratonic Biometr
- Fidor analizy EOG- ERG-
- Gazfidol stimulator
- komputer Noksia D
- komputer IBM

— zestawy do operacji mikrochirurgii oka. Zabiegi, które ewentualnie można prowadzić, posiadając powyższy sprzęt w Szklarskiej Porębie to:

- 1) mikrochirurgia tylnego bieguna gałki przy dystroficznych zachorowaniach siatkówki i nerwu wzrokowego tzw. rewaskularyzacja nerwu wzrokowego,

Dokończenie na str. 12

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
oraz

Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych
we Wrocławiu

zapraszają na

POSIEDZENIE NAUKOWE

które odbędzie się dnia 23.10.1991 r. o godzinie 13.00 w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej przy ul. Chalubińskiego 4.

Program:

1. Przypadek gigantomastii u 14-letniej dziewczynki
Renata Wąsikowa, Anna Noczyńska, Mieczysław Ujec — Katedra i Klinika Endokrynologiczna Wieku Rozwojowego, II Katedra i Klinika Ginekologii.
2. Sprawozdanie z pobytu naukowego na XIV Światowym Zjeździe Diabetologicznym w Waszyngtonie w dniach 23—28.06.1991 r.
Renata Wąsikowa — Katedra i Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego.
3. Informacja o nowych lekach Polfy.
Joanna Zborucka — przedstawiciel naukowy Polfy.
4. Dyskusja.

U w a g a:

1. W roku akademickim 1991/92 posiedzenia naukowe PTL będą się odbywać w sali wykładowej Katedry i Zakładu Mikrobiologii Akademii Medycznej, ul. Chalubińskiego 4.
2. Uczestnictwo w posiedzeniu Towarzystwa jest częścią składową szkolenia podyplomowego, zgodnie z programem Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych we Wrocławiu. Udział Lekarzy specjalizujących się jest obowiązkowy.

Przewodniczący
Oddziału Wrocł. Pol. Tow. Lek.
Mieczysław Ujec
Sekretarz
Oddziału Wrocł. Pol. Tow. Lek.
I. Gasińska-Drozdowska

Urząd Wojewódzki w Wałbrzychu Wydział Zdrowia

ogłasza

KONKURS

na stanowisko

ordynatora

Oddziału Dziecięcego Szpitala w Dusznikach Zdroju

liczącego 26 łóżek

Wymagany II stopień specjalizacji w zakresie pediatrii. Warunki płacowe wg obowiązujących przepisów w służbie zdrowia. Mieszkania nie zapewniamy. Kandydaci ubiegający się o to stanowisko winni dołączyć do podania dokumenty — zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 października 1990 r. w sprawie zasad i trybu powoływania oraz przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznych służby zdrowia (Dz U Nr 70 z dnia 12.10.1990 r. poz. 416).

Oferty należy składać do Urzędu Wojewódzkiego w Wałbrzychu Wydział Zdrowia — 58-300 Wałbrzych, al. Wyzwolenia 20 — z dopiskiem na kopercie „Konkurs” — w terminie 30-dniowym od daty ogłoszenia.

Rozpatrzenie ofert nastąpi w terminie 3 tygodni.

POLSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE KOŁO W LUBINIE

ZAPRASZA

LEKARZY MEDYCYNY I STOMATOLOGÓW, ANALITYKÓW

NA

I WYSTAWĘ I TARGI DROBNEGO SPRZĘTU MEDYCZNEGO

W DNIU 16.11.1991 r.
w kinie MUZA w LUBINIE
w godz. 9.00—17.00

W PROGRAMIE:

WYSTAWA POŁĄCZONA ZE SPRZEDAŻĄ SPRZĘTU FIRM:

abc-MED, ANALCO, ASPEL, BADENIA, BILA TRADING, BLOODNOWA, CEZAL, CLIDENT, ERBE-SCHILLER, FUNDACJA ROZWOJU NAUKI POLSKIEJ, HYDROMED, KAMED, MEDICOM, MEDMESS, PRO MEDICO POLAND, SORIMEX, TEMED, TE-ZAT, VARIA

POSIEDZENIA NAUKOWO-SZKOLENIOWE

- SESJA I** „Problemy naczyniowe w chirurgii urazowo-ortopedycznej” — oddział chirurgii urazowej i ortopedycznej szpital ZOZ Lubin
- SESJA II** „Zdrowie społeczeństwa w świetle nowoczesnych metod nadzorowania przebiegu ciąży i porodu” — Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.
- SESJA III** „Postępowanie kosmetyczne we współczesnej stomatologii” — Polskie Towarzystwo Stomatologiczne.
- SESJA IV** POPULARYZACJA TECHNIKI KOMPUTEROWEJ:
— pokaz edytorów tekstów, bazy danych, arkuszy kalkulacyjnych
— wykorzystanie komputerów w diagnostyce klinicznej — Pracownia Elektrofizjologii Katedry i Zakładu Patofizjologii Akademii Medycznej we Wrocławiu.
- SESJA V** PROMOCJA NOWOŚCI:
— w formie filmów video przedstawiają firmy: SORIMEX, CLIDENT, KAMED,
— w formie referatów: TE-ZAT, FUNDACJA ROZWOJU NAUKI POLSKIEJ.
- SESJA VI** PROBLEMY I ROZWÓJ PRYWATNYCH PRAKTYK LEKARSKICH:
— Informacja bieżąca z działań Izb Lekarskich w kierunku rozwoju praktyki lekarskiej
— Korzyści z zawierania umów leasingowych dla szybkiego wyposażenia praktyk lekarskich — przedstawi firma KAMED
— Dyskusja środowiskowa.

Informacje szczegółowe:

Artur Kwaśniewski
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Szpital ZOZ Lubin
Oddz. wewn. I
tel. 44-17-25

Sekretarz Koła PTL w Lubinie
lek. A. Kwaśniewski
Przewodniczący Koła PTL w Lubinie
Prof. dr habil. J. Bielawski

Dokończenie ze str. 11

- 2) metoda termokoagulacji przy nadwzroczności i niezborności,
- 3) wszczepy tylnokomorowe soczewek, leczenie operacyjne zaćmy,
- 4) scleroplastyka,
- 5) operacje przeciwjaskrowe,
- 6) keratotomia radialna.

W rozmowach z Lekarzem Wojewódzkim oraz Wydziałem Finansowym Ministerstwa Zdrowia zapewniano, że istnieje możliwość refundacji kosztów leczenia pacjentów z budżetu centralnego, w sposób podobny do refundacji dla obywateli polskich, leczonych za granicą. Jest możliwość leczenia pacjentów nie tylko z Polski.

Dodatnie strony spółki: zwiększenie zatrudnienia dla ludzi w Szklarskiej Porębie oraz dodatkowe miejsca pracy dla polskich okulistów. Aparatura, którą posiada spółka — w naszych warunkach brak możliwości zakupu tego sprzętu w ciągu co najmniej 10 lat.

Istnieje możliwość doksztalcenia kolegów lekarzy, możliwość współpracy z każdym ośrodkiem okulistycznym w Polsce. Gabinet ma prawo być otwarty zgodnie z istniejącymi, obowiązującymi przepisami. Sprawa zatrudnienia lekarza ze Związku Radzieckiego jest sprawą drugorzędą. Jeżeli dojdzie do tego, to będzie to również zgodne z obowiązującymi przepisami i możliwe dopiero po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu.

Izabela Barczyk

Krótko

Uprzejmie informuję, że Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego rozpoczyna 1 listopada 1991 r. szkolenie lekarza rodzinnego (domowego).

Jeżeli na terenie Państwa działalności znajdują się lekarze zainteresowani takim szkoleniem prosimy o zgłoszenia do Centrum Medycznego. Organizacją szkoleń kieruje prof. dr hab. med. Jacek Jastrzębski — Z-ca Dyrektora CMKP d/s klinicznych.

MAŁŻEŃSTWO LEKARSKIE (tegoroczni absolwenci)

poszukuje pracy z mieszkaniem
rodzinnym

Preferowane interna
i dermatologia

Stowarzyszenie
„Solidarite Pologne”
14 rue du Cheval Blanc
54 000 Nancy
tel. 83 27 09 42

Komitet Pomocy Polsce
80 rue de Loevenbruck
54 500 Vandoeuvre
tel. 83 56 02 42

Od 1980 r. istniało w Nancy stowarzyszenie kulturalne studentów interesujących się sprawami polskimi. Jacques PERTEK uczestniczył w I Zjeździe „Solidarności” w Gdańsku. W 1981 roku został on pierwszym przewodniczącym stowarzyszenia „Solidarite Pologne”. Celem tego stowarzyszenia było niesienie pomocy materialnej i moralnej rodzinom więźniów politycznych. W konwojach humanitarnych przesyłano leki, odzież, żywność, a w szczególności odżywkę dla niemowląt. Od 1981 r. do 1987 r. członkowie „Solidarite Pologne” byli we Wrocławiu kilkakrotnie w roku, przywożąc za każdym razem około 3 ton darów.

Aby ułatwić sobie wjazd do Polski gdy „SOLIDARITE” nie dostała paszportu ... powstało drugie stowarzyszenie: Komitet Pomocy Polsce „COMITE D'AIDE A'LA POLOGNE”. Od 1987 roku korzystano z usług PEKAES-u 4 razy do roku przywożąc średnio 10—12 ton darów do Wrocławia bądź Lubina. W tych dwóch miastach Komitety Charytatywne zajmowały się dystrybucją darów. Leki były rozprowadzane w szpitalach lub wśród pacjentów na recepty, niemożliwe do zrealizowania w aptekach.

W 1988 r. Françoise i Bernard Romani zetknęli się z lekarzami, z którymi nawiązała się regularna współpraca. Pozwoliło to lepiej poznać potrzeby medyczne i w sposób ukierunkowany uzupełniać braki. Byli to: — Prof. Rutkowski z Kliniki Zakaznej Dzieci — przede wszystkim antybiotyki (w postaci syropów) oraz materiały jednorazowego użytku (igły do punkcji lędźwiowych i biopsji wątroby). Ponadto zabawki, malarstwo na szkło aby uprzyjemnić dzieciom pobyt w szpitalu, do czego Prof. Rudkowski przywiązuje dużą wagę — dr Salomon — Neurologia, dr Niemiec — Interna, dr Sidorowicz — Psychiatria, Prof. Bogusławska-Jaworska, doc. Przybylski — ortopedia dziecięca w Trzebnicy (zakup implantów we współpracy z Kawalerami Maltańskimi), dr Maksymowicz i Zyckowski z Lubina oraz inni.

W Nancy leki były zbierane przez apteki, lekarzy, szkoły, laboratoria farmaceutyczne, stowarzyszenie „Pharmaciens sans frontieres”, hurtownie leków CERP, OCP. Pan Bernard HALLVITTE przewodniczący stowarzyszenia i p. WOIGARD poświęcili wiele czasu by zorganizować wysyłkę leków. Pani Françoise Romani, Paulette Bacquer, Elizabeth Colin, Isabelle Kraemer wiele napracowały się przy segregacji leków w porządku alfabetycznym i przy ich pakowaniu do kartonów. Dary zbierane były i przechowywane w lokalach, które udostępniał urząd miejski VANDOEUVRE — LES NANCY. François Romani mając rozeznanie medyczne przygotowywała wysyłki przeznaczone dla szpitali oraz uzupełniała zakupy np. w strzykawki i igły przed każdym wyjazdem. Finanse zapewniało opodatkowanie się członków Stowarzyszenia SOLIDARITE POLOGNE, ich dary oraz akcje specjalnie przez nich organizowane.

Przygotowanie 3—4 ton leków co 3—4 miesiące (około 15 ton rocznie) zabierało wiele czasu, lecz podróże do Polski i spotkania z lekarzami wykazały, że praca ta była bardzo pożyteczna.

Ostatnia podróż w kwietniu 1991 r. pozwoliła skonstatować, że mimo korzystnej ewolucji w Polsce potrzeby w dziedzinie leków pozostały ogromne.

Stowarzyszenie SOLIDARITE POLOGNE będzie kontynuowało swoją pomoc. Od 10 lat motorem tych akcji są Hugette i Richard Ozimek, których dynamizm pozwala przypuszczać, że bliskie więzy między Nancy, Wrocławiem i Lubinem dalej się będą rozwijać.

tłum. Barbara Bruziewicz-Mikłaszewska

2 maja 1991 r. w siedzibie DIL odbyło się spotkanie Komisji Współpracy z Zagranicą z grupą studentów francuskich „DEFI POLONAIS” z CRISTEL GALPIN i Markiem GARGAŁĄ. Przywieźli oni leki, które przekazano Szpitalowi im. A. Falkiewicza w Brochowie. Nawiązano przyjacielskie stosunki z przedstawicielami POITTIERS — bliźniaczego miasta Wrocławia.

W spotkaniu tym uczestniczyła również mgr Anna Żylińska z Biura Współpracy z Zagranicą Urzędu miasta Wrocławia.

Errare humanum est?

Repetitio est mater studiorum (Powtórzenie matką wiedzy). Witam Czytelników po wakacyjnej przerwie sloganem który, zwłaszcza w okresie kanikuly, nie cieszy się popularnością, jesienią zaś przytłacza studentów nieznośnym dydaktyzmem. *Apaga satanas* — zakrzyknąłby natychmiast profesor Stefan Kruś autor znakomitych „Felietonów przekornych”, które chciałbym polecić uwadze dysponujących jeszcze wolnym czasem Czytelników. Odkryją tam, jak urokliwą formę można nadać tekstom w istocie bardzo dydaktycznym.

Tymczasem zaś, bez Krusiowej wirtuozerii, proponuję kontynuację naszego łacinniczego repetytorium. Dziś pragnę je poświęcić przymiotnikom I i II deklinacji oraz ich złożeniom. Szerokie stosowanie przymiotników wynika z rozwoju wiedzy medycznej, implikującego uzupełnianie zasadniczego rozpoznania choroby o jej przyczynę, rodzaj i stadium, a nawet rokowanie, np.: HEPATITIS CHRONICA AGGRESSIVA IN CIRRHOSIM VER-TENS lub: INSUFFICIENTIA RENUM ACUTA PARENCHYMATOSA POST-TOXICA IN STADIO POLYURIAE czy: ALCALOSIS METABOLICA HYPOKALAEMICA SUBCOMPENSATA.

Przymiotniki wspomnianych deklinacji mają końcówki: -us -er (rodz. męskiego), -a (rodz. żeńskiego), -um (rodz. nijakiego), które odmianą nie różnią się od rzeczowników jednoimiennej deklinacji (podaną w 8 i 9 numerze Biuletynu). Przypomnijmy:

l. mnoga:

Nom.	-us (-er)	-a	-um	-i	-ae	-a
Gen.	-i	-ae	-i	-orum	-arum	-orum
Dat.	-o	-ae	-o	-is	-is	-is
Acc.	-um	-am	-um	-os	-as	-a
Abl.	-o	-a	-o	-is	-is	-is

Użyte obok rzeczownika przymiotniki muszą być z nim zgodne co do liczby, przypadku i rodzaju (którego najczęściej dotyczą sprostowane błędy). Piszemy więc:

ASCITES PERMAGNUS a nie „a. permagna”

ANEURYSMA POSTINFARCTOSUM a nie „a. postinfarctosa”

KOLPITIS SENILIS a nie „k. senile”

MALACIAE CEREBRI MULTIPLICES FOCALIS a nie „malationes(?) c. multiplex focalis”

STATUS POST REANIMATIONEM EFFECTIVAM (v. EFFICACEM) a nie „st. post reanimationem effectiva”

Zapraszam do następnego odcinka!

Chochlik lekarski

P.S.

Wykorzystano autentyczne omyłki z prywatnej kolekcji Chochlika.

PARACETAMOL SYROP 2,4% MZiOS Zezw. nr 2846

Skład: Paracetamol 2,88 g
Excipients qs. ad 120, ml

Właściwości i działanie:

Środek 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 przeciwzkrzepowych 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

„W Oleśnicy po wakacjach”

W pierwszą środę września odbyło się powakacyjne zebranie Koła Oleśnickiego DIL. Uczciliśmy chwilą zadumy pamięć zmarłego przed kilkoma dniami kol. Franciszka Benyska, byłego wieloletniego dyrektora naszego ZOZ-u, a ostatnio wiceordynatora oddziału noworodków szpitala w Oleśnicy oraz przew. komisji d/s płac i spraw socjalnych naszego koła. Następnie uroczystie pożegnaliśmy odchodzącego na emeryturę nestora lekarzy Ziemi Oleśnickiej kol. Wojciecha Ratajskiego. W części szkoleniowej obejrzelśmy projekcję dwóch filmów: „Biopsja” i „Zakażenia szpitalne”. Potem przy herbacie i słodyczach omówiliśmy problemy poruszone w demonstrowanych filmach z uwzględnieniem lokalnych oleśnickich aspektów, oraz dyskutowaliśmy na bieżące interesujące nas tematy.

Każdorazowe zamieszczenie notatki z życia naszego koła w „naszym” Biuletynie DIL jest bardzo żywo przyjmowane przez naszych lekarzy wpływając integrująco na środowisko.

Andrzej Wojnar

Zapiski emeryta

Jadąc tramwajem usłyszałem rozmowę dwóch moich rówieśniczek — emerytek. Wiele sobie obiecywały po preparacie Tolpy. Utyskiwały tylko na cenę jednej tabletki. Ale pewnie i tak kupią — zdrowie jest przecież najważniejsze. Co kilka lat pojawia się na rynku jakiś wspaniały preparat, który leczy wszystko. Od raka przez uczulenia do sclerosis multiplex. Była już huba, nafta, mocz, aloes, żeń-szeń, mikroelementy, sok z ziemniaków i cała paleta różnych innych mikstur, a do tego trzeba jeszcze dodać potężną energię zmagazynowaną w ciałach bioenergoterapeutów. Moje wnuki zapamiętały jeszcze jeden specyfik reklamowany przez telewizyjnego Alfa — na czkawkę sok z kota! Może żyję w złym mieście, obracam się w złym towarzystwie — ale pamiętam, że wielu moich pacjentów zażywało różne takie pseudo-leki. Grono moich przyjaciół lekarzy liczy kilkadziesiąt osób pracujących w szpitalach i klinikach. Nikt z nas nie widział po nich żadnego efektu leczniczego. No, ale teraz po szumnej reklamie w TV, milionach zainwestowanych w ludzi i sprzęt tabletki torfowe pozbawią lekarzy pracy. Prześladowuje mnie od pewnego czasu koszmar senny — po najbardziej zanieczyszczonej ziemi w Europie, w oparach śmiertecznych papierosów, przechadzają się podchmielone statystycznym alkoholem mało ruchliwe grubasy. Wszyscy na przekór naturze — zdrowi! Bezrobotni lekarze ciężko pracują zestani do kopania torfu. Budzę się złany potem, wypijam szybko kawę, rozglądam się. I co — nic się nie stało, nadal wszędzie pełno pacjentów, krzywe chorobowe pną się do góry. Z nerwów tykam grzybek tybetański, owijam się szczelnie miedzianym drutem — powoli uspokajają się moje nerwy. Mogę już przyjmować. Siostró — proszę następnego pacjenta...

SPROSTOWANIE

1. Zamieszczony w 9 numerze Biuletynu DIL wiersz pt. „Profesorowi” został napisany przez ucznia Profesora, dr. med. Jerzego Masióra znanego artystę malarza i poetę.
2. W końcu artykułu zakradł się błąd zmieniający sens informacji. Wydrukowano „...Był autorem pierwszej nagrody państwowej za badania naukowe”. zamiast „...był autorem nagrody pierwszego stopnia za badania naukowe.”

Teresa Świdorska-Błońska

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, U. Pudys, B. Romanowicz — T. Wilniewozyc — 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. 321/91. Złożono do druku w sierpniu br. Nakład 4000.
Sekretariat DK czynny codziennie do godz. 17.00, w czwartek do godz. 18.00.