



# BIULETYN

## DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

PAŹDZIERNIK 1993

3

NOWE WŁADZE  
DIL

9

LEKARZ RODZINNY  
-CIĄGLE DALEKO

16

W ROCZNICĘ  
ŚMIERCI PROF. B.  
JAŁOWEGO

18

KONGRES  
PATOLOGÓW

23

RECEPTA  
DLA EMERYTA

## Ubezpieczenia lekarzy

1. Z wykonywaniem zawodu lekarza łączy się - podobnie jak z wykonywaniem wielu innych zawodów - cały szereg ryzyk wyrządzenia innym osobom szkód, za które lekarz może ponosić odpowiedzialność cywilną, a także karną, karno-służbową itp. Zawód lekarza i wykonywane przez niego czynności mają jednak charakter szczególny, gdyż dotyczą zdrowia i życia pacjenta. Dlatego też wszelkie uchybienia w tych czynnościach nabierają szczególnej wagi, a szkody z nich wynikające mogą być bardzo poważne.

*ciąg dalszy na str. 13*

## Anestezjolodzy obradują

Dwa tygodnie temu anestezjolodzy zakończyli kolejne obrady, tym razem XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii we Wrocławiu. Niewątpliwie zjazd był wydarzeniem naukowym rangą znacznie przekraczającym granice naszego kraju. Wzięło w nim udział około 1500 uczestników, w tym 100 gości z Europy Wschodniej, Zachodniej i USA.

*ciąg dalszy na str. 15*

## ROK AKADEMICKI ROZPOCZĘTY!



JM Rektor AM prof. dr hab. Jerzy Czernik wygłasza przemówienie Inauguracyjne Fot. P. Gawlik

## SPIS TREŚCI

### ARTYKUŁY

Z. Abraszko: Pierwsze kroki . . .	25
A. Gubiński: Etos lekarza . . . . .	14
R. Kielhorn: Między pragnieniami a rzeczywistością . . . . .	22
A. Wąsiewicz: Ubezpieczenia lekarzy . . . . .	12
W. Iwanowski: Lekarz rodzinny ciągle daleko . . . . .	16
W. Iwanowski: Współpraca buduje	16
M. Jeleń: XIV Europejski Kongres Patologów . . . . .	9
A. Białas: Bierność, obojętność czy głupota? . . . . .	10
Diagnostyka laboratoryjna . . . . .	11
B. Popielski, M. Mędraś: Pamięci profesora Bolesława Jałowego	18
B. Świątek: Jakie skutki mogą powodować słowa? . . . . .	24
R. Hajzik: Recepta dla emeryta	23
A. Obojski: Anestezjology obradują . . . . .	15
M. Rutkowska: Ratujmy służbę zdrowia . . . . .	17
Zapiski emeryta . . . . .	32
Nowe władze DIL . . . . .	3

### Z PRAC

<b>PREZYDIUM I RADY DIL</b>	4
-----------------------------	---

### Z ŻYCIA KÓŁ

A. Wojnar: Oleśnickie wybory . . .	16
W. Iwanowski: Współpraca buduje . . . . .	16

### Z ŻYCIA AKADEMII

Rok akademicki rozpoczęty . . .	6
---------------------------------	---

### KOMPUTER W MEDYCYNIE

Komputer to jeszcze nie wszystko . . . . .	20
Będziemy komputeryzować szpital . . . . .	21
Słowniczek . . . . .	20

WHO IS WHO? . . . . .	28
-----------------------	----

### LISTY

Związek Zawodowy Lekarzy . . .	29
MZIOS w sprawie Czerwiakowskiego . . . . .	9
Genetyka w programie kształcenia podyplomowego . . . . .	30

### ROZMAITOŚCI

Aborcja w Niemczech . . . . .	13
Stowarzyszenie Polskich Lekarzy Dentystów . . . . .	27
Ogłoszenia o pracy . . . . .	40
Po wyborach . . . . .	13
Szkoła Zdrowia Publicznego . . .	31
Endokrynologowie we Wrocławiu	13
Zespół prof. Kocięby w nowej siedzibie . . . . .	13
Trójwymiarowa mapa wszechświata anatomicznego . . . . .	32

## Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

### Poniedziałek

R. Łopuch (wiceprezes, przew. Kom. ds. Reformy Służby Zdrowia i Współpracy z Samorządem Terytorialnym) . . . . .	12.00-13.30
B. Bruzewicz-Miklaszewska (przew. Komisji Współpracy z Zagranicą) . . . . .	13.00-15.00

### Wtorek

A. Szmiđa (skarbnik) . . . . .	13.00-15.00
J. Kasprzak-Wójtowicz (przew. Komisji Legislacyjnej) . . . . .	13.00-15.00
W. Bednorz (prezes DIL) . . . . .	13.00-15.00
M. Myśków (przew. Kom. Wyborczej) . . . . .	13.00-15.00

### Środa

Z. Plamieniak (wiceprezes DRL) . . . . .	13.00-15.00
--	-------------

### Czwartek

W. Iwanowski (członek DRL) . . . . .	10.00-11.00
R. Łopuch . . . . .	13.00-14.00
A. Kowalisko (przew. komisji Kształcenia) . . . . .	14.00-15.00
M. Jagas (członek DRL) . . . . .	14.00-15.00
L. Czamecki (członek DRL) . . . . .	14.00-15.00
R. Maj (wiceprezes DRL, przew. Komisji Organizacyjnej) . . . . .	10.00-11.00
J. Piekarski (przew. Zespołu ds. Prywatnych Praktyk oraz Kom. Stomatologicznej) . . . . .	10.00-14.00

### Piątek

T. Bujko (przew. Kom. Socjalnej) . . . . .	11.30-13.30
--	-------------

Radca prawny DIL - B. Kozyra-Łukasiak	poniedziałek, wtorek . . . . .	13.00-15.00
---------------------------------------	--------------------------------	-------------

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej - T. Heimrath	czwartek . . . . .	12.00-13.00
Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego - L. Żynda	środa . . . . .	14.00-15.00

Przewodniczący Komisji Skarg i Wniosków - M. Przewalski	poniedziałek . . . . .	14.30-15.00
---	------------------------	-------------

### Spotkania komisji i zespołów problemowych

1. Komisja Legislacyjna	każdy parzysty wtorek miesiąca . . . . .	13.00-15.00
2. Komisja Kształcenia	pierwszy piątek miesiąca . . . . .	13.00-15.00
3. Komisja Współpracy z Zagranicą	trzeci piątek miesiąca . . . . .	13.00-15.00
4. Komisja Etyki i Komisja Skarg i Wniosków	czwarty poniedziałek miesiąca . . . . .	13.30-15.00
5. Komisja Socjalna	trzeci piątek miesiąca . . . . .	13.00-15.00
6. Komisja Placy i Warunków Pracy	pierwszy wtorek miesiąca . . . . .	12.00-14.00
7. Zespół ds. Prywatnych Praktyk Lekarskich	pierwszy wtorek miesiąca . . . . .	13.30-15.00
8. Zespół ds. Przynawiania Prawa Wykonywania Zawodu Cudzoziemcom	czwartek (raz w miesiącu) . . . . .	10.00-11.00
9. Komisja Stomatologiczna	pierwszy wtorek miesiąca . . . . .	12.30-13.30
10. Komisja ds. Stwierdzenia Prawa Wykonywania Zawodu	trzeci poniedziałek miesiąca . . . . .	13.00

### Dyżury członków Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

w każdy czwartek . . . . .	13.00-14.00	
Zarząd KPK	w każdą roboczą sobotę . . . . .	13.00-14.00
Wpłaty i deklaracje do kasy przyjmowane są	we wtorki i czwartki . . . . .	11.00-13.30

### Dyżury redakcji "Biuletynu DIL"

wtorek, piątek . . . . .	10.00-12.00
czwartek . . . . .	9.00-11.00

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

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

"Biuletyn" ukazuje się co miesiąc, adresowany jest do około 9000 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, walbrzyskiego i wrocławskiego.

### AKTUALNY CENNIK

- Ogłoszenia drobne - 6000 zł za słowo.
- Ogłoszenia duże :

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY (czerwony, niebieski, żółty)	PEŁNY KOLOR (strony: 8, 9, 16, 17, 24, 25)	PEŁNY KOLOR (zewnątrzna okładka)
1	6 200 000	9 300 000	-----
1/2	3 100 000	4 650 000	5 580 000
1/4	1 550 000	2 335 000	2 790 000
1/8	770 000	1 167 000	1 400 000

### UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych zamieszczamy bezpłatnie. Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen

Wydawca: Dolnośląska Izba Lekarska  
50-333 Wrocław, ul. Matejki 6, tel. 22-50-56, 22-50-57, 22-50-58.  
Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2710.

Komitet redakcyjny: W. Bednorz - redaktor naczelny,  
K. Pajdzik, J. Piekarski, A. Wojnar - zastępca redaktora naczelnego.  
Redakcja zastrzega sobie prawo skracania materiałów oraz zmian w tytułach.

Numer zamknięto 15 października 1993 r.

Projekt winiety: Piotr Kawecki

Skład komputerowy i druk: Norpol/Press sp. z o.o., ul. Podwale 64, Wrocław

# Nowe władze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

VII Zjazd Delegatów DIL obradujący w dniach 22-23 października 1993 r. wybrał do władz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na kadencję 1993-1997:

I Przewodniczący Rady DIL  
Włodzimierz Bednorz, Wrocław - za głosowało 237 delegatów  
Ryszard Łopuch, Wrocław - 110

II Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Jerzy Bielawski, Lubin, woj. legnickie - 69  
Jerzy Szkarłat, Wrocław - 243  
Andrzej Żukowski, Głogów, woj. legnickie - 55

III Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekarskiego  
Janusz Andrzejewski, Wałbrzych - 47  
Lech Żynda, Wrocław - 318

IV Przewodniczący Okręgowej Komisji Rewizyjnej  
Jerzy Fonfara, Wrocław - 152  
Jarosław Terpiński, Namysłów, woj. wrocławskie - 207

Poniżej przedstawiamy przemówienie wygłoszone przez Włodzimierza Bednorza podczas VII Zjazdu Delegatów DIL.

Panie Przewodniczący, Szanowni Koledzy i Koleżanki!

Kończy się kadencja władz odrodzonej po latach niebytu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. *Biuletyn - wydanie specjalne* przedstawia Państwu dokładnie sprawozdania z naszej działalności. Tych kilkadziesiąt stron druku nie jest w stanie oddać ogromnej pracy koncepcyjno-organizacyjnej, jaką wykonali członkowie różnych ciał kolegiatnych. Była to praca dla prawdziwych pasjonatów. Specjalne podziękowania należą się w tym miejscu kolegom - przewodniczącemu Komitetu Organizacyjnego tworzącej się izby lekarskiej, doktorowi Ryszardowi Majowi i naszemu pierwszemu przesowski, doktorowi Władysławowi Sidorowiczowi. To oni, wraz z Niezależnym Samorządnym Związkiem Zawodowym "Solidarność" - Sekcja Służby Zdrowia byli tą lokomotywą, która pociągnęła nasz pociąg. Korzystaliśmy oczywiście z wielu cennych rad kolegów - członków przedwojennej izby. Wiemy

jednak, jak bardzo zmieniły się od tamtych czasów realia polityczno-organizacyjne, prócz tego - patrząc się choćby po tej sali - tylko niewielka ilość braci lekarskiej należała do tej "starej" Izby. Na początku więc padały głosy - po co nam izba lekarska? To nieufne nastawienie stopniowo ulegało zmianie i obecnie - przeciwnie - jest wiele głosów mówiących o konieczności rozszerzenia kompetencji naszego samorządu np. w kwestii licencjonowania praktyki medycznej czy też posiadania także tych praw, które przysługują organizacjom związkowym.

Doprowadziliśmy dzięki naszej nieugiętej postawie do zmian w rozporządzeniu o konkursach na ordynatorów - naszym celem jest dalsza modyfikacja tego dokumentu. Udało się przekonać władze naszego resortu do zapewnienia etatów stażowych dla lekarzy kończących studia. Rozbudowaliśmy na naszym terenie strukturę Izby, jako pierwsi w kraju tworząc sieć kół lekarskich w oparciu o miejsce pracy lub zamieszkania. Na tej bazie wprowadzono efektywny system zapomóg socjalnych dla naszych członków.

Przyszło nam działać w bardzo trudnych warunkach, przy stale spadających nakładach finansowych na służbę zdrowia. Protestowaliśmy przeciwko tej polityce - zgubnej tak dla naszych pacjentów jak i naszego bytu. Nasze akcje prowadziliśmy wspólnie ze związkami zawodowymi, nie przekraczając jednak ram etyki lekarskiej i godności naszego zawodu.

Od wielu lat państwo oszczędza na naszych pensjach - te rachunki płacimy wczesnymi zawałami serca, nieprzespanymi nocami, nadciśnieniem. Prowadzimy uporczywą walkę o leki i nowoczesny sprzęt po to, aby leczyć chorych na najwyższym poziomie.

Zmiany w organizacji służby zdrowia są konieczne - apelujemy tu do władz nowego układu politycznego. Podobnie jak poprzednio będziemy jednak domagać się konsultacji z izbą lekarską przy podejmowaniu decyzji na każdym szczeblu władzy. Nie można bowiem robić reformy przeciwko lekarzom!

Proszę Państwa!

Abymieć siłę polityczną, z którą będzie się liczyć władza - musimy być zorganizowani, musimy być solidarni,

musimy sami siebie cenić! Nie pozwalamy manipulować sobą za obietnicę kilku złotych, kupna jakiegoś sprzętu czy pseudoreformy na małym lokalnym podwórku.

Kończy się kadencja władz naszej Izby - osiągnęliśmy w niej dobry poziom struktur administracyjnych i zaistnieliśmy w świadomości naszego środowiska i społeczeństwa.

Obecnie czekają nas inne zadania - w pierwszym rzędzie aktywne współuczestniczenie w reformowaniu struktury służby zdrowia na naszym terenie. Myślę tu o programie przekazywania podstawowej opieki zdrowotnej samorządom gminnym (dużym i małym), a także o przygotowanym przez nas projekcie konsorcjum , obejmującym teren Dolnego Śląska. Mogło by to doprowadzić do integracji wojewódzkiej opieki zdrowotnej ze służbami resortowymi i klinikami Akademii Medycznej. Projekt tego konsorcjum zostanie niebawem przedstawiony Radzie Dolnośląskiej, utworzonej na bazie sejmików samorządowych, i wszystkim zainteresowanym stronom.

Kolejną sprawą w moim przekonaniu powinno być rozciągnięcie pełnej merytorycznej kontroli nad działalnością medyczną - w oparciu o nowe ustawy o izbach lekarskich i zawodzie lekarza. Jest nie do pomyślenia, aby leczenie chorego człowieka było nadal oparte o ustawę o działalności gospodarczej, a prokuratorzy umarziali sprawy nielegalnych praktyk szarlatanów z różnych stron świata z powodu małej szkodliwości ich czynów!

Bardziej efektywna niż do tej pory musi być działalność dydaktyczna prowadzona wspólnie z towarzystwami naukowymi i Akademią Medyczną. Pośród wielu tematów na czoło wysuwają się trzy sprawy - prewencja kardiologiczna, onkologiczna i lekarz domowy.

Proszę Państwa!

Cieszę się, że na tej sali jest wielu przedstawicieli władz różnego szczebla, proszę więc, aby wsłuchali się w czasie obrad w głosy kilkusetosobowej grupy ludzi - autorytetów medycznych i moralnych dziesięcioletniej korporacji lekarzy Dolnego Śląska.

Zapraszam delegatów do twórczej dyskusji.

Włodzimierz Bednorz

## 16 września

Przed rozpoczęciem obrad kol. Włodzimierz Bednorz podziękował kolegom i koleżankom z delegatury wałbrzyskiej za doskonałe przygotowanie i zorganizowanie Pleneru Izby Lekarskiej.

W czwartym punkcie obrad zebrani zajęli się sprawami związanymi z tworzeniem we wrocławskiej siedzibie DIL klubem lekarzy i aptekarzy. Klub rozpocznie działalność 1 października. Lekarze będą mogli spotykać się w nim, organizować uroczystości rodzinne i małe przyjęcia okolicznościowe. Zaproponowano, by do godz. 16.00 wstęp wolny mieli również pracownicy administracji Izby, zaś w późniejszych godzinach jedynie lekarze legitymujący się kartą DIL oraz osoby towarzyszące. Główna księgowia Izby, Karolina Dembińska, zwróciła uwagę na konieczność nadzoru działalności osoby prowadzącej klub, szczególnie gdy w imieniu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej szuka sponsorów klubu. Dochody z reklam w klubie powinny być wpłacane na konto Izby. Szczegółowymi sprawami organizacyjnymi zajmie się Rada Klubu na zebraniu w dniu dzisiejszym (16.09).

Na zaproszenie Prezydium DIL w posiedzeniu uczestniczyli: dyrektor Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego - p. Mazurec oraz mgr Przybylski. Goście zwrócili się do zebranych z propozycją sponsorowania przez Dolnośląską Izbę Lekarską zakupu samolotu dla WKTS. Prezydium jednogłośnie zdecydowało utworzyć wspólną fundację, która zajmie się zbieraniem środków finansowych na zakup sprzętu dla Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego. Prawnymi problemami związanymi z utworzeniem fundacji, jej

zarejestrowania zajmie się rada prawny DIL.

Po przerwie kol. R. Łopuch nawiązał do sprawy remontu dachu w siedzibie DIL. Stwierdził, że koszty remontu wyniosą około 37 mln zł. Prezydium wyraziło zgodę na przeprowadzenie remontu.

## 23 września

Zebrani zajęli się przygotowaniem do VII Zjazdu Delegatów DIL.

Kol. R. Łopuch zaproponował, aby w przerwach między obradami delegaci podjęli dyskusję na temat ubezpieczeń społecznych, prywatyzacji służby zdrowia. W tym czasie mogą również wystąpić przedstawiciele firm farmaceutycznych. Według kol. Ryszarda Maja zjazd powinien mieć charakter wyłącznie sprawozdawczo-wyborczy.

Zdecydowano jednogłośnie, że nowa Rada będzie liczyła 36 osób: 20 z Wrocławia (w tym 4 stomatologów), 6 - z Wałbrzycha (1), 5 - z Jeleniej Góry (1), i 5 - z Legnicy (1).

Na zaproszenie Prezydium DIL w posiedzeniu uczestniczył plastyk miejski Wrocławia - Andrzej Bień. Zaproponował on, aby opracować wzorzec tablic ogłoszeniowych lekarzy, w przyszłości będą one stopniowo wprowadzane w miejsce obecnych. Prezydium zdecydowało, że Zespół ds. Praktyk Prywatnych i Prywatyzacji wspólnie ze Związkiem Artystów Plastyków przygotowuje wzorzec tablicy ogłoszeniowej.

## 30 września

Po raz kolejny zebrani omawiali przygotowania do VII Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Przedyskutowano porządek obrad:

Kol. Ryszard Łopuch zaproponował, by najpierw przeprowadzić wybory jednoosobowych organów DIL, dopiero potem zbierać kandydatury do Rady DIL. Pozwoli to po raz drugi kandydować tym osobom, które przegrały w pierwszych wyborach. Wybory do Rady mogą odbyć

się następnego dnia lub - jeśli znajdzie się czas - jeszcze pierwszego.

Kontrpropozycję przedstawił kol. Marek Myśków, który uważał, że najpierw powinny odbyć się wybory Rady DIL i jej przewodniczącego, a następnie wybory do pozostałych organów Izby.

Kol. Włodzimierz Bednorz zwrócił uwagę, że w drugi dzień obrad może zabraknąć niezbędnego do przeprowadzenia głosowania quorum.

Kol. Wiesław Iwanowski zaproponował, aby zjazd przed rozpoczęciem obrad podjął uchwałę, że w wypadku braku quorum nieobecni delegaci poniosą konsekwencje tego kroku - zostaną np. zwolnieni z funkcji delegata, ich nazwiska opublikuje *Biuletyn*.

Ostatecznie zdecydowano, że w porządku obrad zaproponowanym zjazdowi przez Radę wybory do wszystkich organów DIL odbędą się w pierwszym dniu (22 października), zaś następnego dnia planuje się jedynie dogrywki. Kolejność wyborów wszystkich organów ustali zjazd. Decyzję, aby skreślić tych delegatów, którzy nie będą uczestniczyli do końca w zjeździe, będą podejmowały kółka terenowe DIL.

Potwierdzono zaproponowane na poprzednim posiedzeniu prezydium zjazdu w składzie: przewodniczący - Lech Żynda, zastępcy - R. Kępa, Gawlik, sekretarz - M. Myśków, Komisja Mandatowa - T. Bujko (przewodnicząca), Komisja Wyborcza - J. Kasprzak-Wójtowicz (przewodnicząca), Komisja Wniosków - M. Przystański (przewodniczący). Ponadto do powyższych komisji zostaną delegowani członkowie (po dwóch). Powyższych kandydatów Rada proponuje na zjeździe. Do Komisji Skrutacyjnej wejdą najprawdopodobniej wszyscy delegaci, którzy nie będą kandydowali i nie będą pełnili funkcji w prezydium zjazdu.

Kol. W. Bednorz zaproponował, aby kartki z nazwiskami kandydatów były w różnych kolorach (w zależności od organu, do którego odbywa się głosowanie). Zgłosił również konieczność powołania komisji, która zajmie się przygotowaniem list do głosowania.

Następnie odczytano listę gości, którzy zostaną zaproszeni na zjazd oraz ustalono, że ewentualne proporcje dotyczące liczby kandydatów zgłaszanych przez delegatury do poszczególnych organów DIL ustalą delegaci VII Zjazdu DIL. 20% liczby członków Rady i Prezydium mają stanowić lekarze stomatolodzy. Głosowanie na nich będzie wspólne z głosowaniem na kandydatów - lekarzy medycyny. Również zjazd określi, ile osób będzie liczyła nowa Rada. W przerwach między obradami kol. R. Łopuch będzie prowadził dyskusję na temat ubezpieczeń społecznych.

ciąg dalszy na str. 5



Ostatnie posiedzenie Rady DIL. Przewodniczący Rady dziękują członkom za czteroletnią, społeczną pracę w samorządzie lekarskim.

ciąg dalszy ze str. 4

Ponieważ na poprzednim zjeździe kontrowersje wzbudzała sprawa, ilu delegatów stanowi quorum - poproszono radcę prawnego DIL - mgr Beatę Kozyrę-Łukasiak, aby na najbliższe posiedzenie Rady DIL przygotowała wszystkie niezbędne informacje na ten temat.

Po przerwie zebrani omawiali sprawy związane z tworzeniem we wrocławskiej siedzibie DIL klubem lekarza i aptekarza.

Kol. Ryszard Maj podał wniosek, aby zatrudnić na pół etatu osobę, która zajmie się organizowaniem spotkań, imprez kulturalnych itp. w klubie. Prezydium jednogłośnie przyjęło wniosek. Zatrudniona osoba będą opłacać wspólnie DIL oraz Dolnośląska Izba Aptekarska.

Do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wpłynęło 230 mln zł jako refundacja kosztów ponoszonych w związku z przejęciem od administracji państwowej części zadań.

Kol. Ryszard Łopuch poinformował, że do biura DIL nadeszło pismo od dyrektora Wydziału Zdrowia UW we Wrocławiu w sprawie stażów podyplomowych dla stomatologów. Dyrektor Stanisław Cebart proponuje w nim, aby również gabinety prywatne przyjmowały na staż absolwentów akademii medycznych. Odpowiedź przygotowuje Komisja Stomatologiczna. Zwróci ona uwagę na fakt, że nie ma żadnych organów kontroli stażów podyplomowych w prywatnych gabinetach - taka sytuacja stwarza pole do nadużyć i wielu nieprawidłowości. Może również wywołać sprzeciw wśród pacjentów nie życzących sobie, aby w gabinecie prywatnym leczył stażysta. Natomiast prywatne spółki lekarskie, jeśli są zarejestrowane jako zakłady opieki zdrowotnej, mogą przyjmować stażystów. Zauważono również, że nie wszyscy lekarze prywatnie praktykujący posiadają specjalizację - takie osoby nie mogą przyjmować stażystów.

## 7 października

Po raz kolejny zebrani omawiali przygotowania do VII Zjazdu Delegatów DIL.

Zdecydowano zaprosić na zjazd prezesa Saksońskiej Izby Lekarskiej.

Wniesiono poprawkę do proponowanego porządku obrad (skreślono ostatni punkt w porządku obrad na 23 października - "uroczysta kolacja dla członków Rady").

Przedstawiono wnioski dla rozpatrzenia przez Radę DIL:

- wydanie przez Dolnośląską Izbę Lekarską broszury prof. Mieleckiego dotyczącej wskazań i przeciwwskazań dla stosowania w leczeniu metody rezonansu magnetycznego, przewidywany koszt tego przedsięwzięcia wynosi 20-25 mln zł,

- zakup nowych zasłon do sali konferencyjnej w siedzibie DIL (za ok. 30 mln zł),
- zakup rejestrów dla sądu lekarskiego i rzecznika odpowiedzialności zawodowej



Kol. Aldona Białas wręcza kwiaty przewodniczącemu Rady DIL - Włodzimierzowi Bednorzowi..

(ok. 6 mln zł).

w posiedzeniu uczestniczył zaproszony przez Prezydium DIL Tadeusz Teichert - dyrektor Zakładu Rehabilitacji Zawodowej Inwalidów. Przedstawił on trudności, z jakimi boryka się prowadzona przez niego placówka. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej pomija zakłady rehabilitacji zawodowej inwalidów, w związku z czym nie podlegają one żadnemu z ministerstw a jedynie wojewodom. Utrudnia to znalezienie środków finansowych na prowadzenie działalności. Sprawę tę poruszy kol. Włodzimierz Bednorz na najbliższym posiedzeniu Naczelnej Rady Lekarskiej.

## 14 października

Dolnośląska Rada Lekarska odbyła swoje ostatnie przedzjazdowe spotkanie. Przewodniczący DIL, kol. Włodzimierz Bednorz uroczystie powitał wszystkich zebranych, podziękował im za prawie czteroletnią społeczną pracę dla samorządu lekarskiego i wręczył pamiątkowe teczki z listami gratulacyjnymi. Przewodnicząca delegatury jeleniogórskiej, kol. Aldona Białas złożyła na ręce przewodniczącego kwiaty. Wzniesiono toast za reaktywowany samorząd lekarski, życząc, by nowa Rada działała jeszcze sprawniej i efektywniej. Szampany i torty ufundowała firma ROUSSEL UCLAF (dystrybutor OXMED Sp. z o.o.), która przedstawiła zebrany produktowane i polecane przez siebie leki.

Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia.

W czwartym punkcie obrad kol. Ryszard Łopuch przedstawił sprawozdanie z pobytu delegacji lekarzy polskich na Węgrzech, na zaproszenie tamtejszych izb lekarskich.

Kolejne sprawozdanie przedstawiła kol. Teresa Bujko, która reprezentowała Dolnośląską Izbę Lekarską na ogólnopolskiej Konferencji Stomatologów w Rytzu. W konferencji wzięli udział przedstawiciele Centrum Kształcenia Podyplomowego oraz samorządowych komisji stomatologicznych i komisji ds. praktyk prywatnych. Zebrani wysłuchali specjalistyczne referaty oraz dyskutowali na aktualne tematy.

Kol. Andrzej Szmda - skarbnik DIL ser-

decznie podziękował przewodniczącej i członkom Komisji Rewizyjnej za współpracę, życzliwość i dobre uwagi. Równocześnie wyraził ubolewanie z powodu rezygnacji kol. H. Marek, która nie zgodziła się po raz drugi kandydować w wyborach Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Następnie przedstawił sprawy finansowe. Rada w głosowaniu opowiedziała się za przyjęciem wniosków przygotowanych na ostatnim posiedzeniu DIL (patrz wyżej).

Kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz przypomniała uchwałę Rady DIL o przyznawaniu stypendium studentom medycyny - pełnym sierotom. Zwróciła się z prośbą, aby przygotować dane dotyczące tej sprawy - ile jest takich osób, czy wszystkim im Izba przyznaje stypendium i w jakiej wysokości. Zaproponowała, aby przedstawić ten problem delegatom VII Zjazdu DIL.

Po przerwie kol. Teresa Bujko - przewodnicząca Komisji Socjalnej przedstawiła prośby o zapomogi.

Zebrani obejrzeni gotowy projekt legitymacji. Jednogłośnie ustalono, że pierwsze numery będą posiadały legitymacje: 1. Władysława Sidorowicza - pierwszego przewodniczącego DIL

2. Ryszarda Maja - przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego izb lekarskich i pierwszego wiceprzewodniczącego DIL

3. Włodzimierza Bednorza - kolejnego przewodniczącego DIL

4. Ryszarda Łopucha - wiceprzewodniczącego

5. Andrzeja Pawlaka - wiceprzewodniczącego

6. Zdzisława Plamieniaka - wiceprzewodniczącego

7. Kazimierza Jabłońskiego

8. Bolesława Popielskiego oraz członków Rady w I kadencji, w kolejności alfabetycznej.

W kolejnym punkcie obrad Rada zajęła się przygotowaniami do zjazdu.

O przedzjazdowych spotkaniach delegatów I i II kadencji mówili kol. Jerzy Paluch (delegatura legnicka), Jan Adamus (delegatura wałbrzyska) oraz Aldona Białas (delegatura jeleniogórska).

(k.p.)

# Rok akademicki rozpoczęty

Dnia 5.X.1993 o godz. 11.00 odbyła się uroczysta inauguracja roku akademickiego 1993/1994. Jako pierwszy

**JM Rektor - prof. dr hab. Jerzy Czernik** wygłosił przemówienie

W przemówieniu JM Rektor podziękował ustępującym władzom Uczelni oraz przedstawił nowo wybrane. Podkreślił, iż obecnie pracuje w Akademii Medycznej 903 nauczycieli akademickich, w tym: 31 profesorów zwyczajnych, 91 profesorów nadzwyczajnych, 17 docentów, 410 adiunktów, 305 asystentów. W ubiegłym roku akademickim tytuł naukowy profesora otrzymało 6 osób: prof. dr hab. Teresa Banaś, Maria Hanna Niżankowska, Emil Ratajczak, Jerzy Wroński, Mieczysław Cisło, Jan Bieniek. Na stanowisko profesora zwyczajnego powołano 7 osób, a na stanowisko profesora nadzwyczajnego 6 osób. Stopień doktora habilitowanego otrzymało 9 osób a stopień doktora 38 osób. Specjalizację I i II stopnia uzyskało 90 osób.

Z dniem 1 października 1993 przeszli na emeryturę: prof. dr hab. Zbigniew Andreasiak, prof. dr hab. Zbigniew Domosławski, prof. dr hab. Stanisław Potoczek, prof. dr hab. Józef Zając, prof. dr hab. Tadeusz Zawisza, dr nauk tech. Emil Kundys, mgr Anna Maculewicz, dr nauk med. Paweł Maślanka i dr nauk med. Wiesław Wojewódzki. Wszystkim JM Rektor serdecznie podziękował za długoletnią i ofiarną pracę na Uczelni oraz życzył wiele szczęścia i pomyślności w dalszym życiu. Środowisko akademickie poniosło w minionym roku również bolesne straty. Z grona pracowników Uczelni odeszli na zawsze: doc. dr hab. Adam Żółciński, doc. dr hab. Zofia Krzystoń, prof. dr hab. Alfred Huszcza, prof. dr hab. Tadeusz Baranowski, dr Janusz Oleszkiewicz, mgr Roman Mańczyk, dr med. Edmund Szlenkier. W kwietniu br. zmarł dr h.c. naszej uczelni - prof. Allan Jacobs z Wielkiej Brytanii.

W minionym roku akademickim indywidualne nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej otrzymały: dr hab. Anna Długosz, dr hab. Alicja Kędzia, prof. dr hab. Maria Hanna Niżankowska. Nagrody zespołowe uzyskali: prof. dr hab. Andrzej Gładysz, prof. dr hab. Antonina Harłodzińska-Szmyrka, dr Julia Bar.

Centralna Komisja ds. Tytułu i Stopni Naukowych przy Prezesie Rady

Ministrów zatwierdziła stopnie naukowe doktora habilitowanego następującym osobom: Jackowi Piotrowi Bilińskiemu, Januszowi Dawiskibie, Stanisławowi Jankowskiemu, Alicji Kędzi, Kazimierzowi Kuliczkowskiemu, Tadeuszowi Łukieńczukowi, Markowi Mędrasiowi, Romanowi Rutowskiemu, Stanisławowi Sidorowiczowi.

Działalność naukowa Akademii Medycznej wyraża się między innymi liczbą 1292 publikacji naukowych, w tym 287 prac wydrukowano w czasopiśmie zagranicznych. Do druku oddano dalsze 344 prace, w tym 83 w pismach zagranicznych. Ukazało się również 6 wydawnictw książkowych.

W dalszej części wypowiedzi JM Rektor stwierdził, iż obecny rok akademicki rozpoczyna 3337 studentów. W wyniku przeprowadzonej rekrutacji na I rok studiów na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologii przyjęto 270 studentów, na Wydział Farmacji i Oddział Analityki Medycznej 151 - studentów, a na Wydział Pielęgniarski - 24 studentów. Tak więc na I rok studiów Uczelnia przyjęła ogółem 445 studentów - o 33 mniej niż w roku ubiegłym. Niestety, mimo protestów Ministerstwa Zdrowia od kilku lat systematycznie obniża limit przyjęć na I rok studiów, co jest groźnym zjawiskiem w sytuacji, gdy liczba studentów w odniesieniu do ogółu mieszkańców sytuuje nasz kraj na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Godny podkreślenia jest fakt, iż Uczelnia nasza od lat utrzymuje się w ścisłej krajowej czołówce pod względem liczby punktów uprawniających do przyjęcia na I rok studiów na Wydziale Lekarskim. Pomimo tak wysokich wymagań, liczba kandydatów przypadających na jedno miejsce jest jedną z najwyższych w kraju. Obecnie w Akademii Medycznej kształcą się także 186 obcokrajowców ponad 40 narodowości.

Z dniem 1 października 1992 r. rozpoczął działalność Wydział Lekarski Kształcenia Podyplomowego, która łączyć będzie się głównie z przygotowaniem do pracy lekarza domowego.

Następnie JM Rektor wyeksponował nobilitującą dla danego makroregionu rolę uczelni wyższej, szczególnie tej, która kształci absolwentów dbających o to, co jest darem najcenniejszym - nasze zdrowie i życie.

Władze Uczelni pragnęłyby jak naj-

ściślej współpracować z wojewodą, prezydentem miasta i lekarzem wojewódzkim a także Dolnośląską Izbą Lekarską. JM Rektor chciałby zintegrować całe środowisko lekarskie dla celów nadrzędnych i tak postrzega rolę Alma Mater - Matki, która zawsze czuwa, łączy i godzi.

Następnie Mówca stwierdził, iż trudna sytuacja materialna w kraju a także naszej Uczelni rodzi cały szereg napięć międzyludzkich i sytuacji konfliktowych. JM Rektor widzi tu znaczącą rolę władz Akademii Medycznej jako moderatora potencjalnych konfliktów oraz koordynatora działań wszystkich pracowników administracji, do pracy której przykładą wielką wagę. Ta duża grupa pracowników winna być właściwie i efektywnie zatrudniona dla dobra całej Uczelni.

W dalszej części wypowiedzi Mówca wyraził nadzieję, iż dzięki kontynuowaniu procesów restrukturyzacji Uczelni, rygorystycznie prowadzonej polityce finansowej i przestrzeganiu dyscypliny budżetowej uda się Uczelni kolejny trudny rok przeżyć bez zwolnień grupowych a także zapewniając pracownikom uposażenia wyższe niż na innych uczelniach.

W kolejnej części przemówienia JM Rektor powitał serdecznie wszystkich studentów, szczególnie I roku, gratulując im otrzymania indeksów. Podziękował również ich rodzicom, którzy nie szczędzili trudu, poświęcenia i wielu wyrzeczeń, by móc zapewnić dzieciom właściwe przygotowanie. Zwrócił również uwagę, iż dobrym lekarzem może być jedynie dobry i szlachetny człowiek. Studia na Akademii Medycznej wymagają jednak systematycznej pracy i pilności.

Na zakończenie JM Rektor powiedział:

"Kiedy z rąk Rektora - prof. dra hab. Zbigniewa Knapika przyjmowałem ten oto łańcuch jako insygnium władzy rektorskiej, powiedziałem wówczas, że jest on bardzo ciężki i składa się z misternych ogniw symbolizujących społeczność akademicką. Powiedziałem również, że moc nawet najgrubszego łańcucha jest taka jak jego najsłabsze ogniwo. Będziemy dbali o to, aby wszystkie jego ogniwa były jednakowo mocne. Ale to również zależy od nas wszystkich. Dlatego zwracam się do wszystkich pracowników i studentów z gorącym apelem:

ciąg dalszy ze str. 6

Zjednoczmy się wokół naszej Alma Mater, traktujmy ją jak własną, podejmijmy próby rozwiązania jej licznych problemów. Stwórzmy klimat wzajemnej życzliwości, a trudności dnia codziennego będą łatwiejsze do rozwiązania. Nie zapominajmy, że demokracja, której wywalczenie kosztowało nas tyle wyrzeczeń i wysiłku to nie tylko przywileje ale przede wszystkim odpowiedzialność za podejmowane decyzje, kierowanie się interesem społecznym i troska o dobro nadzędne.

Mając pełną świadomość skali stojących przed nami problemów jestem przekonany, że dzięki wspólnemu wysiłkowi uda się je pomyślnie rozwiązać. Bądźmy dumni z przynależności do naszej Alma Mater. Do pracy i nauki przystąpmy z wiarą i optymizmem. Zyczę wam tego z całego serca.

Rok akademicki 1993/1994 ogłaszam za otwarty".

Po przemówieniu JM Rektora i immatrykulacji nastąpiła

**uroczystość nadania tytułu doktora honoris causa prof. dr. med. Rolandowi Felixowi.**

Prof. dr med. Roland Felix, profesor zwyczajny Wolnego Uniwersytetu w Berlinie (Freie Universität Berlin) i dyrektor naukowej zespołu klinicznego im. Rudolfa Virchowa tego uniwersytetu, kierownik klinik i poliklinik radiologicznych w Charlottenburg i Wedding jest jednym z najwybitniejszych radiologów europejskich.

Urodzony w Berlinie w 1938 roku studiował w latach 1956-1962 na wydziałach lekarskich uniwersytetów w Berlinie, Zurychu i Monachium.

Doktoryzował się w 1962 roku w Monachium.

Po odbyciu studiów przeszedł 2-letnie przeszkolenie w zakresie medycyny wewnętrznej, chirurgii i ginekologii. Przez dwa lata pracował jako asystent w Zakładzie Fizjologii Uniwersytetu w Bonn.

Od 1966 roku pracował w Klinice Radiologicznej Uniwersytetu w Bonn, gdzie przeszedł gruntowne przeszkolenie w zakresie rentgenodiagnostyki, radioterapii i medycyny nuklearnej.

Habilitował się w 1970 roku, uzyskując w 1974 r. tytuł profesora nadzwyczajnego, a w 1978 zwyczajnego.

W 1977 roku został powołany na stanowisko kierownika Zakładu Radiologii w Freie Universität Berlin w Klinikach im. Rudolfa Virchowa w dzielnicach Charlottenburg i Wedding, pełniąc tę funkcję do chwili obecnej.

Główne kierunki pracy naukowej Felixa dotyczą badań układów krążenia i oddechowego za pomocą skojarzonych

metod obrazowania.

Jako pierwszy w Europie zastosował badania za pomocą jądrowego rezonansu magnetycznego u człowieka - Gadolinium DTPA - otwierając drogę do upowszechnienia tej metody w codziennej praktyce klinicznej.

To on pierwszy opisał mechanizmy unaczynienia mięśnia sercowego po przebytym zawale.

Stosując najnowocześniejsze metody promieniolecznictwa określił dokładnie rolę hipertemii w leczeniu chorób nowotworowych.

Ogłosił blisko 1000 rozpraw naukowych, drukowanych w czołowych międzynarodowych czasopiśmiech lekarskich.

Działalnością naukową, gruntownym przygotowaniem zawodowym i olbrzymią pracowitością zyskał powszechne uznanie w skali międzynarodowej.

Prace Rolanda Felixa przyczyniły się do istotnego postępu w dziedzinie metod obrazowania, promieniolecznictwa i medycyny nuklearnej.

Wyrazem tego jest powołanie go do prezydium międzynarodowych towarzystw lekarskich, nadanie mu członkostwa honorowego najpoważniejszych towarzystw radiologicznych, oraz przewodniczenie szeregów światowych kongresów i zjazdów radiologicznych i onkologicznych.

Felix jest inicjatorem i prezesem związanego Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Radiologicznego w Berlinie. Jest też wyrazicielem woli nawiązania ścisłych polsko-niemieckich kontaktów naukowych, czego dał dowody, biorąc udział w licznych konferencjach naukowych w Polsce, jak również pomagając w uzyskiwaniu stypendiów naukowych dla naukowców polskich.

Współpracuje od 8 lat z Zakładem Radiologii A.M. we Wrocławiu.

Był współorganizatorem czterech konferencji naukowych Wrocław-Berlin, poświęconych metodom obrazowania.

Jego wybitną zasługą jest udzielenie przez stronę niemiecką dotacji na zakup drogiego sprzętu medycznego: tomografu komputerowego i jądrowego rezonansu magnetycznego dla Wrocławia.

**Na zakończenie wręczono dyplomy doktora habilitowanego dziewięciu osobom, po tym zaś prof. dr hab. Tadeusz Haimrath wygłosił wykład inauguracyjny pt: "O odpowiedzialności zawodowej lekarzy."**

Rzecznik prasowy AM  
dr hab. Marek Mędras

## XVIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

Wrocław, 25 - 27 września 1994 r.

Szanowni Koledzy,

Mamy zaszczyt zaprosić do wzięcia udziału w obradach XVIII Zjazdu Naukowego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, którego głównymi tematami będą:

Nowe koncepcje, kontrowersje

- współczesnych kierunków diagnostyki chorób nowotworowych,

- postępów w leczeniu raka sutka.

Przewidywane są wykłady zaproszonych specjalistów, sesje referatowe oraz sesje plakatowe.

Ramowy program zjazdu przewiduje:

- 25 września w godzinach popołudniowych - uroczyste otwarcie zjazdu;

- 26 września - obrady w sesjach naukowych oraz Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Onkologicznego;

- 27 września - obrady w sesjach naukowych oraz zamknięcie zjazdu.

Miejscem obrad będą sale Klubu Oficerskiego Śląskiego Okręgu Wojskowego we Wrocławiu, ul. Preflicza 24.

Sekretariat

53-413 Wrocław, pl. Hirszfelda 12

tel. 61-91-11 i 61-55-75

Zgłoszenia:

Udział w zjeździe należy zgłaszać do dnia 31 grudnia 1993 r.

Do tego terminu wysokość opłaty zjazdowej wynosi:

- dla członków PTO 300.000 zł

- dla osób nie należących do PTO 450.000 zł

- dla osób towarzyszących 150.000 zł

Po 31 grudnia 1993 r. wysokość opłat zjazdowych wzrasta o 50.000 zł.

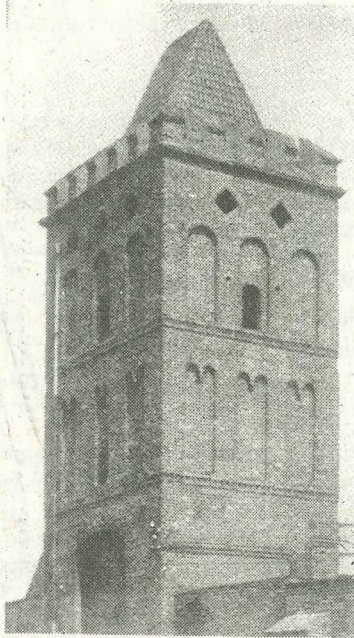
Wpłaty należy dokonywać na konto bankowe:

Komitet Organizacyjny

XVIII Zjazdu PTO

NBP Oddział Okręgowy Wrocław

Nr 93057-6552-132-0



Oleśnica: Brama Wroclawska z XIV w.

W środę 29 września odbyło się zebranie sprawozdawczo-wyborcze Koła Ziemi Oleśnickiej DIL. Zjechali się lekarze z trzech miast i pięciu gmin naszego regionu. Dzięki uprzejmości kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej p. mgr J. Ptak za salę nic nie płaciliśmy, natomiast kawę i ciastka miała sponsorować firma Rhone Poulenc umówiona na ten termin jeszcze przed wakacjami. Niestety, dzień przed terminem zebrania poinformowano nas, że chyba jej przedstawiciele nie zdążą dojechać w tym dniu z Warszawy z ważnego posiedzenia. Tak więc sponsorowaliśmy się sami.

Na wstępie sprawozdanie z blisko czteroletniej kadencji złożył przewodniczący koła kol. A. Wojnar, po czym przystąpiliśmy do wyborów. Ponieważ naszych 8 delegatów na zjazd okręgowy wybraliśmy już w czerwcu, wybieraliśmy teraz nowy zarząd koła. Nad rzetelnością wyborów i zgodnością z obowiązującym regulaminem czuwał delegat Rady DIL, sam jej sekretarz - kol. M. Myśkow. W

czasie prac komisji skrutacyjnej zebrani wysłuchali referatu prof. dr hab. B. Zawirskiej o współpracy histopatologa z klinicystą, który został odczytany przez przewodniczącego.

Po skrupulatnym obliczeniu głosów podano wyniki wyborów: przewodniczącym został kol. A. Wojnar, zastępcami kol. K. Misiaszek i kol. D. Adamczyk, przewodniczącym Komisji Etyki i Nauki - kol. I. Lewiński, Komisji Płac i Spraw Socjalnych - kol. J. Ozór, a Komisji Kultury i Rozrywki - kol. W. Braciszewicz.

W dyskusji, po wyborach, o aktualnych sprawach, którymi zajmuje się Rada DIL mówił jej sekretarz kol. M. Myśkow, odpowiadając też na pytania z sali. Postanowiono, iż zebrania koła odbywać się będą co miesiąc a energiczna przewodnicząca Komisji Kultury i Rozrywki już na sali obrad zaczęła organizować nasze spotkanie "andrzejkowe" i bal sylwestrowy oraz uzupełniać kronikę koła, którą jej przekazał poprzedni nasz zarząd.

Andrzej Wojnar

## Klub Lekarza w Bielawie

W końcowej fazie jest urządzenie Klubu Lekarza w budynku administracji ZOZ w Bielawie. Trzy pomieszczenia będą służyć do spotkań lokalnego samorządu lekarskiego DIL, szkoleń lekarzy i dyżurów delegatów na Okręgowy Zjazd DIL. W programie jest szersze wykorzystanie klubu (czytelnia z biblioteką). Pomieszczenia uzyskano dzięki życzliwości dyrekcji ZOZ.

Część prac wykonali i wykonają sami lekarze lub poniosą koszty tych prac.

Otwarcie klubu przewiduje się w listopadzie bieżącego roku.

Przewodniczący  
Koła Terenowego DIL w Bielawie  
Wiesław Iwanowski



Pokój spotkań i posiedzeń.  
Od lewej: B. Musiel, J. Matyszewska, P. Wolański, W. Iwanowski. Fot. M. Adamiak



# XIV Europejski Kongres Patologów Insbruck, 5-10 września 1993

## *przemyslenia uczestnika*

### Michał Jeleń

W dniach 5-10 września 1993 r. odbył się w stolicy Tyrolu, Insbrucku, 14. Europejski Kongres Patologów, zorganizowany przez Europejskie Towarzystwo Patologów. Polskę reprezentowały 24 osoby, w tym dwoje wrocławian: kol. Marta Rzeszutko i piszący te słowa.

Kongres był europejski tylko z nazwy, bowiem uczestniczyli w nim patolodzy z całego świata. Tematyka kongresu obejmowała wszystkie istotne zagadnienia naszej specjalności i aż szkoda, że ze względów organizacyjnych nie można było uczestniczyć w wielu sesjach. Uczestnicy musieli dokonywać wyboru między sesjami bardzo interesującymi a tylko interesującymi, mimo że często chciało się brać udział w kilku naraz.

Ta przez wielu postrzegana specjalność jako skostniała, która posługuje się metodami jak za czasów Rudolfa Virchowa, posuwała się w przeciagu ostatnich kilkunastu lat ogromnie naprzód. Coraz częściej jako badania stosowane na co dzień stosowane są badania immunologiczne, mikroskopia elektronowa, cytogenetyka czy badania z zakresu biologii molekularnej, szczególnie w badaniach nad nowotworami. Można śmiało powiedzieć, że czasy, gdy patolog tkwił za mikroskopem w najędźniejszym budynku szpitala albo w jego piwnicy, dawno minęły, albo minąć powinny. Dziś na całym świecie patolog to równorzędny partner klinicysty, mający w zanadrzu potężny arsenał diagnostyczny - to na świecie, a w naszym kraju? W naszym regionie?

Kiedyś przed laty, był to początek lat osiemdziesiątych, pozwoliłem sobie napisać artykuł o zapomnianej specjalności; pisałem wtedy, że w latach powojennych dla naszej dziedziny nie zrobiono nic. Dziś - kilka lat później, muszę powtórzyć te słowa.

Jestem pełen obaw, gdy słyszę o pomysłach prywatyzacji patomorfologii. Pomysł taki może zaistnieć u kogoś, kto nie ma pojęcia, na czym patomorfologia polega, i komu kojarzy się ona jedynie z prosekturą. Prywatyzacja patologii to ewenement na skalę światową; nie znam kraju, w którym ta specjalność funkcjonowałaby jako prywatna firma czy spółka. Kto byłby w stanie podjąć tak wielkim kosztem, związanym z prawidłowym funkcjonowaniem zakładu patologii?

Patologia postrzegana jest też jako tzw. nauka podstawowa czy teoretyczna. Sądzę, że jest ona tak teoretyczna, jak teoretyczną jest np. radiologia; jest to typowa specjalność diagnostyczna: obie są sobie bardzo pokrewne, lekarze obu tych specjalności posługują się tymi samymi zmysłami, jedyne, co nas różni, to promieniowanie, które w swych badaniach wykorzystujemy. Jedni i drudzy oceniają zmiany w morfologii.

Postrzeganie patomorfologii jako nauki teoretycznej, nie zaś jako specjalności diagnostycznej, przez lata całe powodowało brak finansowania przez wydziały zdrowia

i Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej. Każdy kupowany przez nas mikroskop (pracujemy na wydających ostatnie technologia mikroskopach z byłego NRD) był aparaturą naukową (na którą nie było i nie ma pieniędzy) a nie aparatem diagnostycznym, podczas gdy dziś także mikroskopem elektronicznym jest aparatem diagnostycznym - którego, nawiasem mówiąc, wrocławska patomorfologia nie może się dorobić. Ciągłe rosną wymagania kierowane pod adresem patologa - dziś rozpoznanie nie wystarcza, trzeba dokonać na podstawie obrazu mikroskopowego i dostępnych patologowi metod prognozowania (także przedmiot odrębnej sesji na kongresie) reaktywności na stosowane leczenie. Właśnie dostępnych metod, które w naszej rzeczywistości są najczęściej niedostępne.

Przykro to stwierdzić, ale patologa zauważa się w momencie, kiedy w jego rękach jest rozpoznanie choroby bliskiej osoby. Życzę wszystkim, którzy decydują o stanie dolnośląskiej służby zdrowia, aby nigdy nie musieli się z nami zapoznawać w takiej

sytuacji, życzę im i nam, abyśmy mogli poznać się teraz, aby poprawić sytuację wrocławskiej patomorfologii, abyśmy my, patolodzy, mogli naszym decydom wylumaczyć, na czym nasza specjalność polega.

Proszę wybaczyć, że zamiast zdawać relację z kongresu, w którym uczestniczyliśmy, pozwoliłem sobie przedstawić problem naszej patologii; to także przemyslenie z kongresu. My chcielibyśmy móc robić jedną dziesiątą tego, co mogą w bogatszych od nas krajach - choć, czy bogatszych? Jeśli Litwa i Ukraina są od nas bogatsze - to w bogatszych!

W takich nastrojach, z poczuciem beznadziejności opuszczaliśmy miasto dwóch olimpiad zimowych, i tylko widoki na przepiękne Alpy i zamki Ludwika II Bawarskiego podtrzymywały nas ducha.

*Dr hab. Michał Jeleń  
prodziekan Wydziału Lekarskiego AM  
we Wrocławiu, pracuje w  
Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej*



*Autor artykułu przed Kongreshaus*

# Bierność, obojętność czy głupota ?

Aleksander Białas

To, że nasi współrodacy piją nie przygotowane mleko, wodę prosto z kranu, kupują pieczywo z brudnych rąk sprzedawcy, a przechodząc przez ulicę toną w stertach kurzu i papierów, to jest ich sprawa. Nie można się jednak zgodzić z absolutną obojętnością już konkretnych poczynań zabezpieczających ich zdrowie a nawet i życie, a będących w gestii ludzi, którzy wykorzystując totalny bałagan i brak nadzoru do tego powołanych służb i organizacji, w sposób konsekwentny i coraz bardziej powiększający się narażają chorych, pseudochorych i innych na olbrzymie niebezpieczeństwo. I co w tej sprawie jest bulwersujące to to, że obserwuje się te poczynania z obojętnością, czasem z aprobatą a przynajmniej z patrzaniem się "z boku" przez dużą część środowiska lekarskiego.

Bo jak inaczej można nazwać liczne przykłady otwieranych jak grzyby po deszczu gabinetów "specjalistycznej medycyny ludowej, tybetańskiej, chińskiej, masażu ze specjalną rehabilitacją, gabinetów odchudzania, kręglarzy i setek innych uzdrowicieli w coraz bardziej wymyślnych przybytkach sztuki medycznej. Otwierane z dużym rozmachem, czasem z piękną reklamą, a często po kryjomu z polecenia innych, kryją za sobą w znacznej większości przypadków wykonawców "sztuki medycznej" nie mających zielonego pojęcia o podstawowych kanonach sztuki lekarskiej, prawdopodobnie nie pomagających poza seansem sugestii, a w wielu wypadkach opóźniają prawidłowe klasyczne rozpoznanie i konieczność właściwego leczenia - jak to się dzieje w przypadkach zmian nowotworowych, chorobach układu krążenia, sprawach neurologicznych i innych. Wykorzystując niewiedzę leczonych przez nich pacjentów, zwiększając wielokrotnie seansów leczniczych, korzystając z koniunktury i braku nadzoru specjalistycznego wyłudniają od leczonych przez nich pacjentów olbrzymie sumy pieniędzy, nie dając żadnej gwarancji, a w przypadku powikłań nie ponoszą również żadnej odpowiedzialności. Prymitywne często warunki, brak podstawowej higieny - (dotyczy to często uzdrowiciela) bez podstawowych warunków sterylizacji i dezynfekcji, stwarzają już obecnie poważne zagrożenie społeczne, z którym nie można przejść do porządku dziennego. Większość gabinetów ukrywa fakt nieuczestniczenia w sean-

sach leczniczych lekarza. Pod szyldem reklamy ukrywany jest sprytnie wykonawca, a czasem nieuczciwi lekarze przyjmują na siebie czynności, których wcale nie wykonują. W całej tej sprawie nabiera specjalnego smaczku to, że zdecydowana większość to cudzoziemcy zza wschodniej granicy i dalej w kierunku Azji, podający się za "wybitnie wykwalifikowanych" specjalistów, czasem lekarzy - legitymujących się jakimś papierkiem, najczęściej kserokopią, często zaświadczeniem - w większości przypadków nie przetłumaczonych na język polski. Nie posiadający prawa wykonywania zawodu wykonują te czynności, które w warunkach obowiązujących przepisów może wykonywać nie tylko już lekarz ale lekarz specjalista. Muszę w tym miejscu wspomnieć o innym ciekawym "kwiatku" ze specjalistycznej łąki. W mieście wojewódzkim w pomieszczeniach i za zgodą społecznej służby zdrowia o charakterze wojewódzkim (!) specjalistyczne badania ultrasonograficzne między innymi przezciężkowie badanie mózgowia u dzieci, badanie tarczycy, gruźliowców piersiowych, ultrasonografię serca (!), jamy brzusznej, stawów biodrowych u niemowląt wykonuje wprawdzie doktor ale fizyki! Nie wiem, jakie ma uprawnienia do wykonywania tych badań i kto je firmował, ale wiemy jedno, że do wszystkich wymienionych badań wykonujący je musi się wykazać znakomitą znajomością anatomii, fizjologii, topografii narządów badanych, nie mówiąc już o patologii - najbardziej istotnej dziedzinie nauki, koniecznej w postawieniu rzetelnej diagnozy - zobowiązującej innego lekarza po otrzymaniu takiego wyniku badania, do podjęcia właściwego leczenia. Nie wspominać już o tak istotnych moralnych problemach, kiedy nieświadoma pacjentka czy pacjent nie wie o tym, że bada ich i stawia wstępną diagnozę doktor fizyki, którzy np. oczekują istotnej diagnozy kardiologicznej, z którą często i specjaliści mają trochę kłopotów. A wszystko to się dzieje przy absolutnej bierności środowiska lekarskiego, nie mówiąc już o zarządzających (tym, co nazywamy (jeszcze!) społeczną służbą zdrowia). Przepisy, które nas obowiązują mają olbrzymie luki prawne. Niektóre z nich należy zmienić a w większości przypadków uzupełnić i uaktualnić. W tej sytuacji nawet działalność izb lekarskich

niewiele może tutaj zmienić. Do czasu, kiedy tego nie poprawimy, musimy podnieść autorytet środowiska lekarskiego reagującego z kategorię ostrością na tego rodzaju przejawy wkraczania w nasz zawód, nasze specjalności, gdyż inaczej będziemy skazani na sąsiedztwo hochsztaplerów, pseudolekarzy, znachorów, uzdrowicieli i innych wyrwigroszy, których jedynym celem jest łatwe zdobycie pieniędzy, bez względu na to, jakim sposobem to się dzieje, wykorzystujących łatwowierność pacjentów z jednej strony, a często niedoskonałość i brak nadzoru kulejącego lecznictwa. Musimy wszyscy solidarnie i konsekwentnie, zgodnie z naszym powołaniem, etyką zawodową i koleżeńską, dla dobra naszych pacjentów i dla przyszłości powagi zawodu lekarskiego ostro reagować na próby wykorzystywania hasła lecznictwa i pomocy lekarskiej przez osoby do tego niepowołane.

Piszący te słowa przez wiele lat poświęcił się pracy lekarza w ciężkich dla Europejczyka warunkach Afryki. Wśród wkraczającej szeroką ławą nowoczesności w tamtejszej medycynie, widział wiele nieszczęść i tragedii spowodowanych przez tamtejszych znachorów i uzdrowicieli. My żyjemy jednak w centrum Europy, mamy wspaniałych lekarzy, świetne osiągnięcia polskiej medycyny i wreszcie zaufanie leczonych przez nas pacjentów. Brakuje nam jednak ścisłej integracji, chciałoby się powiedzieć pewnego zamknięcia zawodowego, poczucia indywidualnej reprezentatywności wspaniałego środowiska i zwiększonej energii społecznej, którą zatraciliśmy przez wiele lat niedocenianego zawodu.

Przyjmujemy i akceptujemy rozwijające się ogniwa izb lekarskich, w których widzimy nowe formy powodujące koncentracje i wzrastającą siłę rozbitych dotychczas środowisk. Chciałbym, aby narosło uczucie pewności, że samorząd lekarski swoją silną organizacją, podstawami prawnymi i autorytetem jest w stanie rozwiązać szereg narastających problemów środowiska lekarskiego poprzez wnoszenie nowych elementów stabilizacji, pewności i bezpieczeństwa wykonywanego przez nas pięknego zawodu.

*Dr n. med. Aleksander Białas  
jest specjalistą II stopnia  
w dziedzinie chirurgii,  
pracuje we wrocławskiej Spółdzielni Vita.*

# Diagnostyka laboratoryjna jako część działalności lekarskiej

Zaczątek ery metod analitycznych sięga przełomu XVIII i XIX wieku, wiąże się ściśle z rozwojem chemii i fizyki.

Od tego czasu obserwuje się systematyczny rozwój diagnostyki laboratoryjnej, która w początkach XX wieku została wyodrębniona jako osobna dziedzina nauk lekarskich.

Szczególnie wyraźny postęp w diagnostyce laboratoryjnej obserwuje się w drugiej połowie XX wieku, wynika on nie tylko z coraz większych możliwości aparaturowych i metodycznych, ale przede wszystkim z rozwoju patobiochemii i nauk klinicznych.

Coraz lepsze poznanie mechanizmów patologicznych staje się istotnym elementem użyteczności wyników badań laboratoryjnych, które z kolei wykonywane z zastosowaniem nowoczesnych technik analitycznych i urządzeń pomiarowych umożliwiają znaczne zwiększenie zarówno specyficzności analitycznej jak i czułości oznaczeń.

Wprowadzenie metod enzymatycznych do oznaczeń substratowych w istotny sposób zwiększyło specyficzność i dokładność wyników przez eliminację substancji interferujących w stosowanych uprzednio metodach. Zastosowanie metod radioimmunologicznych a następnie enzymoimmunologicznych umożliwiło, dzięki znacznemu zwiększeniu czułości, badanie wielu substancji nieoznaczalnych metodami klasycznymi. Skuteczny wpływ na właściwe prowadzenie chorych na oddziałach intensywnej opieki medycznej miało wykorzystanie metod elektrochemicznych do ciągłego monitorowania parametrów równowagi kwasowo-zasadowej i wodno-elektrolitowej.

Te wszystkie osiągnięcia wymusiły konieczność ściślejszej współpracy między

odpowiednio wyszkolonymi w zakresie działań medycznych pracownikami laboratoriów a lekarzami leczącymi.

W postępowaniu diagnostycznym rozpoczętym wywiadem i badaniem fizykalnym, badanie laboratoryjne wnosi informację niezależną od subiektywnego charakteru badania podmiotowego i przedmiotowego, istotną dla prawidłowego rozpoznania, leczenia i podejmowania działań profilaktycznych. Szczególnie ważne są informacje mające wartość decyzyjną, wpływające bezpośrednio na postępowanie lekarskie.

Wynik badania laboratoryjnego wyrażony jest liczbą, a badanie to zazwyczaj ma charakter ilościowy. Jest zatem informacją obiektywną, stałą i jednoznaczną. Musi to być informacja wiarygodna, obarczona jak najmniejszym błędem.

Wyniki badań diagnostycznych jak w wielu dziedzinach medycyny są pod stałym "obstrzałem" oceny klinicysty, zmuszonego niejednokrotnie do podejmowania natychmiastowych decyzji terapeutycznych na ich podstawie.

W wyniku tego, badania laboratoryjne, jak w żadnej dziedzinie medycyny, są objęte całym systemem szeroko rozbudowanej, żmudnej hierarchicznej kontroli: wewnątrzlaboratoryjnej, regionalnej, krajowej i międzynarodowej.

Sposób postępowania z materiałem biologicznym, opracowanie matematyczne systemu kontroli praktycznie prawie uniemożliwia "wyprodukowanie" fałszywego wyniku, co nie znaczy, że wynik ten musi być zgodny z oczekiwaniami klinicysty.

O ile nad technologią badań (coraz bardziej uproszczoną w wyniku postępu w dziedzinie aparatury) może czuwać analityk kliniczny, który na aktualnym rynku pracy nie może znaleźć zatrudnienia, o

tylko brak lekarzy diagnostów laboratoryjnych jest dotkliwie odczuwalny.

Oni jedynie właśnie są w stanie we właściwy sposób powiązać "wiarygodny" wynik badania z pozorem nie pasującym do stanu pacjenta w jedną logiczną całość, służyć klinicyście w podejmowaniu działań diagnostycznych, niejednokrotnie inwazyjnych, współuczestniczyć w monitorowaniu terapii i obserwacji rekonwalescencji.

Po raz kolejny zwracamy uwagę, tym razem na łamach *Biuletynu*, o niezrozumieniu przez resort zdrowia konieczności kształcenia lekarzy diagnostów laboratoryjnych.

Zaistniała sytuacja w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej w Polsce stwarza duże niebezpieczeństwo polegające na produkcji bardzo wiarygodnych technologicznie wyników i niemożności podjęcia partnerskiej współpracy z lekarzem terapeutą.

Wzory takiego działania można znaleźć w wielu krajach europejskich.

W przedstawionym doniesieniu wstępnym pragniemy uświadomić, że możliwości rozpoznawcze wynikające z nowoczesnej diagnostyki laboratoryjnej coraz bardziej potwierdzają konieczność procesu integracji medycyny klinicznej i medycyny laboratoryjnej.

W następujących artykułach chcielibyśmy przybliżyć szereg dalszych problemów diagnostyki laboratoryjnej i jednocześnie przedstawić trudności, na jakie napotyka ta dziedzina na naszym terenie.

*Konsulenci wojewódzcy ds. diagnostyki laboratoryjnej*  
miasto i woj. wrocławskie: dr n.med. A. Kotter  
woj. jeleniogórskie: lek.med. J. Lindner-Czygrinow  
woj. legnickie: dr n.med. M. Menzel-Lipińska  
woj. wałbrzyskie: lek.med. M. Królak

## ZG Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów Katedra i Klinika Hematologii Akademii Medycznej we Wrocławiu zawiadamiają, że

V Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów  
odbędzie się w dniach 9-10 czerwca 1994 r. we Wrocławiu

**Temat: "Cytokiny w hematologii"**

Referaty programowe i sesje robocze obejmą:

1. Zastosowanie G-CSF, GM-CSF i M-CSF w hematologii.
2. Interleukiny i TNF; podstawy doświadczalne i próby wykorzystania w klinice.
3. Interferony w chorobach krwi.

Kolejny komunikat zostanie wysłany do osób, które zgłoszą chęć udziału w Konferencji.

Adres Komitetu Organizacyjnego:  
Klinika Hematologii, ul. Pasteura 4  
50-367 Wrocław  
Nr konta PKO BP IV o/W-w  
93549-12205-132  
Hasło "Konferencja"

*Sekretarz*  
lek.med. M. Kiełbiński

*Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego*  
prof.dr hab. S. Kotlarek-Haus

Przewiduje się wykłady zaproszonych gości z kraju i z zagranicy oraz prezentację prac oryginalnych, sesje plakatowe, wystawy firm farmaceutycznych. Koszt leczenia wynosi 200 000 zł, osoby towarzyszące 100 000 zł. Koszt zakwaterowania - około 300 000 zł za dobę. Termin przysyłania zgłoszeń udziału i wpłat kosztów uczestnictwa do dnia 10.01.1994 r. Formularze zgłoszeń dostępne są w oddziałach PTHiT i w klinikach hematologii. Termin przysyłania streszczeń: 28.02.1994.

# Ubezpieczenia lekarzy

Andrzej Wasiewicz

*ciąg dalszy ze str. 1*

Warto przy tej okazji zaznaczyć, że gdy chodzi o cywilną odpowiedzialność odszkodowawczą lekarza, to jej zakres może być bardzo szeroki. Skutki czynności wykonywanych przez lekarza w ramach wykonywania zawodu mogą bowiem pośrednio dotyczyć znacznie większej liczby osób niż te, które korzystają z pomocy medycznej, a zwłaszcza zabiegu operacyjnego. W tym stanie rzeczy, zmierzając do ograniczenia ewentualnych, ujemnych dla lekarza następstw "wadliwych" świadczeń medycznych, choćby w sferze jego majątku, celowe, a nawet konieczne jest zawarcie umowy stosownego ubezpieczenia. W niektórych krajach ubezpieczenia tego typu, mając na względzie interesy potencjalnie poszkodowanych pacjentów, wprowadza się jako przymusowe. W Polsce ustawodawca - jak wiadomo - nie wprowadził obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza.

Jednakże potrzeba takiego ubezpieczenia jest dostrzegana przez samych lekarzy. Ujawniła się ona zwłaszcza obecnie, gdy wielu z lekarzy otwiera własne praktyki, pracując w oparciu o umowy - zlecenia, udziela pomocy medycznej w ramach utworzonych przez kilka osób spółek medycznych itd. Chcąc określić najważniejsze założenia ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, należy najpierw choćby kilka uwag poświęcić samym zasadom tej odpowiedzialności.

2. Otóż w świetle polskiego prawa cywilnego odpowiedzialność cywilna lekarza może być zarówno odpowiedzialnością deliktową jak i kontraktową. Zależy to od szeregu okoliczności. Niemniej jednak stwierdzić można, że odpowiedzialność kontraktowa - co oczywiście - wynika z umowy, jaką lekarz zawarł z pacjentem. Jednakże godzi się podkreślić, że w każdej tego typu umowie będą w zasadzie wchodziły w grę (choć w umowie nie wymienione) ogólne przepisy dotyczące odpowiedzialności lekarza, uzupełniające w dorozumiany sposób tę umowę. Istniejące między stronami zobowiązanie nie uchyla bowiem reguł prawa powszechnego. Z tych też względów - mówiąc bardzo ogólnie - niewykonanie bądź też nienależyte wykonanie zobowiązania może mieć jednocześnie charakter deliktowy. W takiej sytuacji

poszkodowany ma możliwość wyboru roszczenia z punktu widzenia gwarancji najskuteczniejszego dochodzenia go. Istnieją oczywiście także pewne stany faktyczne, w których odpowiedzialność lekarza ma charakter wyłącznie deliktowy. Będzie tak np., gdy lekarz udziela pomocy nieznanemu ofierze wypadku, bądź też odmówił pomocy medycznej takiej ofierze. Odpowiedzialność cywilna lekarza, a ściślej mówiąc jej zakres, kształtuje się różnie w zależności od tego, czy lekarz zatrudniony jest w społecznym lub innym zakładzie leczniczym, czy prowadzi praktykę prywatną itd. Lecz nawet wtedy, gdy lekarz zatrudniony jest wyłącznie w społecznym zakładzie służby zdrowia, może powstać jego osobista, pełna odpowiedzialność cywilna związana z wykonywaniem zawodu, np. w razie udzielenia pomocy medycznej nieznanemu ofierze wypadku, znajomym itd. i dopuszczenia się przy tym ewentualnego zaniedbania. W pozostałych przypadkach za lekarza wykonującego swój zawód i zatrudnionego wyłącznie w społecznym (państwowym) zakładzie leczniczym ponosi odpowiedzialność cywilną państwo, jako za funkcjonariusza państwowego. Jednakże także i w tych przypadkach pomimo obowiązującego przepisu art. 120 k.p. istnieje możliwość dochodzenia od lekarza, w drodze regredu, wypłaconego poszkodowanemu odszkodowania, powyżej jednak do trzykrotnej wysokości miesięcznego wynagrodzenia.

Odpowiedzialność odszkodowawcza lekarza nie ogranicza się tylko do szkód wyrządzonych pacjentowi. Jeżeli np. zachodzić będzie deliktowa odpowiedzialność cywilna lekarza związana ze śmiercią pacjenta, lekarz może odpowiadać także za szkody doznane z tego tytułu przez najbliższych zmarłego. Zwłaszcza zaś na rzecz tych osób - w określonych okolicznościach - ustanowione mogą zostać również renty. Nadto, jeżeli zachodzą ku temu przesłanki, lekarz może zostać zobowiązany do zapłaty pieniężnego zadośćuczynienia za krzywdę na rzecz poszkodowanego (ból, cierpienie, spowodowanie trwałego uszkodzenia ciała, oszpeccenie, niemożność wykonywania zawodu itp.).

3. Już z przedstawionych tu - z natury rzeczy - bardzo ogólnych uwag wynika, że warunki ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej stosowane ogólnie, choć-

by zawierały pewne modyfikacje, nie powinny stanowić podstawy zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza. Profesjonalna odpowiedzialność cywilna lekarza wymaga bardzo precyzyjnie opracowanych, specjalnych warunków ubezpieczenia, uwzględniających całą złożoność zasad i zakresu tej odpowiedzialności, z uwzględnieniem z jednej strony powstania szkody w wyniku błędu lekarskiego (we wszelkich jego postaciach), eksperymentu medycznego, zakażenia pacjenta wirusem HIV itd., z drugiej - mówiąc ogólnie - sposobu wykonywania zawodu lekarza (praktyka prywatna, stosunek pracy, zlecenie itd.). Ten ostatni powinien znaleźć należyte odzwierciedlenie w wysokości składki ubezpieczeniowej.

Wynika stąd, że zachodzi potrzeba opracowania dobrych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza z bardzo precyzyjnymi postanowieniami, uwzględniającymi wszelkie aspekty tej odpowiedzialności. Przeniesienie gotowych wzorców z innych państw - jak dowodzi dotychczasowa praktyka w ubezpieczeniu OC innych zawodów - nie jest możliwe. W państwach tych bowiem bardzo często występują odmienne uregulowania prawne zasad odpowiedzialności cywilnej lekarza, a także całego systemu prawnego, co nie pozwala na "przeszczepienie" ich na grunt polski. Dopiero zakotwiczenie postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej głęboko w cywilistycę polską może dać pożądane dla lekarza efekty ochrony ubezpieczeniowej.

Nowo stworzone warunki winny chronić odpowiedzialność cywilną lekarza w sposób możliwie najpełniejszy. Chodzi zatem głównie o to, aby w ogólnych warunkach ubezpieczenia:

a/ nieliczne, ściśle określone były wyłączenia odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela,

b/ objęty był ochroną ubezpieczeniową cały okres, w którym lekarz może - w myśl obowiązującego prawa - ponosić odpowiedzialność cywilną,

c/ wykluczone były postanowienia wiążące lekarza umową ubezpieczenia "na stałe" z ubezpieczycielem, a wypowiedzenie umowy powodowało skrócenie okresu odpowiedzialności gwarancyjnej ubezpieczyciela,

*ciąg dalszy na str. 13*

# Ubezpieczenia lekarzy

*ciąg dalszy ze str. 13*

d/ odpowiedzialność gwarancyjna ubezpieczyciela nie była ograniczona terminem zgłaszania roszczenia, który jest krótszy niż termin przedawnienia tych roszczeń; odstępowo od tej zasady jest możliwe, ale w szczególnych, taksatywnie wskazanych przypadkach.

Przechodząc do niektórych uregulowań szczegółowych, stwierdzić należy, co następuje:

a/ objęcie odpowiedzialnością gwarancyjną ubezpieczyciela okresu przed zawarciem umowy jest - po spełnieniu pewnych warunków - możliwe,

b/ określenie minimalnej sumy gwarancyjnej, przy jednoczesnym zapewnieniu możliwości indywidualnego ustalania sum wyższych, nie stanowi żadnego problemu,

c/ zapewnienie indywidualnych polis dla poszczególnych lekarzy jest bardzo celowe i możliwe,

d/ zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej lekarzowi kierującemu zespołem i odpowiedzialnemu za zespół jest możliwe,

e/ eksperymenty medyczne trzeba dla celów ubezpieczeniowych (poza określeniem w art. 19 projektu ustawy o zawodzie lekarza) bliżej zdefiniować, a ubezpieczenie ich ujemnych następstw jest możliwe,

f/ ubezpieczeniem winna być także objęta odpowiedzialność cywilna lekarza za zarażenie wirusem HIV,

g/ odpowiedzialnością gwarancyjną ubezpieczyciela winna być objęta odpo-

wiedzialność cywilna lekarza zarówno w kraju jak i za granicą (w razie podjęcia pracy za granicą - za nieco podwyższoną dodatkową składką ubezpieczeniową),

h/ ochroną ubezpieczeniową powinna być także objęta cywilna ochrona prawna.

Inne ubezpieczenia, takie jak ubezpieczenia gabinetów lekarskich, skutków utraty pracy, na życie itd. są bardzo celowe, ale nie mogą - z natury rzeczy - być objęte umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza. Te ubezpieczenia, o pewnym określonym wachlarzu, powinny być wprowadzone jako dodatkowe, przy czym ich zawarcie w pełnej lub ograniczonej liczbie powinno łączyć się z określoną zniżką w składce ubezpieczeniowej. Do ubezpieczeń takich powinny w pierwszej kolejności należeć:

1/ ubezpieczenie NW lekarza,

2/ ubezpieczenie mienia gabinetu (zwłaszcza prywatnego) lekarskiego (kradzież, ogień itd.),

3/ ubezpieczenie elektronicznego bądź specjalnego sprzętu medycznego, programów i zapisów komputerowych,

4/ ubezpieczenie ochrony prawnej, poza ochroną prawną - cywilną, która objęta powinna być ubezpieczeniem OC,

5/ ubezpieczenie na życie.

4. Gdy chodzi o składkę ubezpieczeniową, to jest możliwe wprowadzenie bądź to bonifikaty po tzw. okresie bezszkodowego przebiegu ubezpieczenia, bądź też ewentualnego zwrotu części

składki ubezpieczeniowej po dłuższym okresie utrzymywania się w tym ubezpieczeniu niskiej szkodowości. Rozwiązanie zależne jest od tego, czy interes ("zbiorowości lekarzy" czy lekarza) ma być - gdy chodzi o składkę ubezpieczeniową - bardziej chroniony.

5. W końcu warto dodać, że tak liczna grupa zawodowa, jak lekarze powinna w przyszłości dążyć do założenia własnego małego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Wymaga to wszakże podjęcia określonych działań wyprzedzających, zgromadzenia stosownego kapitału itd. Status małego towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych (nadawany przez ministra finansów) ma tę zaletę, że pozwala stosować pewne - mówiąc ogólnie - uproszczenia organizacyjne, finansowe (kapitał) i formalne. Małe towarzystwo ubezpieczeń wzajemnych jest jednak w rozumieniu ustawy także ubezpieczycielem, który musi spełniać łącznie się z tym wymogi, zarówno co do struktury organizacyjnej, jak i wypłaty świadczeń odszkodowawczych. Dlatego też aktualnie, zmierzając do szybkiego zabezpieczenia majątkowego lekarzy, należy rozpocząć od zawarcia umowy ubezpieczenia OC o treści, która najlepiej zapewniłaby lekarzowi ochronę ubezpieczeniową przy jednoczesnym doborze - co bardzo ważne - właściwego ubezpieczyciela.

*Prof. dr hab. Andrzej Wąsiewicz*

*Przedruk z "Medicus" 8-9 (31-32) 93*

## Endokrynolodzy we Wrocławiu

W drugiej połowie września odbył się we Wrocławiu Międzynarodowy Kongres Endokrynologiczny, w którym udział wzięło ponad 500 specjalistów m.in. z USA, Włoch, Szwajcarii, Niemiec, Litwy, Ukrainy i Polski. W programie znalazły się problemy chorób tarczycy, omawiano postępy w diagnostyce i terapii schorzeń gruczołów wewnętrznego wydzielania. Wiele uwagi poświęcono szerzącej się niebezpiecznie osteoporozie. Zaprezentowano też najnowszy system IMMULITE - automat do oznaczania poziomu hormonów.

*(e.p.)*

## Zespół prof. Kocięby w nowej siedzibie

Wprawdzie już 29 lipca premier Suchocka dokonała uroczystego otwarcia nowego, czterokrotnie większego od poprzedniego, budynku Ośrodka Replatacji Kończyn, Mikrochirurgii i Chirurgii Ręki w Trzebnicy, ale pierwsi pacjenci trafili do szpitala dopiero w październiku. Od tego dnia, tzn. od 4 października ośrodek pełni stałą, całodobową dyżur.

Cały personel, powiększony o 20 osób, został przeszkolony do pracy przy nowej aparaturze. Szpital w Trzebnicy przygo-

towano na każdą sytuację; zaopatrzone w agregaty prądotwórcze, baterie akumulatorowe i awaryjne zbiorniki na wodę. Może więc sprawnie funkcjonować także w przypadku awarii sieci energetycznej i wodociągowej.

*(e.p.)*

## Po wyborach

Wszyscy dolnośląscy lekarze (województwa: jeleniogórskie, legnickie, wałbrzyskie i wrocławskie) kandydujący do Sejmu i Senatu przegrali wybory.

# Etos lekarza

Arnold Gubiński  
komentuje  
"Kodeks etyki lekarskiej"

## Art. 11

*Lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych. Jeżeli badanie, leczenie i orzekanie przewyższa umiejętności lekarza, wówczas winien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu i życiu chorego.*

Podobnie, jak ma to miejsce w innych grupach zawodowych lekarze reprezentują różny poziom wiedzy i umiejętności. Chodzi o staż i doświadczenie w zawodzie a także zdolności, pilność i sumienność w przyswajaniu wiedzy w toku studiów oraz doksztalcanie się. Są lekarze przeciętni, dobrzy, wybitnie utalentowani, prawdziwi "mistrzowie sztuki lekarskiej". Art. 11 kodeksu mówi, że lekarz nie powinien wykroczać poza swoje umiejętności zawodowe przy wykonywaniu czynności diagnostycznych, zapobiegawczych, leczniczych i orzecznicych. Jeżeli badanie, orzekanie i leczenie przewyższają umiejętności lekarza, wówczas winien on zwrócić się do bardziej kompetentnego kolegi. Nie dotyczy to nagłych wypadków i ciężkich zachorowań, gdy zwłoka może zagrażać zdrowiu i życiu chorego.

Z reguły lekarze zdają sobie sprawę z zakresu swych umiejętności i wyczuwają niebezpieczeństwo przekroczenia granicy swych kompetencji. Kodeks przypomina lekarzom o potrzebie rozwagi. Przepis art. 11 chroni chorego przed lekkomyślnymi, nie podbudowanymi znajomością rzeczy poczynieniami, przed narażeniem pacjenta na niewłaściwe leczenie, a więc na zbyteczne ryzyko popełniania błędów lekarskich. Chroni on jednocześnie lekarzy ostrzegając ich przed własnym zarozumiałstwem, nieuzasadnioną pew-

nością siebie, a przez to ostrzega o możliwości narażenia się na odpowiedzialność zawodową.

Rzecz oczywista zalecenie zawarte w art. 11 nie dotyczy wypadków typowych, występujących licznie w praktyce lekarskiej, ale nietypowych, nasuwających trudności w diagnostyce, leczeniu oraz przy pełnieniu funkcji orzecznicych. Wskazuje, że samokrytyczny stosunek do własnych umiejętności winien cechować fachowca; że im więcej lekarz wie, im więcej potrafi, tym silniej winien zdawać sobie sprawę z dziedzin, w których czuje się niezbyt pewnie, ma wątpliwości. Akcentuje, że nie należy mieć oporów przed konsultowaniem skomplikowanych wypadków, czynią to zresztą wysokiej klasy specjaliści. Rzecz jasna, ta nakazana ostrożność przedsięwzięta w celu okazania dobrej opieki medycznej ustępuje wówczas, gdy chodzi o wypadki nagłe, gdy upływ czasu potrzebnego na konsultację może nie pozwolić na przedsięwzięcie szybkich, zdecydowanych poczynań leczniczych, co może mieć ciężkie następstwa dla zdrowia, a nawet życia. Przepis obok nagłych wypadków przewiduje odstępstwo od zasady w razie ciężkich zachorowań. Z kontekstu wypowiedzi wynika, że dotyczy to sytuacji, gdy charakter zachorowań jest taki, że zwłoka jest niedopuszczalna. Zwłoka byłaby bowiem w takich wypadkach niebezpieczniejsza dla chorego niż szybkie, nawet niedostatecznie wyważone, podjęcie decyzji.

## Art. 12

*Lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które nie obniżają jakości opieki nad chorym.*

Warunki, w jakich pracuje obecnie służba zdrowia w Polsce, są nader trudne. Powszechnie znane są niskie

uposażenia personelu medycznego, jawnie niewspółmierne z jego rolą społeczną. Wiadomo, że oszczędności budżetowe dotyczą wyposażenia placówek służby zdrowia w aparaturę, oprzyrządowanie, leki. Stan tych placówek łącznie z obiektami szpitalnymi jest w wielu wypadkach godny pożałowania. Ciasnota, zły stan techniczny nieremontowanych pomieszczeń, braki w bieliznie pościelowej i używanej przez chorych, niedostateczna higiena - utrudnia pracę, zmniejsza efektywność leczenia, sprzyja wzrostowi zakażeń wewnątrzszpitalnych, rzutuje na stan psychiczny zarówno personelu medycznego jak i chorych.

Lekarze muszą się z wieloma brakami godzić, stan ekonomiczny kraju i związany z nim deficyt budżetowy dyktują swe trudne prawa. Są bezsilni, jeśli chodzi o przebieg procesów o charakterze ogólnym. Ale są pewne nieprzekraczalne granice, o zachowanie których lekarz winien stanowczo walczyć. Jest to zwłaszcza utrzymanie higieny pomieszczeń i higieny osobistej chorych, walka o niedopuszczanie do wzrostu zakażeń wewnątrzszpitalnych, stanowcze stawianie sprawy środków opatrunkowych, strzykawek jednorazowego użycia, niezbędnych leków i środków czystości. Nie wymaga to znacznych nakładów i - jak wykazuje doświadczenie - energiczna postawa lekarza może wiele zdziałać w tej materii. Brak dostatecznej troski ze strony lekarzy a zwłaszcza lekarzy zajmujących węzłowe stanowiska w zakładach służby zdrowia (dyrektorów, ordynatorów) może w pewnych wypadkach, w zależności od istniejących okoliczności być rozważany jako naganny. Mówi o tym art. 12 kodeksu, iż lekarz winien zabiegać o wykonywanie swego zawodu w warunkach, które nie obniżają jakości opieki nad chorym.

Prof. Arnold Gubiński - prawnik, ekspert przy Naczelnej Radzie Lekarskiej

W dniach 21-25 września odbył się we Wrocławiu  
XI Zjazd Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii

# Anestezjolodzy obradują

Andrzej Obojski

Dwa tygodnie temu anestezjolodzy zakończyli kolejne obrady, tym razem XI Zjazdu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii we Wrocławiu. Niewątpliwie zjazd był wydarzeniem naukowym rangą znacznie przekraczającym granice naszego kraju. Wzięło w nim udział około 1500 uczestników, w tym 100 gości z Europy Wschodniej, Zachodniej i USA.

Podczas obrad wielu znamienitych gości z wiodących ośrodków polskich i zagranicznych wygłosiło referaty oraz przedstawiło najnowsze poglądy z zakresu intensywnej terapii, anestezjologii i zagadnień bólu przewlekłego. Problematyka poszczególnych tematów głównych poruszana w ponad trzystu wygłoszonych referatach przedstawiała się jak następuje:

W ramach sesji poświęconych anestezjologii omawiano przygotowanie do znieczulenia, nowe leki i metody anestetyczne, monitorowanie i dokumentację znieczulenia oraz opiekę pooperacyjną.

Temat intensywnej terapii obejmował niewydolność wielonarządową, organizację i wyposażenie oddziału intensywnej

terapii, intensywną terapię małego dziecka, medycynę przypadków nagłych i katastrof a także nowe leki i metody w intensywnej terapii.

Sesje bólu przewlekłego były poświęcone strukturom i funkcji ośrodków leczenia bólu, bólom u dziecka, blokadzie nerwów, opiece paliatywnej.

Nadto prowadzone były sesje specjalistyczne poświęcone zagadnieniom anestezji pediatrycznej, kardioanestezji oraz specjalistyczna sesja pielęgnarska.

Wiele sesji miało charakter interdyscyplinarny, stąd oprócz anestezjologów udział wzięli także liczni przedstawiciele innych specjalności. W ramach zjazdu swoje posiedzenia przeprowadziły również sekcje specjalistyczne Towarzystwa.

W drugim dniu zjazdu odbyło się walne zebranie PTAiIT, na którym wybrano nowe władze Towarzystwa, a dwaj polscy lekarze: Zbigniew Rondio z Warszawy oraz Jan Chodnikiewicz z Lublina otrzymali godność członków honorowych PTAiIT.

Zjazd był bogaty w naukowe doniesienia i długo po jego zakończeniu uczestni-

cy będą mogli jeszcze studiować i przesłuchiwać nagrane taśmy i materiały zjazdowe. Ale myliłby się ten, kto sprowadziłby zjazd li tylko do obrad i sympozjów. Była to jedyna w swoim rodzaju okazja do ponownego zobaczenia znajomych, często z odległych zakątków Polski, często po latach. Nikt nie czuł się sam, panowało uczucie bycia u siebie, w gronie ludzi niejednokrotnie nieznanych osobiście a jednocześnie bliskich dzięki wspólnej pasji. Spotkaniom starych przyjaciół oraz zawieraniu nowych kontaktów sprzyjały liczne imprezy towarzyszące zjazdowi, począwszy od koktajlu powitalnego a zakończywszy na bankiecie i pożegnalnym festynie.

Kreśląc refleksje o zjeździe nie można nie wspomnieć o organizatorach spotkania. Był to kolos organizacyjny, którego ogrom należyce może docenić tylko ten, kto coś podobnego już przeżył. W zjeździe wzięła udział niespodziewanie duża ilość uczestników, którym trzeba było zorganizować hotele, wyżywienie, dojazdy. Zjazdowi towarzyszyła wystawa sprzętu medycznego i leków siedemdziesięciu czterech firm. Należało zorganizować, przygotować i należyście poprowadzić obsługę sześciu sal - trzech w Hali Ludowej, dwóch - Państwowej Inspekcji i JASE, na których toczyły się równoległe obrady. Nadto sporo pracy zajęło przygotowywanie imprez towarzyszących, a sprawne przeprowadzenie części informacyjno-zarządzającej zjazdu jest zasługą ludzi tworzących jego sekretariat.

Całość zakończyła się po czterech dniach - 25 września. Czas zjazdu płynął bardzo szybko, nim się zorientowaliśmy, było już po. Teraz czekamy na następny za trzy lata w Katowicach, a potem ... może ponownie we Wrocławiu? Byłoby to już kolejne, czwarte wyróżnienie naszego ośrodka.

*Lek. med. Andrzej Obojski - asystent Zakładu Medycyny Doraźnej i Katastrof Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Akademii Medycznej we Wrocławiu.*



## Współpraca buduje

Współpraca samorządów obu tych miast umożliwiła kontakty poszczególnym grupom zawodowym reprezentującym oświatę, przemysł oraz ochronę zdrowia. W niespełna rok trwającej współpracy odbyły się dwa oficjalne wyjazdy z jednej jak i z drugiej strony (są również kontakty prywatne). Czynny udział w tych spotkaniach brał miejscowy samorząd lekarski reprezentując zarówno administrację ZOZ Bielawa jak i Dolnośląską Izbę Lekarską. Ostatni wyjazd odbył się w dniach 16-23 sierpnia 1993 roku z Bielawy do Lingen (Niemcy). W programie uwzględniono tematykę lekarza rodzinnego (domowego), umożliwiając mi przebywanie w praktyce jednego z lekarzy dra med. Manfreda Szuberta, w godzinach przyjęć pacjentów, z możliwością pełnego zapoznania się z jego problemami, organizacją praktyki, sposobami rozliczania się z kasami chorych oraz współpracy z innymi lekarzami i szpitalami.

Organizacja praktyki o powierzchni 140 m<sup>2</sup> pozwala na przyjmowanie 80 osób codziennie z oczekiwaniem nie dłuższym niż 10-20 minut. Praca odbywa się jednocześnie w kilku gabinetach przystosowanych do badań ogólnych, małej chirurgii, badań diagnostycznych (EKG, ergometria), badań endoskopowych (kolonoskopia), małe laboratorium przystosowane do wykonywania badań podstawowych krwi i moczu. Rejestracja jest obecnie w trakcie komputeryzacji. Mniejsze praktyki nie są komputeryzo-

wane z uwagi na koszty.

Zatrudniony personel średni jest w pełni wykorzystany. Dwie osoby na pełnym etacie, jedna w niepełnym wymiarze godzin do obsługi komputera i korespondencji z lekarzami, szpitalami i instytucjami sprzężonymi finansowo (kasy chorych, zakłady pracy, szkoły, zrzeczenia lekarzy indywidualnie praktykujących i inne).

Możliwość wglądu w dokumentację i szczegóły pracy w wyżej wymienionej praktyce prywatnej świadczy o dużym zaangażowaniu władz miasta Lingen, jak również środowisk medycznych, szczególnie dyrekcji Szpitala im. St. Bonifatus - Hospital Lingen.

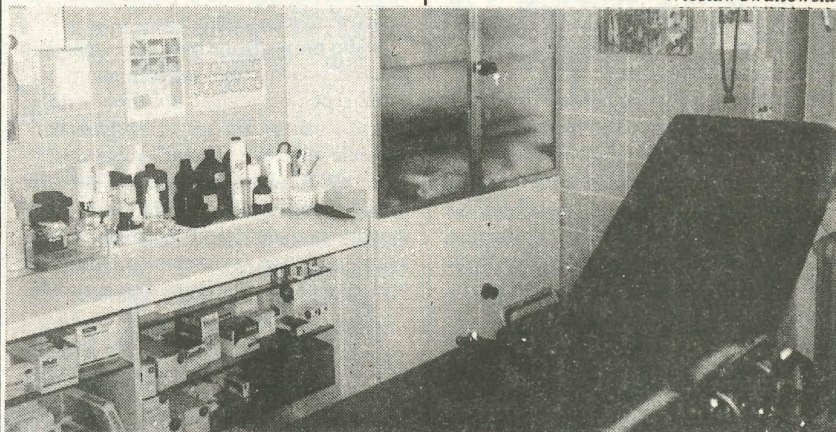
Chciałbym w tym miejscu wyrazić uznanie dla organizatorów z obu stron za tak sumienne przygotowanie spotkania obe-

cnego jak i poprzednich, w marcu (Lingen) i czerwcu (Bielawa) bieżącego roku.

Współpraca przyniosła też pierwsze korzyści dla pacjentów w postaci darów (dwa wózki inwalidzkie i sprzęt analityczny) oraz zobowiązanie władz miasta Lingen do pokrycia kosztów protezy kończyny dolnej dla 11-letniej dziewczynki z Bielawy. Proteza zostanie dopasowana i założona w Szpitalu w Lingen. Opiniodawczy był w tej kwestii samorząd lekarski na wniosek władz miasta Lingen.

W pierwszych dniach października delegacja z Lingen odwiedzi ponownie Bielawę. Myślę, że przyniesie to nowe korzyści mieszkańcom i nowe doświadczenia władzom miast.

*Przewodniczący  
Kola Terenowego DIL w Bielawie  
Wiesław Iwanowski*



*Gabinet do małej chirurgii. Fot. W. Iwanowski*

## Lekarz rodzinny ciągle daleko

Zastanawiając się nad rozwojem POZ, powinno się uzmysłowić sobie miejsce lekarza w relacji z innymi grupami zawodowymi, które oferują usługi dla ludności (jak pracownicy socjalni, pielęgniarki domowe, pomoce domowe itd.).

Z obserwacji mojej wynika, iż za dużo jest uszczegółowiania koncepcji współ-

pracy, co powoduje opóźnianie postępu w realizacji całego systemu zmian.

Byłoby lepiej jak najbardziej praktycznie podchodzić do zagadnienia, pracując według luźno sformułowanych koncepcji współpracy i dając pierwszeństwo rozwojowi zawodowemu.

Wielość funkcji jakie spełnia lekarz rodzinny sprawia, że praca ta oprócz części typowo lekarskiej wymaga znajomości zasad finansowych i szeroko zbudowanej biurokracji, jako że informacje przesyłane są do wielu instytucji sprzężonych z działalnością lekarza domowego, a on sam otrzymuje nie mniej.

Miałem możliwość obserwacji przez kilka

dni lekarza rodzinnego w Niemczech w czasie jego pracy. Porównując moje obserwacje z relacją innych lekarzy rodzinnych, którzy referowali sposób realizacji i zakres zadań w swoich praktykach, wnioskuję, że lekarz rodzinny w Niemczech w zależności od regionu spełnia nieco inne zadania, a stopień wysycenia specjalistami z różnych dziedzin warunkuje poszerzenie lub rezygnację z niektórych porad, jak ginekologiczne, pediatryczne czy inne.

Myślę, że w Polsce, w zależności od regionu jest podobnie i lekarz rodzinny będzie realizował program w podobny sposób.

Więcej kontaktów kolegów lekarzy z Polski z lekarzami w krajach, gdzie lekarz rodzinny funkcjonuje, może przybliżyć wprowadzenie tej instytucji w naszym kraju.

*Wiesław Iwanowski*



*Gabinet endoskopowy. Fot. W. Iwanowski*



# Ratujmy służbę zdrowia!

Zdrowie należy do podstawowych zasobów gwarantujących rozwój społeczno-ekonomiczny kraju. Tylko bowiem zdrowe społeczeństwo jest zdolne do zapewnienia dostatecznego poziomu tworzenia dóbr materialnych i kulturalnych.

Służba zdrowia w powojennej Polsce miała być powszechnie dostępna i bezpłatna. Jednak stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych pozostawał w dysproporcji do rosnących wymagań społeczeństwa.

Okazało się, że bezpłatne leczenie to tylko mit. Nigdy bowiem nie było tak, że każdy za darmo miał jednakowy dostęp do wszelkich usług medycznych i świadczeń. Ponadto ludzie zaczęli tracić umiar, rodiło się marnotrawstwo. Gdy wszystko było bezpłatne i niograniczone, to często żądano opieki, domagano się stosowania nowoczesnych i drogich metod pod byle pretekstem.

W związku ze zmianami polityczno-społeczno-gospodarczymi w kraju nastąpiły również zmiany w dziedzinie służby zdrowia. Zaczęły pojawiać się opinie świadczące o zaniepokojeniu stanem systemu ochrony zdrowia i stanem zdrowotnym ludności. Pojawił się nowy problem, jakim jest brak poczucia bezpieczeństwa w dziedzinie ochrony zdrowia.

Polska łącząc się z rozwiniętymi krajami Europy powinna zreformować dział gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia, w celu zapewnienia obywatelom jak najszerszego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Polityka zdrowotna powinna być zorientowana na profilaktykę i eliminowanie zagrożeń zdrowotnych oraz ryzyka choroby. Są różne sposoby realizacji tego celu. Teoretycznie wyróżnia się trzy modele organizacji ochrony zdrowia:

1/ model państwowej ochrony zdrowia, charakteryzujący się powszechną dostępnością, często bezpłatnie świadczonymi usługami, finansowaniem z podatków ogólnych, państwową własnością środków ochrony zdrowia oraz (lub) państwową kontrolą systemu (Wielka Brytania, Włochy),

2/ model oparty na ubezpieczeniach społecznych, charakteryzujący się obowiązkowym powszechnym ubezpieczeniem, finansowaniem ze składek ubezpieczeniowych wnoszonych przez pracodawców i pracowników, oraz indywidualne osoby, publiczną i (lub) prywatną własnością środków ochrony zdrowia (Szwajcaria, Niemcy, Francja),

3/ model oparty na ubezpieczeniach prywatnych, charakteryzujący się nabywaniem praw do świadczeń opieki zdrowotnej przez prywatne instytucje

ubezpieczeniowe w ramach indywidualnych lub grupowych ubezpieczeń, prywatną własnością środków ochrony zdrowia (USA).

Wyżej wymienione modele nie występują w czystej postaci, lecz funkcjonują równocześnie i w różnym stopniu, różnie w każdym państwie.

W Polsce koszty leczenia ponoszone są przez państwo. Jednak przy napiętym budżecie państwowym, ciągłym uszczuplaniu kwot przeznaczonych na służbę zdrowia, powstaje problem zagrożenia poczucia bezpieczeństwa zarówno wśród pacjentów, jak też i wśród personelu medycznego.

Dlatego też koniecznym wydaje się przeprowadzenie reformy służby zdrowia poprzez zmiany strukturalne, w organizacji, w zarządzaniu i finansowaniu służby zdrowia.

Ważnym wydaje się więc podzielenie świadczeń zdrowotnych na:

1/ powszechne, których poziom mógłby być określany przez rząd, finansowany z pieniędzy podatkowych (z budżetu wprost lub za pośrednictwem ubezpieczalni),

2/ ubezpieczeniowe, z tytułu ubezpieczeń społecznych finansowanych przez składkę,

3/ indywidualne (prywatne), opłacane przez pacjenta lub ubezpieczalnię w razie dobrowolnego prywatnego ubezpieczenia.

Z powyższego wynika, że zakres świadczonej opieki zdrowotnej winien być powiązany z systemem ubezpieczeń społecznych zdrowotnych. Państwo natomiast gwarantowałoby tylko pewien minimalny poziom opieki zdrowotnej. Innymi słowy konieczne jest wieloźródłowe finansowanie ochrony zdrowia i odejście od dominacji środków budżetowych.

Powyższe rozwiązanie mogłoby doprowadzić do ponownego poczucia bezpieczeństwa w dziedzinie ochrony zdrowia. Ważnym jest także, aby obowiązywała zasada pełnej odpowiedzialności za własne zdrowie. Powinno oszczędzać się na odpowiednim doborze środków i metod leczenia (zaprzestanie leczenia za pomocą najdroższych metod pacjentów nieuleczalnie chorych). Pacjenci powinni mieć do dyspozycji diagnostykę na wysokim poziomie europejskim!

To powinno być bowiem jednym z podstawowych celów służby zdrowia w warunkach transformacji systemu gospodarczego.

*mgr inż. Małgorzata Rutkowska  
mgr inż. Joanna Szymańska*

## Polskie Towarzystwo Stomatologiczne Oddział Dolnośląski

uprzejmie zaprasza na:  
posiedzenia naukowo - szkoleniowe

które odbywać się będą w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego, Wrocław, ul. Pretficza 24.

13 listopada 1993, godz. 10.00 (sobota)

Posiedzenie sponsorowane przez Centrum Zaopatrzenia Medycznego Cezal S.A. Wrocław oraz Firmę KERR.

1. Odczytanie protokołu.  
2. Dr Peter K. Meschke (lekarz praktyk z Wuppertalu RFN):

Opracowanie kanału korzeniowego. Wskazówki i zalecenia praktyczne - 150 min.

3. Dyskusja.

4. Przerwa 12.30 - 13.00.

5. Dr Peter K. Meschke: Kompozyty. Przykłady zastosowania i opracowania z codziennej praktyki lekarskiej - 150 min.

6. Dyskusja.

7. Komunikaty zarządu i wolne wnioski.

11 grudnia 1993, godz. 10.00 (sobota)

1. Odczytanie protokołu.

2. Prof. dr hab. Urszula Kaczmarek, dr n.med. Małgorzata Oczko (Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu): Schorzenia przyzębia u dzieci - 15 min.

3. Lek. dent. Monika Gajewska, lek. dent. Beata Ukleja (Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu): Leczenie endodontyczne u dzieci - 15 min.

4. Lek. dent. Elżbieta Sommer, lek. dent. Grażyna Jaśniewicz (Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu): Materiały i leki stosowane w leczeniu pedodontycznym - 15 min.

5. Dyskusja.

6. Przerwa 11.00 - 11.30.

7. Lek. dent. Małgorzata Stefańska (Zakład Stomatologii Dzieci i Młodzieży Instytutu Stomatologii AM w Poznaniu): Osiągnięcia firmy Coltene w zakresie stomatologii estetycznej - 45 min. (referat sponsorowany przez Centrum Zaopatrzenia Medycznego Cezal S.A. we Wrocławiu).

8. Dyskusja.

9. Komunikaty zarządu i wolne wnioski. Obecność stażystów i lekarzy specjalizujących się obowiązkowa.

Podstawa prawna do uzyskania zwolnienia w dniu szkolenia - Dz.U. Nr 30/1962 poz.142.

Uwaga: W okresie karnawału 1994 zostanie zorganizowany kolejny Bal Stomatologa. Wszelkich informacji udzielać będą w czasie posiedzeń naukowo-szkoleniowych sekretarki PTS.

*Sekretarz  
lek. dent. Andrzej Komorski  
Prezes  
dr n.med. Jan Wnukiewicz*

# Pamięci profesora Bolesława Jałowego

Dnia 30 IX 1993 odbyło się w sali wykładowej Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej AM uroczyste posiedzenie poświęcone pamięci prof.dr hab. Bolesława Jałowego.

Posiedzenie otworzył JM Rektor AM prof.dr hab. Jerzy Czernik, witając zaproszonych gości, tj. prof. dr hab. Ryszarda Aleksandrowicza - przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Anatomów, prof.dr hab. Irenę Królikowską-Prasał - kierownika Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii AM w Lublinie, prof.dr hab. Zofię Ignasiak - prorektora ds. nauki Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu oraz dra n.med. Włodzimierza Bednorza - prezesa Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, a także przedstawicieli Fundacji im. Św. Andrzeja Boboli, redakcji czasopisma Semper Fidelis oraz rodzinę prof. Bolesława Jałowego.

Po wygłoszeniu przez pana prof.dr hab. Bolesława Popielskiego wspomnienia o profesorze Bolesławie Jałowym zabierali głos liczni uczestnicy spotkania, którzy wspominali ówczesne czasy i podkreślali wybitne cechy osobowości prof. B. Jałowego.

Na zakończenie JM Rektor Akademii

Medycznej - prof.dr hab. Jerzy Czernik odsłonił tablicę pamiątkową ku czci prof.dr hab.Bolesława Jałowego. Obok tablicy zebrani mogli obejrzeć w gablotach zdjęcia, dokumenty i inne pamiątki, związane z życiem, działalnością zawodową i tragiczną śmiercią Profesora.

Poniżej przedstawiamy przemówienie wygłoszone przez prof. dra hab.B.Popielskiego.

Jego Magnificencjo Panie Rektorze Czernik, Jego Magnificencjo Panie Rektorze Knapik

- Obaj Panowie Rektorzy są organizatorami tej uroczystości,

Wielce Szanowni Pracownicy Akademii Medycznej, Drodzy Koledzy- wśród nich - gospodarze tego gmachu; Profesorze Ziółkowski i Profesorze Zabel,

Wielce Szanowni Państwo - goście tej uroczystości!

Mam mówić o profesorze Bolesławie Jałowym.

Dlaczego wspomnienia o profesorze histologii wygłasza profesor medycyny sądowej? Profesor Jałowy był moim naj-

bliższym, najserdeczniejszym przyjacielem; był chrzestnym ojcem mojej córki, ja byłem ojcem chrzestnym jego syna - Pawła, który - niestety - zginął przed 4 laty w wypadku samochodowym. Wdowa po nim - pani Anna Jałowy z synem Pietrusiem są na tej sali.

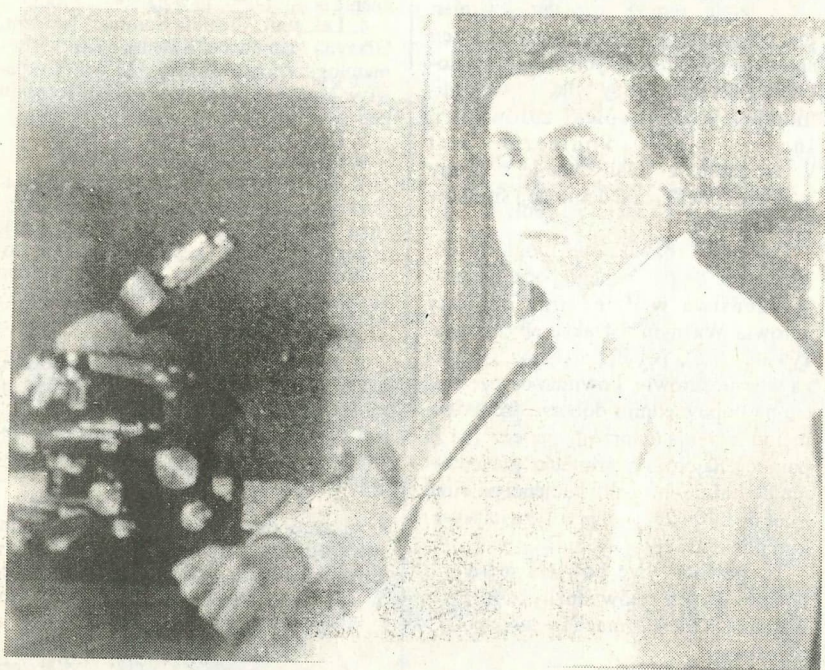
Od rozpoczęcia studiów w roku 1925 na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza aż do tragicznej śmierci profesora Jałowego 1 października 1943 byliśmy w stałym kontakcie. Razem z Wiesławem Hołobutem - późniejszym profesorem fizjologii i Tedeuszem Kielanowskim - późniejszym profesorem fizjatrii byliśmy żyłą grupą przyjaciół.

W tragicznych latach wojny, w których szkoły wyższe były zamknięte - uczelnie lwowskie były wyjątkiem: pod okupacją radziecką, tj. od października 1939 do czerwca 1941 był czynny Uniwersytet, z którego wyłączono jako samodzielne uczelnie Wydział Lekarski z Oddziałem Farmaceutycznym, (nazwane "Medycznym Instytutem"). Pracowników naukowych i pomocniczych na ogół nie usuwano; uzupełniano jedynie personel pracownikami narodowości ukraińskiej lub rosyjskiej.

W czasie okupacji niemieckiej (1941-1944) w tzw. Generalnym Gubernatorstwie, Uniwersytet był zamknięty (z wyjątkiem klinik zamienionych na szpitale wojenne, oraz zakładów usługowych jak anatomii patologicznej, medycyny sądowej i bakteriologii); natomiast w roku 1942 otwarto "Państwowe Medyczne - Przyrodnicze Kursy Zawodowe" (Staatliche Medizinische Fachkurse), których nazwy parokrotnie zmieniano, unikając słów "uniwersytet" lub "instytut", jako szkół wyższych. Analogicznie uruchamiano kursy farmaceutyczne, weterynaryjne, politechniczne i leśne. Gubernator Frank wyjaśnił: *Musimy dbać, by wielomilionowa ludność była zatrudniona i pozostawała zdrowa. Nie dzieje się to w interesie Polaków lecz Niemców.* Niemcy bali się chorób zakaźnych (zwłaszcza tyfusu plamistego), dla których zwalczania brakowało lekarzy niemieckich, potrzebnych w armii. Natomiast dla celów produkcyjnych potrzebowano wyszkolonych i zdrowych robotników.

Zorganizowanie tych kursów i zatrudnienie w nich także Polaków, oprócz

ciąg dalszy na str. 18



Prof. Bolesław Jałowy przy pracy

# Pamięci profesora Bolesława Jałowego

*ciąg dalszy ze str. 18*

Ukraińców i pojedynczych Niemców, było dla nas korzystne, dla zachowania struktury uczelni i możliwości kontynuowania studiów przez licznych uchodźców. Z tych powodów podejmowaliśmy się prowadzenia zajęć dydaktycznych na tych kursach, chociaż z dużymi oporami.

W czasie obu okupacji - radzieckiej i niemieckiej - nasze stosunki z pracownikami narodowości ukraińskiej i rosyjskiej były nie tylko poprawne ale dobre, koleżeńskie i kurtuazyjne. W gablocie obok znajduje się fotografia z obowiązkowego pochodu 1 -majowego w roku 1940 we Lwowie z grupą lekarzy Medycznego Instytutu - Polaków i Ukraińców.

Uważam, że dla osób, które nie znają historii obu okupacji we Lwowie w latach 1939-1944 przedstawione wyżej informacje są potrzebne.

Zastanawiałem się, jak zredagować wspomnienie o profesorze Bolesławie Jałowym i doszedłem do przekonania, że atmosferę tamtych czasów odda najlepiej artykuł napisany krótko po Jego śmierci (2 lata) i opublikowany w polskim *Tygodniku Lekarskim* w grudniu 1946 roku.

Dziś napisałbym może nieco inaczej; czas koi ból i łagodzi emocje, ale tekst sprzed czterdziestu kilku lat odzwierciedla nasze uczucia w czasie ówczesnych zdarzeń bardziej bezpośrednio i prawdziwie:

Dnia 1 października 1943 roku ginie z rąk terrorysty ukraińskiego prof. dr med. Bolesław Jałowy, profesor histologii i embriologii na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Skrytobójczy strzał na ul. Teatyńskiej we Lwowie kończy Jego zaledwie 37-letnie życie. Do najstraszniejszych ofiar, jakie poniósł Wydział Lekarski UJK we Lwowie w nocy 4 lipca 1941, w której gestapo rozstrzelało dwunastu jego członków przybyła jeszcze jedna ofiara. Bezprzekładna i bezwzględna nienawiść wrogów do wszystkiego co polskie dyktuje wyrok: zginąć musi jednostka najwartościowsza, najcenniejsza. Istotnie, zadano cios najdotkliwszy: z rozbitków osieroconego Wydziału Lekarskiego UJK wybrano

człowieka, który pomimo młodego wieku, zyskał sobie w krótkim okresie swej działalności najbardziej zasłużone uznanie i w którym widziano jednego z tych, którzy w nauce polskiej i w polskim życiu naukowym odegrają rolę nieprzeciętną i kierowniczą.

Prof. dr Bolesław Jałowy urodził się dnia 11 września 1906 roku w Przemyślu. Po ukończeniu gimnazjum we Lwowie wstępuje w roku 1925 na Wydział Lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza i kończy go w roku 1931, promując się w czerwcu tegoż roku na doktora wszech nauk lekarskich. Od trzeciego roku studiów, a więc od 1928 roku, poza studiami objętymi programem, rozpoczyna studia specjalne w Zakładzie Histologii i Embriologii UJK pod kierunkiem prof. W. Szymonowicza; począwszy od demonstratora, dzięki swym zdolnościom i pracowitości, szybko przechodzi wszystkie stopnie kariery uniwersyteckiej. Po ukończeniu studiów lekarskich mianowany zostaje starszym asystentem.

Jako stypendysta Funduszu Kultury Narodowej studiuje w roku 1935 w instytucie prof. Buke'go w Utrechcie. Wynikiem przeprowadzonych tam badań były

dwie ogłoszone drukiem prace o regeneracji zakończeń nerwowych w opuszkach palców małych i o unerwieniu gruczołów podniebnych ptaków. W roku 1936 uzyskuje habilitację w zakresie histologii i embriologii na Uniwersytecie Jana Kazimierza. Poza pracą teoretyczną - naukową w zakładzie histologii odbywa równocześnie obowiązkową praktykę lekarską w Państwowym Szpitalu Powszecznym we Lwowie, a następnie specjalizuje się w dermatologii w Klinice Dermatologicznej UJK pod kierunkiem prof. J. Lenartowicza. W tym czasie bierze również udział w życiu organizacyjno-społecznym, jako czynny członek zarządu Stowarzyszenia Asystentów Szkół Wyższych w Polsce. W związku z ciężką chorobą prof. W. Szymonowicza już od roku 1936 kieruje faktycznie Zakładem Histologii i Embriologii, prowadząc wykłady i ćwiczenia; w roku 1937 uzyskuje kierownictwo tego zakładu, zaś w kwietniu roku 1939 mianowany zostaje profesorem nadzwyczajnym histologii i embriologii na Uniwersytecie Jana Kazimierza.

cdn.

*Prof. dr med. Bolesław Popielski*



*Pogrzeb prof. B. Jałowego*

- Dzień dobry.

Sprzedawca podniósł na chwilę głowę i spojrzał na mnie.

- Dzień dobry. Więc na który zestaw pan się decyduje? - zapytał, nie odrywając wzroku od leżącego na stole pliku dokumentów. Po chwili podniósł się z krzesła i powiedział:

- Poradzę panu. Niech pan kupi tamten. Stoi na szafce naprzeciw pana. Przygotowaliśmy go dla jakiegoś klubu czy świetlicy, ale w ostatniej chwili zabrakło im pieniędzy, podobno sponsor się wycofał, tak przynajmniej tłumaczyli. Jeszcze po starej cenie, z kontyngentu. Będzie dla pana w sam raz.

Spojrzałem na karteczkę. Znajomy nie mógł przyjść, więc zapisałem sobie tym razem wszystko dokładnie.

- Hm... nie wiem czy to będzie odpowiedni typ, uzgodniłem z kolegą, że wystarczy 386 SX, ale koniecznie 33 MHz - wyrzuciłem jednym tchem, obserwując jednocześnie wrażenie, jakie powinno zrobić to na sprzedawcy. Nie zrobiło żadnego.

- Właśnie to jest taki zestaw - odparł. - Ma 2 MHz RAM i dla oszczędności jedną stację dysków. Drugą może pan dokupić później.

Podejrzliwie spojrzałem na stojącą na szafce maszynę. Może chce mi wcisnąć jakiegoś grata po reklamacji - pomyślałem. Pochyliłem się szukając jakiejś niewidocznej rysy, pęknięcia czy czegoś podobnego. Nigdy nic nie wiadomo. Trzeba być ostrożnym. Sprzedawca jakby czytał w moich myślach:

- Niech pan się nie martwi, komputer jest nowy. W razie czego ma pan przecież gwarancję. Chcemy, aby nasi klienci byli zadowoleni - dodał, wciskając przycisk na przedniej ściance obudowy. - Myślę, że nie będzie pan żałował. W zestawie ma pan licencyjny DOS, a za niewielką dopłatą, znacznie mniejszą niż gdyby pan kupował je osobno, możemy dolożyć panu Windows. I już może pan pracować.

- Przepraszam, powiedział pan DOS? - zapytałem. - Czy mógłby pan coś o nim powiedzieć? Słyszałem, że ma kilka wersji i że niektóre mają jakieś błędy?

- A tak - odparł sprzedawca. - Jak by to panu wytłumaczyć. Najważniejsze to wiedzieć, że system operacyjny jest takim szczególnym programem, pełniącym funkcję pomostu między częścią sprzętową komputera, czyli tzw. hardware-m, a pozostałymi programami czyli tzw. software-m. Jest czymś na podobieństwo "osobistego" tłumacza, z języka maszyny na język programu użytkowego i odwrotnie. Składa się z trzech plików (inaczej zbiorów). W wersji piątej DOS są to: Io.sys, Msdos.sys

i command.com. Po uruchomieniu komputer "wgrzywa" je do swojej pamięci automatycznie. Wielu użytkowników nawet o tym nie wie. Jest tak zaprogramowany, że poszukuje ich najpierw na dyskietce w stacji A, a dopiero potem, w razie niepowodzenia - na twardym dysku. Tutaj mała uwaga: w stacji musi tkwić dyskietka z systemem operacyjnym albo stacja musi być pusta. W innym przypadku, a zdarza się to, gdy po skończonej pracy zapomnimy o wyjęciu używanej akurat dyskietki z jakimiś danymi, komputer po włączeniu nagle blokuje się, a na ekranie ukazuje się napis: *Non-System disk or disk error; replace disk and press any key*. Należy wtedy ją wyjąć (lub przynajmniej zwolnić zamek stacji), a następnie nacisnąć klawisz ENTER. Komputer jeszcze raz "zajrzy" do stacji A (zapali się na chwilę czerwona lampka na jej obudowie), a następnie przejdzie na twardy dysk (też czerwona lampka, ale w innym miejscu) i stamtąd "załaduje" system operacyjny.

Jeżeli mielibyśmy przejść do konkretów, to zaczęłyby w ten sposób: dominującą pozycję na tym rynku ma MS-DOS - produkt firmy Microsoft (ang.: Microsoft Disk Operation System). Istnieją też systemy konkurencyjne jak np. PC-DOS firmy IBM oraz DR-DOS firmy Digital Research. Są one funkcjonalnie całkowicie z nim zgodne, ponieważ... nie może być inaczej. W ciągu ponad 10 ostatnich lat do każdego wyprodukowanego PC-ta (a są to obecnie miliony egzemplarzy), dołączano MS-DOS, co stworzyło ogromny rynek zbytu na programy pracujące "pod" tym systemem operacyjnym. A musi pan wiedzieć, że program stworzony dla jakiegoś określonego systemu nie będzie "chodził" w środowisku innego. Dlatego też, nie można programu dla Amigi, Commodore albo Atari uruchomić na komputerze typu IBM PC, i na odwrót. Choć są też wyjątki. Niektóre bardziej złożone systemy operacyjne (na przykład UNIX, OS/2 a ostatnio Windows-NT), przeznaczone zasadniczo na większe i silniejsze komputery, gdy je "posadzić" na PC-ta (oczywiście klasy co najmniej 386DX) i zacząć pracować z typowym dla tego komputera oprogramowaniem - radzą sobie bez trudu. Ale w tym celu i one muszą, a robią to znakomicie, udawać "zwykły" DOS. I odwrotnie, istnieją duże, wielofunkcyjne programy, najczęściej są tzw. systemy zarządzania bazami danych (np. Informix, Progress, Oracle i wiele innych), które można uruchamiać w różnych środowiskach operacyjnych. Znakomicie ułatwia to ich stosowanie w różnych złożonych sytuacjach.

Zadał pan mi pytanie o wersję DOS-u. Otóż obecnie funkcjonują i mają się dobrze wersje 3.0 i 5.0. Pierwsza z nich, mimo że już "wiekowa", jest wersją najbardziej odpowiednią, nie wdając się w szczegóły, dla posiadaczy komputera typu XT. Wszyscy pozostali powinni używać wersji 5.0. Można tu i ówdzie spotkać jeszcze wersję 4.0, zwłaszcza w komputerach przenośnych sprzed kilku lat. Niestety, ma ona dużo błędów, zajmuje sporo miejsca w pamięci operacyjnej i często "zawiesza się" - czyli doprowadza do sytuacji, w której komputer przestaje reagować na cokolwiek. Wtedy jedynym ratunkiem jest jednocześnie wciśnięcie klawiszy Ctrl-Alt-Del (czyli tzw. miękki reset), a gdy to nie pomoże - wciśnięcie specjalnego klawisza Reset na przedniej ściance komputera (tzw. twardy reset). Komputer wtedy zaczyna pracę od nowa, wcytuując po kolei potrzebne mu dane.

Szlagierem ostatnich miesięcy jest nowa wersja MS-DOS 6.0. Nawet w porównaniu z dobrze dopracowaną i sprawdzoną 5-ką, ma ona szereg zalet, np. możliwość kompresji danych na dysku. Polega to na zmniejszeniu ich objętości a następnie zapisaniu w taki sposób, że pojemność naszego dysku pozostanie zwiększona się, mniej więcej 1.5 - 2 razy (np. z posiadanych 40 MB do 60 albo 80 MB). W razie potrzeby, dane po ich odczytaniu z dysku w postaci "zagęszczonych", zostają na powrót "rozprężone" i jak gdyby nigdy nic - poddawane dalszej obróbce w pamięci operacyjnej. Podobne programy znane są od dawna. Co więcej, Microsoft bynajmniej nie był na tym polu pierwszy: firma Digital Research, stosuje jeden z takich programów już od dwóch lat w swoim konkurencyjnym systemie operacyjnym DR-DOS. Także instalują je fabrycznie niektórzy producenci Notebook-ów.

Ostatnia wersja MS-DOS-u ma jeszcze kilka innych istotnych udogodnień, jak np. automatyczną optymalizację wielkości dostępnej pamięci operacyjnej, bardziej wydajne i niezawodne sporządzanie kopii zapasowych, wbudowany program antywirusowy, możliwość wymiany danych z drugim komputerem, a nawet specjalne procedury ograniczające pobór energii - ważne dla posiadaczy komputerów przenośnych.

Sprzedawca w tym momencie rozejrzył się: - Wie pan, moglibyśmy jeszcze długo omawiać ten temat, ale musimy się spieszyć. Inni klienci czekają, a chcieliby zdążyć jeszcze przed VAT-em - zażartował i zaczął pakować mój pierwszy komputer.

Michał Sroka

**Tryb tekstowy** - sposób tworzenia obrazu, polegający (w uproszczeniu) na przesyłaniu w trakcie obróbki informacji graficznej, jedynie odpowiednich kodów używanych znaków (głównie liter). Karta graficzna, po otrzymaniu takiego kodu odszukuje odpowiadający mu znak w swojej pamięci i przekazuje go na ekran. Monitor pracujący w tym trybie wyświetla 25 linii po 80 znaków = 2 tys. znaków. Zalety: niewielkie wymagania co do szybkości transmisji danych i pamięci komputera. Duża szybkość obróbki (bo ilość danych nie jest duża). Wady: możli-

wość wyświetlania obrazu złożonego jedynie z elementarnych modułów zawierających całe znaki o typowym rozmiarze, z zestawu zapisanego w pamięci karty graficznej. Jest to przeważnie tzw. zestaw ASCII (utworzony dla potrzeb dalekopisu), zawierający litery (najważniejszych języków zachodnich, a dopiero od niedawna także środkowoeuropejskich), cyfry, znaki interpunkcyjne i tzw. semigrafikę (gł. elementy ramek,

kilka wzorów "kaszki" i parę innych znaków). Niemożliwe jest wyświetlanie prawdziwej grafiki, a w tym liter o różnicowanej wielkości i kształcie. W tym trybie wyświetlane są komunikaty DOS-u i pracuje popularny Norton Commander.

**Tryb graficzny** - sposób tworzenia obrazu, polegający na analizie i obróbce informacji o każdym punkcie obrazu od-

## Słowniczek

# Będziemy komputeryzować szpital..

**Kazimierz Frączkowski**

Coraz trudniej znaleźć szpital, w którym nie ma komputera, niekiedy jest ich wcale pokaźna ilość, ale efekty jakby są mniej widoczne. Kiedy ktoś (najczęściej jest to dyrekcja) postanawia zająć się sprawą poważnie, to typowy bilans otwarcia jest następujący:

1. Na różnych oddziałach, w klinikach można się doliczyć nawet kilkunastu komputerów, poczynając od IBM PC XT z dyskiem 20MB i monitorem CGA oraz zdezelowaną drukarką (pierwszy zakup lub podarunek sponsora) sprzed kilku lat, aż do najnowszych hitów w rodzinie PC 486DX2 66MHz z 16MB RAM, HDD 600MB, monitor 17-calowy kolorowy, myszka, skaner, drukarka laserowa itd. (bagatela, koszt zestawu czasami powyżej 100 milionów zł., sprzęt okazjonalnie demonstrowany kolegom lub w najlepszym przypadku wykorzystywany jako edytor tekstów).

2. Komputery, które naprawdę są wykorzystywane w codziennej pracy lekarskiej i mają zainstalowane specjalistyczne oprogramowanie użytkowe stanowią chlubne wyjątki.

3. Niektórzy kierownicy, ordynatorzy "zdobyli" komputer (zgodnie z przepisami jest to środek trwały nie należący do aparatury medycznej, czyli dział zaopatrzenia medycznego mógł odmówić zakupu) i jego obecność na kierowanym oddziale lub w gabinecie traktują jako element podnoszący samopoczucie, znak czasów lub własność prywatną.

Chcąc skutecznie wprowadzać informatykę do szpitala, należy zacząć od uporządkowania oczekiwań (myślenie życzeniowe zastąpić analizą potrzeb i możliwości), przeanalizować organizację pracy oraz zastanowić się, kto będzie kierował pracami wdrażającymi informatykę.

Problemy, które mogą przesądzić o tym, czy początkowy optymizm nie przerodzi się we frustrację, to między innymi:

1. Na informatykę i rolę, jaką ma do spełnienia, należy patrzeć nie tylko z pozycji wybranych komórek organizacyjnych. Informatyka służy między innymi do gromadzenia, przechowywania, przetwarzania i udostępniania informacji. Podstawą jest dokładne prześledzenie strumieni informacji przepływających wewnątrz oraz pomiędzy współdziałającymi komórkami szpitala (np. oddział, apteka, itd.).

2. Jeśli czytelnicy wybaczą ubogą metaforę, to można powiedzieć, że komputer tak jak telefon w gabinecie powinien "należać" do "odpowiedzialnego za całość informatyka" i spełniać takie wymogi, aby realizował funkcje na rzecz bezpośredniego i pośredniego użytkownika systemu. W telekomunikacji, łączności telefonicznej przyłączane urządzenia takie jak faxy, modemy, telefony muszą mieć tzw. homologacje (chyba że przewidujemy zawsze ograniczyć się do telefonu wewnętrznego na bazie własnej centrali bez możliwości "wyjścia na miasto" i dalej, tj. połą-

czenia międzynarodowe).

3. Musi istnieć uzgodniona i centralnie nadzorowana budowa struktury systemu informatycznego, która będzie uwzględniała spójność i kompatybilność rozwiązań hardware'owych (sprzętowych) oraz współdziałanie i komunikację poprzez interfejs użytkownika z bazami danych.

4. Musi dojść do szybkiego uświadomienia faktu, że prawdziwy użytek z komputerów może mieć szpital tylko wtedy, gdy sprawami sprzętowymi (konfiguracja i dobór parametrów eksploatacyjnych), programowymi (każde stanowisko pracy wyposażone w adekwatne do potrzeb oprogramowanie użytkowe, dostęp do informacji niezbędnych na danym stanowisku pracy) oraz wdrożeniami zajmą się fachowcy.

Niestety, aktualnie zbyt łatwo można otworzyć gabinet lekarski i firmę komputerową, która niekiedy bez większego doświadczenia i dorobku "porywa się" na "kompleksową komputeryzację szpitala". W tym eksperymencie najczęściej pada ofiarą szpital, który bez własnego zaplecza fachowego (oprócz kilku informatyków-hobbystów) pozostaje ze stojącymi w zapomnieniu komputerami, za które firma skasowała pieniądze. Komputer to takie urządzenie, które niezależnie, czy pracuje czy nie, po pewnym czasie starzeje się moralnie z uwagi na olbrzymie tempo rozwoju technologii komputerowej.

ciąg dalszy n str. 26

## Słowniczek

dzielnie (zapalony, zgaszony, kolor, stopień szarości), już na poziomie programu użytkowego. Monitor pracujący w tym trybie wyświetla (w przypadku najpopularniejszej obecnie karty VGA): 640 x 480 = 307 200 znaków. Jak z tego widać "obciążenie pracą" komputera jest zdecydowanie większe, stąd szczególnie powoli pracują w tym trybie komputery XT a także wolniejsze typy AT. Zalety: możliwość wyświetlania "prawdziwej" gra-

fiki, w tym liter o zróżnicowanym kształcie i wielkości. Wady (choć jest to pojęcie względne): konieczność posiadania szybkiego i wydajnego komputera. "Sztandarowym" dla tego trybu programem jest Windows i wszystkie inne z nim związane. W tym trybie pracuje także Tag i ChiWriter. Ten ostatni, przed laty, jako praktycznie jedyny edytor, potrafił wyświetlać na ekranie polskie litery - stąd jego spora popularność w naszym kraju.

### Redakcja rubryki:

**Dr inż. Kazimierz Frączkowski**  
(tel.681515 w.474)  
**Dr inż. Marek Lubicz**  
**Lek. Jacek Kubica**  
**Lek. Michał Sroka**  
(tel.cent.256115)

Adres do korespondencji:  
**Michał Sroka**  
**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
**ul. Kamieńskiego 73a**

# Między pragnieniami a rzeczywistością

(część II)

Rita Kielhorn (Berlin)

W relacjach do depresyjnego pacjenta szczególnie wyraźnie widać, jak jego wielka bezsilność zmienia jego bierną agresywność w bierną postawę oczekiwania, która mobilizuje otoczenie do działania. Właśnie w postępowaniu z pacjentami depresyjnymi istnieje niebezpieczeństwo, że lekarz wpadnie w pułapkę niejako robienia przyjemności pacjentowi, będzie zachowywać się jak rozpieszczająca matka, chcąc wynagrodzić niesprawiedliwość losu, która wzmocnia bierność i przez to przeszkadza dziecku w osiągnięciu samodzielności. Może to odpowiada wewnętrznym życzeniom pacjenta, ale nie rozwija relacji i uniemożliwia dojrzwianie.

Według Balinta nie jest zadaniem lekarza wynagradzanie pacjenta za niedostatki przeszłości. Także nie można wymagać, aby lekarz oprócz siebie samego jakieś inne dobra miał dawać pacjentowi. Wystarczy, że daje swój gabinet, swój ograniczony lecz rzetelnie wyznaczony czas, swoją pełną uwagę oraz swoją zawodową wiedzę i umiejętności. Balint reguluje w tym miejscu stosunek do rzeczywistości, tylko ona sama może przerwać błędne koło i uwidocznić np. w przeciwprzeniesieniu odpierną agresję depresyjnego pacjenta.

Pacjent, który w wyniku choroby wszedł w regresję mniej lub bardziej wyrażoną, ma wewnętrzny obraz lekarza, który jest nierealny. Z reguły lekarza przecenia się. Pacjent przypisuje mu wszechmoc, oczekuje, że on wszystko odgadnie, wszystko wie, wszystko potrafi, wszystko może i musi wyleczyć. (Na przykład, gdy moich tureckich pacjentów pytam o dolegliwości odpowiadają "Doktorze, ty musisz wiedzieć" - nawet, gdy pierwszy raz do mnie przychodzi). Regresyjny pacjent oddaje się cały w ręce lekarza, przekazuje lekarzowi własną odpowiedzialność za stan swojego zdrowia. Tym samym pograża się jeszcze bardziej w regresji a przez nią w zależności. Ta postawą przekazuje swoje życzenia: jestem bezradny, jestem mały, chory, obchodź się ze mną dobrze, dbaj o mnie i uzdrów mnie. Według Balinta wielu pacjentów ucieka się do przeraźliwie dziecinnej formy relacji jak całkowite poddanie się i ślepa wiara w słowa lekarza, albo odwrotnie - wchodzą w nierealistyczny, prawie wariacki bunt, ośmieszanie i odwartościowanie wszystkiego, co lekarz zaleci, i w końcu, co szczególnie dokuczliwe, w odgrywanie jednego lekarza przeciw drugiemu. (M. Balint: *Lekarz, pacjent i choroba* s. 137). Ta ostatnia postawa oznacza: Ja się boję

i jestem niebezpieczny, jestem niezadowolony, czuję się niezrozumiany, dlatego jestem zirytowany, jestem rozczarowany, moje pragnienia nie zostały spełnione i nie mam na to nadziei.

Szczególnie chorzy z zaburzeniami psychosomatycznymi chodzą od lekarza do lekarza, obstają przy chorobie somatycznej, nie znajdują nigdzie ulgi dla swoich cierpień i ciągle demonstrują lekarzom swoją bezradność. Boimy się takich pacjentów prawie jak koryfeuszzy zbrodni. Złoszczą nas, co może spowodować, że przejdą do innego lekarza i błędne koło somatycznego diagnozowania nie będzie nigdy przerwane.

Rzadko tylko zdajemy sobie sprawę, że lęk pacjenta przenosi się na nas i robi z nas jego współników. Tymczasem powinniśmy do tego, by lekarz zrozumiał zachowanie i życzenia pacjenta oraz stopniowo w miarę możliwości wykorzystał je dla dobra pacjenta.

Trzeba do tego, by lekarz zaobserwował także swoje własne życzenia i swoje przeciwprzeniesienia, zweryfikował je i nie uległ pokusie poszukiwania i robienia wszystkiego dla pacjenta, rozstrzygania za niego i dla niego, lecz by wciągnął resztę jego odpowiedzialności za siebie do procesu leczniczego, tak aby pacjent autonomicznie, jak dojrzały człowiek, utrzymał albo odbudował poczucie własnej wartości i żeby odpowiedzialnie, stosownie do stanu osobowości wziął udział w leczeniu.

Dla osiągnięcia powyższego lekarz musi niezbędnie dokonać głębokiego wglądu i refleksji nie tylko na płaszczyźnie poznawczej ale także na płaszczyźnie uczuciowej. Płaszczyzna interakcji emocjonalnej jest decydująca dla wyników leczenia. Poznanie i doświadczenie w tej płaszczyźnie jest istotą treningu Balinta. Tu lekarz poprzez lepsze rozumienie pacjenta uczy się lepiej rozumieć samego siebie.

Jako lekarka pracująca od wielu lat w tym zawodzie wiem dobrze, jak wygląda nasze życie codzienne i wiem, że istnieje duża rozbieżność pomiędzy naszymi życzeniami a rzeczywistością.

Tę rozbieżność proponuję wykorzystać jako siłę napędową dla zmian, które będą służyć pacjentom i umożliwią lekarzom z większym zadowoleniem wykonywać swój zawód.

Na zakończenie chciałabym czytelnikom przedstawić przypadek, w którym wyraźny jest rozdźwięk pomiędzy życzeniami a rzeczywistością i wynikające z niego reakcje pacjenta i patologiczne próby wyjścia.

41-letnia pani Grażyna przychodzi do gabinetu w towarzystwie swego męża. Cierpi od roku na nieznosne bóle w całym ciele, szczególnie silnie promieniujące do nóg, tak, że nie może się ruszyć z miejsca. Wizyty u różnych lekarzy nie przyniosły ulgi. Musi codziennie łykać 27 tabletek, a nawet otrzymywała morfinę. Nie jest już w stanie sama chodzić po ulicy, zająć się gospodarstwem domowym, zapamiętać cokolwiek, nie może uczyć się niemieckiego, jest jakby zablokowana. Sądzi, że traci pamięć, stała się apatyczna, nie ma na nic ochoty, nie może sypiać ze swoim mężem, którego posłuubiła przed półtora rokiem. Mąż jej nie rozumie, ona nie rozumie męża, nie mają sobie nic do powiedzenia.

Pokrótce anamneza:

Pani Grażyna wychowywała się w domu dziecka. Swoją matkę zapamiętała jako stale leżącą w łóżku. Nikt nie wiedział, na co chorowała. Ojciec był alkoholikiem. Sama pani Grażyna zawsze była pogodna, pracowała w Poznaniu jako kelnerka. Tam poznała swego obecnego męża. Bardzo cieszyła się, że mogła wyjechać do Niemiec, gdzie "wszystko jest o wiele lepiej". Jej siedemnastoletnia córka z pierwszego małżeństwa pozostała w domu, aby zdać maturę. Dziewięcioletniego syna zabrała ze sobą. Tu syn zaczął się jakać. W pierwszym półroczu pobytu w Berlinie dobrze jej się wiodło, cieszyła się, że stać ją na wiele rzeczy. Nagle jednak przestała ją cieszyć konsumpcja i wszystko inne. Pojawiły się silne bóle, które tak ograniczyły jej życie, że myślała o samobójstwie.

Udało mi się w krótkim czasie nawiązać dobry kontakt z panią Grażyną, ułatwiła mi to możliwość rozmawiania w jej ojczystym języku. Omówiłyśmy jej straty, nadmierne oczekiwania i wyobrażenia, jej osamotnienie i brak stosunków na obczyźnie. Stało się dla niej samej jasne, że choroba jest próbą rozwiązania konfliktów w jej własny sposób. Zrozumiała, że jest to sposób, który widziała u swojej matki. *Gdzie język nie przemawia, tam przemawia ciało* (Benedetti).

Zadaniem terapii było pozwolić jej zrozumieć, że ona nie potrzebuje powtarzać zinternalizowanego matczynego modelu. W naszej relacji chodziło o to, aby umożliwić jej przyjęcie i zinternalizowanie podanych idei i możliwości rozwiązania - przez pozytywne przeniesienie na mnie swoich uczuć, zatem przez ponowne przeżycie matczynej instancji, lecz tym razem otwarcie przyjmującej to co przynosi życie.

ciąg dalszy na str. 26

# Wystawianie recept przez lekarzy emerytów

Rozmawiając z kolegami lekarzami będącymi na emeryturze i nigdzie już nie pracującymi zawodowo i nie prowadzącymi prywatnej praktyki lekarskiej, zorientowaliśmy się, że wielu nie orientuje się dobrze w aktualnych przepisach prawnych dotyczących wystawiania przez tych lekarzy recept dla siebie i członków swojej rodziny.

Sprawy te reguluje zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 listopada 1991 r. w sprawie recept uprawniających do nabycia leku i artykułu sanitarnego za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie (Monitor Polski Nr 40 z dn. 9 listopada 1991 r.).

Przytaczamy z niego te ustalenia, które mogą interesować lekarzy emerytów nie pracujących zawodowo i nie prowadzących prywatnej praktyki lekarskiej, uzupełniając sformułowania zawarte w zarządzeniu uwagami i komentarzami wynikającymi z przeprowadzonej przez nas rozmowy z mgr Lidią Temler, Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym Inspektoratu Nadzoru Farmaceutycznego we Wrocławiu.

1. Lekarz medycyny (lekarz dentysta, st.felczer, felczer) będący emerytem może wystawić receptę na lek i artykuł sanitarny z wykazu leków podstawowych i uzupełniających dla siebie, dla małżonka, swoich zstępnych i wstępnych w linii prostej.

Na tych osobach kończy się w zasadzie wykaz osób, na rzecz których lekarz emeryt nie pracujący zawodowo i nie prowadzący prywatnej praktyki może wystawić receptę, nie ewidencjonując tego w żadnym wykazie. Zstępni

w linii prostej to własne dzieci lekarza, wstępni - to rodzice lekarza (ale nie zaliczają się do tej kategorii pokrewieństwa rodzice małżonka!). Jedynym wyjątkiem od tej zasady jest prawo wystawienia recepty dla osób innych w wypadku udzielenia przez lekarza emeryta pierwszej pomocy lekarskiej w sytuacji zagrożenia życia lub zdrowia osoby, której pomocy lekarz udziela. Należy wówczas na receptę napisać "Pomoc doraźna" a dla siebie, - na wypadek ewentualnej kontroli - zrobić krótką notatkę odnośnie okoliczności, w jakich pomocy udzielono.

2. Wystawiając receptę dla siebie lub upoważnionych członków rodziny lekarz emeryt powinien używać recept wzoru Mz/Pom-31 czyli blankietów w kolorze białym. Na receptę powinna być odcisnięta pieczęć z imieniem i nazwiskiem wystawiającego receptę, posiadaną specjalnością, jego adresem i numerem zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu. Nie musi być natomiast odcisnięta pieczęć z nazwą i adresem zakładu opieki zdrowotnej (par. 4 pkt 3 Zarządzenia).

Takie "czyste" blankiety recept (bez pieczęci zakładu opieki zdrowotnej) może lekarz emeryt otrzymać albo w swoim dawnym zakładzie pracy albo w zoz-ie, w miejscu swego zamieszkania (dotyczy to zwłaszcza lekarzy emerytów, którzy nie mieszkają już w miejscowościach, w których pracowali przed przejściem na emeryturę). Błoczek recept lekarz emeryt otrzymuje odpłatnie lub nieodpłatnie - decyzja o tym zależy od dyrektora zoz-u (w Zarządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 19 listopada 1991 r. spr-

wy te nie są jednoznacznie określone - opieramy się na telefonicznej informacji ministra zdrowia z października br.). We Wrocławiu można je także otrzymać nieodpłatnie w Kole Seniorów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w każdy piątek w godz. od 12.00 do 14.00 u kol. Kassolika.

3. Wystawiając receptę dla siebie lekarz emeryt zaznacza to adnotacją: "pro autore". Wystawiając receptę dla członków swojej rodziny a pozbawioną pieczęci zakładu opieki zdrowotnej lub prywatnego gabinetu lekarskiego, powinien zaznaczyć to napisem: "Rodzina lekarza". Oczywiście, na receptę należy podać imię i nazwisko osoby, na rzecz której recepta jest wystawiona, a także oznaczyć sposób płatności (ryczałt, 30%, 100%).

4. Lekarz emeryt nie pracujący już w zakładzie opieki zdrowotnej i nie prowadzący prywatnego gabinetu lekarskiego w zasadzie nie ma uprawnień do wystawiania recept według wzoru Mz/Pom-32 - blankiety recept w kolorze zielonym (na leki i artykuły sanitarne nie objęte wykazem leków podstawowych i uzupełniających) ani recept według wzoru Mz/Pom-33 - blankiety w kolorze różowym, przeznaczonych do przepisywania środków odurzających i psychotropowych. W wyjątkowych przypadkach, odpowiednio umotywowanych, zgody na posiadanie i wystawianie tych recept przez lekarza emeryta może udzielić lekarz wojewódzki.

*Z-ca Przewodniczącego Zarządu  
Kola Seniorów przy DIL  
we Wrocławiu  
lek.med. Roman Hajduk*

## Aborcja w Niemczech

Niemiecki Trybunał Konstytucyjny orzekł, że aborcja jest sprzeczna z prawem, choć nie podlega karze. Przyjęta w czerwcu 1992 r. ustawa o aborcji została przez trybunał uznana za "niezgodną w wielu punktach z konstytucją RFN". Przyjęta wówczas

ustawa wydawała się być kompromisem pomiędzy rozwiązaniami prawnymi zachodnich landów i obszarów byłego NRD. Orzeczenie trybunału oznacza w praktyce, że kasy chorych nie będą pokrywać kosztów przerywania ciąży, chyba że

cięża zagraża życiu i zdrowiu kobiety, jest wynikiem przestępstwa, albo istnieje ryzyko nieodwracalnych zmian rozwojowych dziecka.

(M.O.)

Przedruk z "Medicusa" 8-9 (31-32) 93

# Jakie skutki mogą powodować słowa?

Barbara Świątek

83-letnia kobieta przyjęta została do szpitala z objawami udaru mózgowego, z afazją i porażeniami. Po kilkudniowym leczeniu, lekarz neurolog w rozmowie z córką chorej miał użyć określenia: "z pani matki i tak już nic nie będzie". Po rozmowie tej chora przeniesiona została do pokoju, nazywanego nieoficjalnie przez personel "umieralnią" i odłączono jej kroplówkę. Po upływie kolejnych dwóch dni chora zmarła. Sekcji zwłok - na prośbę córki - nie wykonano. Po paru miesiącach córka zmarłej - pracownica służby zdrowia - złożyła w prokuraturze zażalenie na postępowanie lekarzy. W swym "Zawiadomieniu o przestępstwie" utrzymywała, że matka jej poddana została "biernej eutanazji", o czym niedwuznacznie świadczyły słowa lekarza i odłączenie kroplówki. Prokurator wszczął śledztwo, przesłuchał w charakterze świadków personel szpitala, córkę i dalszą rodzinę zmarłej. Córka poza tym zasympywała prokuratora pismami, wnioskami i zażaleniami. W miarę upływu czasu stan faktyczny opisywany przez nią zmieniał się, stając się coraz bardziej niekorzystny dla lekarzy, przy czym dotarła ona do dokumentacji lekarskiej i drobniaczko analizowała każdy zapis i każdy wynik badania. Opisywany stan zdrowia matki stawał się coraz mniej poważny aż do negowania niewątpliwie ciężkich zmian neurologicznych. We wszystkich jednak pismach córka podkreślała "znamienną wypowiedź lekarza", a używane przez nią określenia lekarzy leczących były wyjątkowo obraźliwe.

Na polecenie prokuratury Zakład Medycyny Sądowej wydawał opinie oceniając prawidłowość leczenia chorej; w postępowaniu lekarzy nie dopatrywał się nieprawidłowości. Nie sądzę jednak, by na naszej opinii sprawa zakończyła się. Przypadek drugi: 30-letni mężczyzna oblał się benzyną i podpalił. Doznał oparzeń II/III stopnia prawie 80% ciała, jego

stan ogólny po przyjęciu do szpitala był bardzo ciężki. Matka żądała przewiezienia go do innej, specjalistycznej placówki. Lekarz odmówił (stan chorego według oceny lekarza nie kwalifikował go do transportu) i miał matce powiedzieć, że syn i tak umrze. Po tej rozmowie miały mieć miejsce niewiarygodne, opisywane przez matkę zdarzenia, być może, związane z jej stanem psychicznym. Otóż na korytarzu spotkała młodego mężczyznę, pracownika prosektorium, który przyszedł sprawdzić czy jej syn jeszcze żyje, a po kilku godzinach dwu innych mężczyzn weszło do pokoju syna i na jej oczach, po odłączeniu kroplówki, chwytały go za szyję - według niej dusili go. Po chwili zawiadomili ją, że syn zmarł. Matka opowiedziała to prokuratorowi, któremu złożyła m.in. zażalenie na postępowanie lekarzy. Podkreślała przy tym, że obserwowane przez nią zdarzenia były realizacją zapowiedzi lekarza. Najbardziej jednak bulwersującym mnie przypadkiem było dochodzenie prokuratury w sprawie śmierci noworodka w specjalistycznej placówce położniczej. Dziecko urodzone zostało cięciem cesarskim, wykonanym w kilka godzin po przyjęciu kobiety do szpitala; decyzję cięcia podjął ordynator po przyjściu rano do pracy. Dziecko urodziło się w bardzo złym stanie ogólnym (1 punkt według skali Apgar), z objawami ciężkiego uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i cechami zespołu Downa (zespół potwierdzono badaniem genetycznym). W kilkanaście dni po urodzeniu dziecko zmarło. Po jego śmierci, ordynator w prywatnej rozmowie z ojcem dał do zrozumienia, że dzięki jego "wycuciu" dziecko urodziło się w ogóle żywe, a co ważniejsze uratowana została matka. Utrzymywał, że lekarze dyżurni (jego podwładni) robili dużo, ale nie to co było najważniejsze tj. nie podjęli wcześniej decyzji wykonania cięcia cesarskiego, a to mogło mieć wpływ na stan dziecka. Treść powyższej rozmowy stała się m.in.

podstawą wniesienia do prokuratury zawiadomienia o przestępstwie. W późniejszych zeznaniach ojciec dziecka powoływał się również na wypowiedź ordynatora. Ordynator przesłuchiwany przez prokuratora zaprzeczył, by kiedykolwiek wypowiedział takie poglądy, jak to sugeruje pokrzywdzony. Na konfrontacji każdy z mężczyzn podtrzymał swoje zeznania. Wówczas to ojciec dziecka przedłożył prokuratorowi taśmę magnetofonową, na której nagrana była rozmowa z ordynatorem. Twierdził, że nagranie robił bez zamiaru wykorzystania go przeciwko lekarzom, chciał tylko spokojnie przeanalizować wypowiedzi ordynatora ze znajomymi lekarzami. Ekspertyza specjalistyczna taśmy potwierdziła jej autentyczność - tym samym udowodniona została prawdziwość ojca dziecka i kłamstwo ordynatora.

Dlaczego opisałam powyższe przypadki? Dlatego, że nie są one wcale rzadkie. Nieprzemysłane słowa, wypowiedziane przez lekarzy decydują niejednokrotnie o postępowaniu chorego i jego rodziny, stają się podstawą zażaleń. Szczególnie bulwersujące a dobrze zapamiętywane przez zainteresowanych są wypowiedzi lekarzy przesadzające wyniki leczenia, bagatelizujące stan zdrowia chorych a także negatywnie oceniające postępowanie innych, pracujących nawet na tym samym oddziale lekarzy. Lekarze, rozmawiając z chorym i jego bliskimi muszą liczyć z każdym słowem, nie obiecywać pozytywnych skutków leczenia, ale także nie przesadzać brutalnie o nieuniknionych ujemnych skutkach - starać się rokowania przedstawiać w wyważonych słowach, taktownie, choć niejednokrotnie jest to bardzo trudne. Należy się bowiem zawsze liczyć z tym, że stan psychiczny a czasami poziom intelektualny chorego i jego bliskich może być przyczyną nawet krańcowych, nieuzasadnionych reakcji na informacje słowne lekarzy.



# Pierwsze kroki

(odcinek IV)

O godzinie 21.00 rozpoczęły się zgłoszenia i wyjazdy do dzieci. Zwykle małe dzieci, nawet bardzo chore, biegają, bawią się. Kiedy kładą się spać, ujawnia się choroba. Dziecko marudzi, nie chce spać, siada. Wtedy troskliwa matka dotyka małego ciała i stwierdza podwyższoną temperaturę. Zwykle zmartoskani rodzice dzwonią do pogotowia, mówiąc, że dziecko ma 40 stopni gorączki. Po takich dwóch wezwaniach, gdzie stwierdziłam temperaturę 37,5 stopni i lekki nieżyt oskrzeli, spokojnie pojechałam do trzeciego małego pacjenta. Już w przedpokoju usłyszałam głośny stridor. Włosy stanęły mi dęba. Wpadłam do pokoju. Małe, może roczne dziecko bladonie dusiło się.

Podniosłam koszulkę. W czasie wdechu mostek wciągał się do kręgosłupa i słychać było charakterystyczny świst. Widziałam podobne przypadki w Klinice Dziecięcej, ale nie w takim stanie. Nie mam tlenu. Należałoby natychmiast zrobić tracheotomię! Ale jak? Tu? Przy pomocy zwykłego noża? A jeśli mi się nie powiedzie? Matka oskarży mnie, że zarzęłam dziecko.

- Natychmiast trzeba dziecko zawieźć do szpitala na operację - krzyknęłam do przerażonej matki.

- Nie zgodzę się! Nigdy! Dziecko trzy dni temu wróciło ze szpitala z niedbanie, z odparzeniami, zawsze! - krzyknęła kobieta.

- Proszę pani, dziecko umrze za kilkanaście minut. Wystąpią drgawki i wtedy nic nie będzie można zrobić. Niech się pani zgodzi. To dla dobra dziecka - mówiłam w miarę spokojnie, przekonując zrozpaczoną kobietę.

- Nie, nie pozwolę! Leczenie w domu! Zapłacę. Ratujcie! Ratujcie!

Dziecko cicho jęczało, coraz bardziej siniąło i ten jęk w czasie wdechu. Byłam bezradna.

- Kobieto, opanuj się - usłyszałam męski głos. - To też moje dziecko, chcę, żeby żyło, rosło. Tak samo go Kocham. Chcą mu pomóc, trzeba na to się zgodzić. Widzę, że jest bardzo źle!

- Niech zrobią zastrzyki - opono-

wał.

- Jeśli pani nie zgodzi się na operację, to pani będzie winna śmierci dziecka - powiedziałam.

- A jeśli umrze w czasie operacji, to kto będzie winien? - Ikała kobieta.

- Bierzemy dziecko. Niech pani jedzie z nami na chirurgię a potem do Szpitala Zakaźnego.

Matka wzięła maleństwo na rękę. Jakby zaczęło lepiej oddychać. Kierowca gwał jak szalony przez uśpione miasto.

Wpadliśmy do szpitala, na oddział chirurgiczny. Lekarz o nic nie pytał.

- Natychmiast tracheotomia - krzyknął do siostry operacyjnej.

- Pani doktor zostanie, pozostali wyjdą - zakończył.

Po nacięciu tchawicy i założeniu rurki stan dziecka poprawił się błyskawicznie. Skóra z sinobladej zaróżowiła się. Dziecko oddychało spokojnie.

- Nie mogę zostawić dziecka z dyfterytem na oddziale chirurgicznym - powiedział lekarz chirurg - Musi pani przewieźć je do Szpitala Zakaźnego.

- Wiem - odpowiedziałam. - Ale gdybym wiozła dziecko do Szpitala Zakaźnego, gdzie lekarz dyżurny jest pod telefonem, czy dziecko żyłoby jeszcze?

- Tak. Wiem. Ale mimo to opie-

przy mnie dyrektor jutro na raporcie, a panią wezwie na dywanik. Zapamięta pani na całe życie, że krupy i podobne sprawy leczy się w Szpitalu Zakaźnym. A jak będzie pani atakowała go, to skieruje panią do Komisji Kontroli Zawodu.

- Za co?

- Za narażenie dzieci Oddziału Chirurgii na dyfteryt! Wystarczy?

Patrzyłam zdziwiona. Działalam w imię najwyższego dobra - życia dziecka. Czy są takie przepisy, żeby szpital nie przyjął chorego narażonego na niechybną śmierć?

- Teraz musi być dezynfekcja sali operacyjnej. Jutro szef nie będzie mógł operować. Dla mnie to i lepiej. Nie będę musiał sterczeć przy operacji. Niech się pani trzyma - zakończył.

Odwieźliśmy dziecko do Szpitala Zakaźnego.

- Na razie dziecku nie grozi śmierć. Co dalej, nie wiem. Dyfteryt jest bardzo poważną i groźną chorobą - powiedziałam matce. Niespodziewanie pocałowała mnie w rękę. Zawstydziałam się.

- Nie można, nie trzeba, nie jestem księdzem.

- Nigdy tego pani doktor nie zapomnę - mówiła drżąc, ze łzami w oczach.

*Lek. med. Zdzisława Abraszko jest specjalistką II stopnia w dziedzinie neurologii, obecnie na emeryturze. Mieszka w Legnicy.*



Pogotowie Ratunkowe w Legnicy

# Będziemy komputeryzować szpital

*ciąg dalszy ze str. 21*

Gdy po pewnym czasie znów się wraca do "komputeryzacji szpitala", prawie nikt nie jest w stanie powiedzieć, jakie jest zainstalowane oprogramowanie, czy komputery pracują w wielodostępie czy sieci i jakiej, jedni mówią, że "ktoś tu instalował" Unixa a inni, że mają na oddziale Novella. Na jednym oddziale zainstalowane są karty sieciowe Ethernet a na innym ArcNet, ale to nie są największe niespodzianki i niedogodności, z którymi trzeba coś zrobić.

Informatyk to kolejny zawód, o który musi być poszerzona lista pracowników szpitala. Bez merytorycznej konsultacji i nadzoru nad informatyzacją szpitala, czy to ze strony zatrudnionych przez szpital informatyków niezależnych od firmy, czy zlecenie nadzoru uznanym specjalistom, rezultaty komputeryzacji mogą być poniżej oczekiwań. W tym momencie pojawia się kolejny problem, informatyk nawet z nie-dużym doświadczeniem i średnimi kwalifikacjami jest "towarem" poszukiwanym na rynku pracy i oferta finansowa szpitala najczęściej nie będzie go satysfakcjonowała. Zbudowanie spójnego i kompleksowego oprogramowania użytkowego do szpitala wymaga pracy licznej, dobrze zorganizowanego zespołu informatyków mających bezpośredni kontakt ze szpitalem na przestrzeni kilku lat. Prawdziwą sztuką nie jest napisać program, lecz go przetestować, uruchomić i doprowadzić do niezawodnej eksploatacji. Przykładowo, firma Microsoft, przed wypuszczeniem na rynek systemu Windows NT, oddała do rąk

firm trzecich i innych użytkowników 35 tys. pakietów oprogramowania tylko do testowania. Niestety, w Polsce nie ma jeszcze takich firm, które stać na przygotowanie czasochłonnego i kosztownego oprogramowania dla szpitala, decyzja o takiej inwestycji jest dość ryzykowna w sytuacji braku prawa autorskiego, które skutecznie chroniłoby producentów oprogramowania przed piratami.

Oprogramowanie użytkowe dla szpitala, które proponują niektóre firmy to nie zawsze ich własny produkt. Przeciagający się kryzys w nauce i służbie zdrowia spowodował, że z wielu placówek odeszli ludzie, którzy wytworzone tam oprogramowanie (za pisanie programu ich zdaniem dostawali niskie pensje) po prostu kradli, traktując to jako swoistą "wyprawkę" do startu w samodzielny biznes informatyczny.

Myślę, że pewnym wyjściem naprzeciw rosnącemu potrzebom informatyzacji służby zdrowia będzie organizowany przy Polskim Towarzystwie Informatyki Medycznej zespół ekspertów, który będzie pełnił rolę niezależnego doradcy, kompetentnie opiniując propozycje i oferty przedkładane szpitalom, jak również będzie udostępniał wymogi i postulaty, jakim winni sprostać ci, którzy chcą informatyzować szpital.

Z zadowoleniem również należy odnotować, że utworzona Szkoła Zdrowia Publicznego przy Akademii Medycznej i Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie w trakcie 3-letnich studiów przewiduje w

programie zajęcia z informatyki.

We Wrocławiu od listopada startuje Szkoła dla Menagerów Służby Zdrowia, w programie szkoły będą zajęcia m.in. z informatyki medycznej, rachunkowości, prawa i innych zagadnień niezbędnych w kierowaniu szpitalem.

Reasumując, chciałbym poprzez lekturę tego artykułu uświadomić czytelnikom złożoność przedsięwzięcia, jakim jest informatyzacja szpitala, angażująca nie tylko środki finansowe. Takie przedsięwzięcie jest trudne organizacyjnie i wymaga kilku lat sukcesywnej pracy, ciągłej rozbudowy zaplecza sprzętowego, modernizacji i rozszerzania zasięgu oprogramowania użytkowego. Należy uzbroić się w cierpliwość, ponieważ w szybkim tempie entuzjazm do informatyki może przerodzić się we frustrację.

Z doświadczeń moich wynika, że wielu użytkowników komputerów tylko deklaratywnie ich chce, pierwsze trudności uświadamiają im konieczność rezygnacji z pewnych przyzwyczajajeń (szczególnie tych, które lubią) i zaczynają się mniej lub bardziej irracjonalne narzekania w stylu: "komputer głośno pracuje i boli mnie głowa, od ekranu boją oczy, ten komputer u nas jest za wolny, w szpitalu X mają lepszy program, u nas to się nie da" itp.

Ale jeśli w szpitalu ktoś "zachorował na komputeryzację", to lepiej znać objawy i przyczyny tej choroby niż potem dziwić się, że miał być top a jest stop.

Kazimierz Frączkowski

## Między pragnieniami a rzeczywistością

*ciąg dalszy ze str 22*

Pani Grażyna zrozumiała, że totalna regresja jest złym sposobem wyjścia z nieuświadomionej desperacji oraz że ma ona wystarczające rezerwy sił by, zdecydować się na więcej samodzielności i radości życia. W ciągu 25 posiedzeń udało się nam wspólnie jej konflikty tak rozwikłać, że pani Grażyna dziś nie bierze żadnych leków, jest znowu czynna, wesoła, zadowolona i pełna planów.

Na tym przykładzie widać, że osamotnienie jest bardzo silnym czynnikiem chorobotwórczym i że przez właściwą relację między lekarzem a pacjentem można odbudować relację pacjenta do innych osób i do świata.

Dlatego konieczne wszędzie tam, gdzie są ludzie z przewlekłymi nieświadomionymi konfliktami oraz z wynikającymi z nich zaburzeniami i chorobami, winien być lekarz, który umie dostrzec pacjenta w jego wymiarze bio-psycho-socjalnym i uchwycić najróżniejsze jego stosunki i zależności.

Uważam, że przez dostrzeżenia i usunięcia napięć pomiędzy życzeniami a rzeczywistością mogą powstać warunki do zmian korzystnych dla pacjenta i dla zadowolenia lekarzy czyli może powstać pomost między zadaniami lekarza rodzinnego a medycyną psychosomatyczną. Muszą także powstać ramy organizacyjne w których takie postępowanie lekarskie będzie mogło się rozwijać.

Życzę, by lekarze w takich relacjach w całej rozciągłości akceptowali swych pacjentów, niezależnie od tego czy ich zachowanie jest odpowiednie czy też nie oraz życzę, abyśmy także własne uczucia, które wywołują w nas pacjenci, nauczyli się doкладnie obserwować i dostrzegać celem refleksji i dyskretnego wykorzystania dla postawienia biopsychosocjalnego rozpoznania (według M. Balinta) i prowadzenia procesu terapeutycznego. Życzę wreszcie, aby powstawały nośne relacje z pacjentami, ponieważ od nich i od współgrania przeniesienia i przeciwpreniesienia zależy skute-

czna praca terapeutyczna we wszystkich płaszczyznach zdrowia całego człowieka.

Nie jest to nowe wymaganie. Cytuję: "...największym błędem przy leczeniu jest to, że ciało i dusza zostają od siebie nadmiernie oddzielone, gdzie oddzielone być nie mogą - ale to właśnie przeoczaają lekarze. Dlatego też tak wiele chorób nie zostaje odkrytych, bo oni nigdy nie widzą całości. Uwaga winna być zwrócona na całość, bo tam gdzie całość cierpi, część nie może być zdrowa. Ten apel Platona do greckich lekarzy sprzed 2300 lat do dziś nie stracił na aktualności.

Za zgodą autorki  
do druku przygotował:  
Jan Łazowski

Referat wygłoszony na sympozjum w Heidelbergu 15 maja 1993 r. w ramach tematu "Brucken von der Allgemeinmedizin zur Psychosomatik" oraz na Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej w Kołobrzegu w dniu 20 maja 1993 r.

## KSIĄŻKI

Wrocławskie Towarzystwo Naukowe (87-800 Włocławek, Pl. Wolności 1, tel. 32-28-08) oferuje do sprzedaży wydawnictwo pt. "Postępy diagnostyki i terapii w kardiologii - Autoryzowany zapis XII Konferencji Kardiologicznej Kujaw i Ziemi Dobrzyńskiej", która odbyła się 4 i 5 czerwca 1992 r. Praca ta zawiera zapis siedmiu paneli (obok podano nazwiska moderatorów):

Elektrostymulacja w chorobie węzła zatokowego - prof. Grażyna Świątecka  
Monitorowanie leczenia farmakologicznego w kardiologii - prof. Halina Adamska-Dyniewska

Postępy kardiologii interwencyjnej - dr Marek Dąbrowski

Postępy leczenia przewlekłej niedomogi krążenia - prof. Maria Krzemińska-Pakuła

Postępy leczenia kardiologicznego - prof. Janusz Zasłonka

Postępy diagnostyki nieinwazyjnej w kardiologii - prof. Barbara Dąbrowska

Leczenie przeciwrytmowe - prof. Maria Kopec

Całość liczy 350 stron i zawiera liczne ilustracje i ryciny.

## Oddział Wrocławski Stowarzyszenia Elektryków Polskich (SEP)

serdecznie zaprasza wszystkich lekarzy do uczestnictwa w I Wrocławskiej Szkole "Lasery w medycynie" połączonej z prezentacją laserowego sprzętu medycznego czołowych firm polskich. Zajęcia odbędą się w poniedziałek, 22 listopada br. w sali 104 budynku NOT (Wrocław, ul. Piłsudskiego 74) w godzinach 9.00-18.00.

W programie szkoły zaplanowano m.in. następujące wykłady:

1. Dłaczego lasery?
2. Przegląd typów laserów stosowanych w medycynie
3. Warunki bezpiecznej obsługi laserów medycznych
4. Oddziaływanie promienia laserowego na tkankę
5. Doświadczenia własne w zastosowaniu lasera biostymulacyjnego w urazach i schorzeniach narządu ruchu
6. Lasery w chirurgii i endoskopii

Koszt uczestnictwa w szkole wynosi 200.000 zł. Zainteresowanych prosimy o wniesienie opłaty do dnia 10 listopada na konto:

PKO-IV O/Wrocław

Nr 93549-10881-132

Stowarzyszenie Elektryków Polskich

"Lasery w medycynie"

Bliższych informacji udziela sekretariat SEP (tel. 366 41) oraz sekretarz naukowy szkoły dr inż. Wojciech Michalski (Zakład Techniki Laserowej Politechniki Wrocławskiej, tel. 20 30 24).

## Stowarzyszenie Polskich Lekarzy Dentystów

Stowarzyszenie jest ekskluzywne i jego członkowie nie boją się tego słowa. Skupia lekarzy dentystów, pracujących wyłącznie na własny rachunek. Stomatolodzy, którzy najszybciej i najliczniej podążyli w stronę prywatyzacji, nie mogą doczekać się satysfakcjonujących unormowań prawnych ze strony administracji, postanowili sami podjąć wspólne działania na rzecz wypracowania nowoczesnego modelu prywatnej opieki stomatologicznej. Tak powstała idea powołania Stowarzyszenia Polskich Lekarzy Dentystów. Żeby zostać jego członkiem trzeba uzyskać rekomendację dwóch osób z szeregu stowarzyszenia i regularnie płacić składki w wysokości 1 mln złotych miesięcznie.

Co, poza poczuciem znalezienia się w elitarnym kręgu, daje lekarzowi przynależność do stowarzyszenia?

Codziennie praktyczne korzyści to

przede wszystkim duże możliwości podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Stowarzyszenie organizuje regularne szkolenia. Kursy są tanie (cena kalkulowana jest bez zarobku i często jest niższa o 70% (!) od podobnych, organizowanych przez firmy komercyjne), dają uczestnikom nie tylko szybki dostęp do najnowszej wiedzy, ale i możliwość nabycia praktycznych umiejętności, a ich poziom gwarantuje stały nadzór polskich naukowców - specjalistów z poszczególnych dziedzin. Wszyscy członkowie, w ramach składki, otrzymują do domu "Quintessence", jedno z najlepszych zawodowych czasopism przeglądowych w stomatologii. Członkowie stowarzyszenia mają też znaczne (do 20%) zniżki w tych hurtowniach sprzętu, materiałów dentystycznych i leków, które przystąpiły do stowarzyszenia na zasadzie członków wspierających. SPLD ułatwia również i

koordynuje grupowe zakupy sprzętu, bezpośrednio u producentów, z reguły na bardzo korzystnych warunkach. Zorganizowana została już ochrona i doradztwo prawne.

Dalekosiężną ambicją SPLD jest kształtowanie nowoczesnego modelu prywatnej opieki stomatologicznej. W tym, bardzo ważnych zasad współpracy gabinetów prywatnych z klinikami, a także gabinetami w uspołecznionej służbie zdrowia oraz stworzenie możliwości odbywania przez młodych lekarzy stażów i specjalizacji w gabinetach prywatnych.

Stowarzyszenie zarejestrowane zostało 9 listopada 1992 r., liczy 40 członków. Jego prezesem jest dr Zbigniew Klimek (Warszawa, ul. Marszałkowska 1 m 141, tel. 25-30-37).

(P)

Przedruk z "Medicusa" 8-9 (31-32) 93

# Who is who?

## Janina Kasprzak-Wójtowicz



Członek Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, przewodnicząca Komisji Finansowej (do września 1991 r.) i przewodnicząca Komisji Legislacyjnej (od września 1991 r.).

Studiowała na AM we Wrocławiu, dyplom lekarza uzyskała w 1971 r. Uzyskała specjalizację II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Pracuje w Wojewódzkiej Poradni Kardiologicznej (starszy asystent).

Za znaczące fakty oraz osiągnięcia w życiu zawodowym i publicznym uważa: studia, specjalizację, doktorat, pracę w samorządzie lekarskim I kadencji, współudział w projektach nowelizowanych ustaw: o zawodzie lekarza i izbach lekarskich (do tej ostatniej wprowadziła pojęcie "koła izb lekarskich"). Była członkiem założycielem Komitetu Obywatelskiego Wrocław-Sępólno.

Mężatka, dwoje dzieci.

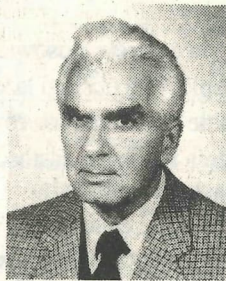
Lubi teatr i wycieczki górskie, chętnie pracuje w ogrodzie, pielęgnuje kwiaty, pasjonuje się polityką.

W życiu nie kieruje się żadną konkretną dewizą życiową. Ceni uczciwość, kompetencje, życzliwość dla ludzi, optymizm.

O działalności samorządu lekarskiego mówi:

"Pracy włożono bardzo dużo. Stworzono od nowa samorząd zawodowy. To są początki - dlatego mało efektywne. Trzeba nadal konsekwentnie podnosić rangę samorządu lekarskiego. W następnej kadencji należy dążyć do większego zainteresowania się koleżanek i kolegów pracą w DIL, z korzyścią dla nas samych i naszych pacjentów."

## Ryszard Nawarkiewicz



Przewodniczący Koła DIL w Obornikach Śląskich.

Akademię Medyczną we Wrocławiu ukończył w 1954 roku. Uzyskał II stopień specjalizacji w dziedzinie chorób płuc i organizacji ochrony zdrowia. Pracuje w Wojewódzkim Zespole Szpitalno-Sanatoryjnym Chorób Płuc w Obornikach Śląskich na stanowisku ordynatora oddziału. W latach 1979-1982 był dyrektorem Polskiego Szpitala w Libii.

Zonaty, ma jednego syna.

Chętnie słucha muzyki poważnej, lubi podróżować.

Najważniejsze są dla niego: "uczciwa praca-punktualność-tolerancja."

O pierwszej kadencji Izby wypowiada się następująco:

"O pracy Izby, ponieważ biorę udział jedynie w zebraniach delegatów, trudno mieć opinię. Myślę, że jak w każdym życiu publicznym, cechuje nas nadmierne gadulstwo. W pracy w kole obserwuję małe zainteresowanie ze strony młodszych kolegów pracą koła i życiem publicznym."

## Andrzej Pawlak



Zastępca przewodniczącego DRL do marca 1992, członek Rady i Prezydium,

członek Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskich.

Ukończył w 1971 roku Wydział Lekarski poznańskiej AM.

Jest specjalistą ginekologii i położnictwa oraz organizacji służby zdrowia.

Do grudnia 1992 r. pracował jako ordynator oddziału w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Jeleniej Górze.

Zonaty, trzech synów.

Chętnie gra w tenisa, uprawia narciarstwo zjazdowe.

W życiu stara się: "nigdy nie tłumaczyć i nigdy nie narzekać".

O I kadencji Izby mówi:

"Ciężka praca legislacyjna i organizacyjna, tworząca podwaliny pod tworzący się samorząd lekarski; praca da owoce w następnej kadencji."

## Zbigniew Ziemiński



Członek Rady Okręgowej DIL, przewodniczący Komisji Etyki DIL do maja 1992, zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIL, delegat na Krajowy Zjazd Lekarzy.

Ukończył w 1951 roku wrocławską AM. Specjalista otolaryngolog II stopnia. Jest profesorem w Klinice Otolaryngologii AM we Wrocławiu.

Zonaty, ma syna i córkę.

Jego hobby to turystyka.

Kieruje się w życiu dewizą: "Być człowiekiem."

O pierwszej kadencji Izby:

"Po pokonaniu początkowych trudności, dzięki zapałowi wielu kolegów i często ofiarnej pracy, nasza Izba stopniowo wchodzi na właściwe tory. Przed nami jeszcze dużo pracy, ale wierzymy, że nasze dzieło uwiecznimy sukcesem."

(e.p.)

## LISTY DO REDAKCJI



### ZWIĄZEK ZAWODOWY LEKARZY

Zarząd Krajowy  
Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Lekarzy  
85-163 Bydgoszcz  
ul. Ujejskiego 75

Szanowne Koleżanki, Szanowni Kole-  
dzy, Lekarze!

Rozpoczyna się II kadencja funkcyj-  
owania odrodzonego samorządu lekarskiego.  
Przez ubiegłe cztery lata stworzono stabilne i  
techniczne podstawy do jego działania.  
Rozpoczęto również porządkowanie spraw  
związanych z wykonywaniem naszego za-  
wodu, opracowując między innymi po-  
wszechną ewidencję lekarzy, sposób  
uzyskania prawa wykonywania zawodu,  
nowy *Kodeks etyki lekarskiej*, projekty  
ustaw o zawodzie lekarza i samorządzie  
lekarskim i wiele innych.

Doceniamy te dokonania i zdajemy sobie  
sprawę z trudu, jaki musieli ponieść ich  
Autorzy, tym bardziej, że byli w tej dzied-  
ziny pionierami.

Nadal jednak daleka od rozwiązania jest  
sprawa, z którą wiązały się największe  
oczekiwania i nadzieje środowiska lekar-  
skiego. Tą sprawą jest wprowadzenie nowe-  
go systemu ochrony zdrowia w kraju, który  
przywróciłby zawodowi lekarza status za-  
wodu wolnego, jego odpowiednią godność  
i pozycję materialną.

Ta sprawa stała się głównym celem dzia-  
łania powołanego w październiku 1991 r.  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Lekarzy.

Wykorzystując swoje uprawnienia Zwią-  
zek przedstawił we wrześniu 1992 r. w li-  
stach do Premiera RP i Ministra Zdrowia  
żądania, dotyczące warunków pracy i płacy  
lekarzy oraz żądanie zmiany systemu  
ochrony zdrowia w Polsce. Rozpoczęliśmy

tym samym spór zbiorowy z rządem, które-  
go traktowaliśmy jako pracodawcę lekarzy  
zatrudnionych w placówkach państwowej  
służby zdrowia.

Żądania te zostały poparte w styczniu -  
lutym 1993 r. akcją protestacyjną, która ob-  
jęła ok. 100 zoz-ów lub szpitali wojewódz-  
kich. Przed rozpoczęciem protestu  
zwróciliśmy się do wszystkich okręgowych  
rad lekarskich i Naczelnej Rady Lekarskiej  
z propozycją wspólnego zorganizowania  
akcji protestacyjnej, a po uzyskaniu odmowy  
zwróciliśmy się o poparcie dla naszych  
żądań i protestu. Uzyskaliśmy takie popar-  
cie tylko od pojedynczych okręgowych rad  
lekarskich.

Taka postawa władz samorządu lekar-  
skiego miała wpływ na to, że nasz protest  
nie był tak powszechny i zdecydowany, jak  
mógłby być przy zaangażowaniu się izb.

Rząd RP, zachęcony brakiem jednocy  
wśród lekarzy pozwolił sobie na bezprawne  
wobec Związku działania - odmawiając wy-  
znaczenia mediatora w prowadzonym spo-  
rze zbiorowym, przez co uniemożliwił  
dalsze jego prowadzenie. Po nieskutecz-  
nych interwencjach Zarządu Krajowego  
OZZL w rzecznika praw obywatelskich, w  
lipcu br. przesłaliśmy do prokuratora woje-  
wódzkiego w Warszawie zawiadomienie o  
naruszeniu przez Rząd RP ustawy o zwią-  
kach zawodowych i ustawy o rozwiązywa-  
niu sporów zbiorowych i czekamy na  
rozstrzygnięcie w tej sprawie.

Powołując Ogólnopolski Związek Zawo-  
dowy Lekarzy mieliśmy nadzieję na połącze-  
nie możliwości organizacji samorządowej,  
jaką są izby lekarskie z możliwościami  
związku zawodowego, aby tym skuteczniej  
upomnieć się o niezbędne zmiany w systemie  
ochrony zdrowia w kraju, potrzebne zarówno  
lekarzom jak i pacjentom, i całej służbie zdra-  
wia. Niestety, do takiego współdziałania nie  
doszło.

Dzisiaj stajemy przed kolejnymi wybora-  
mi do władz samorządu lekarskiego. Wśród  
delegatów na okręgowe zjazdy lekarzy bę-  
dzie także wielu przedstawicieli Ogólnopol-  
skiego Związku Zawodowego Lekarzy.  
Chcemy, aby - wybrani do władz samorządu  
lekarskiego różnych szczebli - przyczynili  
się oni do lepszej tym razem współpracy izb  
lekarskich i Związku Zawodowego Leka-  
rzy.

Nie trzeba dzisiaj już nikogo przekony-  
wać, że taka współpraca jest nam potrzebna  
i niezbędna.

Dlatego apelujemy do uczestników Okrę-  
gowych Zjazdów Lekarzy - wybijcie  
przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Lekarzy. Pozwólcie im dzia-  
łać - w naszym wspólnym interesie.

*Przewodniczący Zarządu Krajowego  
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy  
lek. Krzysztof Bukiel*



### MZIOS W SPRAWIE CZERWIAKOWSKIEGO

W związku z wpływającymi do tutejsze-  
go Ministerstwa licznymi interwencjami  
(mieszkańców dzielnicy Wrocław - Stare  
Miasto, Sekretariatu Ochrony Zdrowia Ko-  
misji Krajowej NSZZ "Solidarność", pra-  
cowników szpitala, Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych) dotyczącymi  
przekazania Szpitala im. Czerwiakowskie-  
go we Wrocławiu Zgromadzeniu Sióstr Elż-  
bietanek - Departament Polityki  
Zdrowotnej uprzejmie prosi o nadesłanie w  
terminie jak najszybszym szczegółowego  
wyjaśnienia w tej sprawie, uzupełniającego  
pismo Wydziału Zdrowia z dnia 6.06.1993  
roku.

W wyjaśnieniu tym Departament prosi o  
podanie m.in. informacji:

- dotyczących struktury szpitala im.  
Czerwiakowskiego,
- dotyczących wskaźników łóżek na 10  
tys. mieszkańców w województwie w spe-  
cjalnościach reprezentowanych w tym szpi-  
talu (aktualnych i po przekazaniu szpitala),
- czy planowana zmiana profilu działania  
oddziałów ww. szpitala była uzgadniana za  
specjalistami wojewódzkimi w odpowied-  
nych specjalnościach,
- planowanych rozwiązań w zakresie za-  
bezpieczenia pacjentom objętym rejonem  
działania ww. szpitala możliwości hospita-  
lizacji w odpowiednich specjalnościach,
- planowanych rozwiązań dotyczących  
personelu zatrudnionego w ww. szpitalu.

Do wiadomości:  
Dyrektor Szpitala im. J.R. Czerwiako-  
wskiego  
ul. Św. Józefa 2  
50-329 Wrocław

*Dyrektor  
Departamentu Polityki Zdrowotnej  
lek.med. Paweł Jakubek*

**Klinika Chirurgii Pediatricznej  
oraz Klinika Neonatologii Akademii  
Medycznej we Wrocławiu zapraszają  
na posiedzenie pt.**

### **Noworodek wymagający interwencji chirurgicznej w pierwszej dobie życia,**

która odbędzie się w dniu 9.11.1993  
r. o godz. 11.00 w sali wykładowej Kli-  
niki Nefrologii Pediatricznej we  
Wrocławiu ul. M.Curie-Skłodowskiej  
50/52.

Program posiedzenia:

1. Otwarcie - prof. Jerzy Czernik
2. Resuscytacja noworodka - prof. Elż-  
bieta Gajewska (10 min.)
3. Intensywna opieka nad noworod-  
kiem z wadą wrodzoną - dr T.Jabłońska  
(10 min.)
4. Przepuklina przeponowa - dr M.Ba-  
głaj (10 min.)
5. Zarośnięcie przełyku - dr D.Patko-  
wski (10 min.)
6. Niezdrożność przewodu pokarmo-  
wego u noworodka - dr P.Ugarynko (10  
min.)

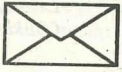
7. Transport noworodka - dr A.Kozieł  
(10 min.)

8. Organizacja opieki medycznej nad  
"noworodkiem chirurgicznym" - wspólna  
dyskusja

9. Zwiędzanie wystawy sprzętu medy-  
cznego oraz Oddziału Intensywnej Opie-  
ki Medycznej Kliniki Chirurgii  
Dziecięcej

*Klinika Neonatologii  
AM we Wrocławiu  
Kierownik prof. dr hab. Elżbieta Gajewska*

*Klinika Chirurgii Pediatricznej  
AM we Wrocławiu  
Kierownik prof. dr hab. Jerzy Czernik*



## GENETYKA W PROGRAMIE KSZTAŁCENIA PODDYPLOMOWEGO

Mgr Ewa Wieland  
Kierownik Ośrodka Doskonalenia Kadr Medycznych  
ul. Dobrzyńska 21/23  
50-403 Wrocław

W związku z dynamicznym rozwojem genetyki człowieka proponujemy wprowadzenie do programu kształcenia poddypłomowego dla lekarzy, następujących tematów:

1. Choroby uwarunkowane modyfikacyjnie.
2. Choroby uwarunkowane aberracjami chromosomów autosomalnych.
3. Choroby związane z zaburzeniami determinacji płci.
4. Zasady rozpoznawania chorób uwarunkowanych genetycznie oraz kierowania do Poradni Genetycznej.
5. Badania prenatalne (wskazania do badań, zasady kierowania pacjentek).
6. Podstawy genetyczne chorób nowotworowych.

Proponujemy formę 1,5-godzinnych wykładów dla lekarzy z rejonu oraz specjalizujących się z zakresu pediatrii, ginekologii, endokrynologii (wszystkie wykłady), chirurgii dziecięcej (wykład 3) oraz onkologii (wykład 6).

Wykłady prowadzone będą przez dr Marię Sasiadek.

dr Maria Sasiadek  
Kierownik Pracowni Genetyki

prof.dr hab. Józef Jagielski  
Kierownik Katedry i Zakładu Patofizjologii

*Elmedes, mgr inż. Andrzej Białek,  
54 403 Wrocław, ul. Stanów Zjednoczonych 35, tel/fax 579874  
oferuje:*

- *tanio regenerowane unity stomatologiczne i rentgeny,*
- *okazyjnie, po cenach bez VAT, wyposażenie laboratorium dentystycznego - urządzenia firm Bego i Wassermann razem z materiałami eksploatacyjnymi,*
- *mini autoklawy Prestige Medical - likwidują wirusy zapalenia wątroby typu B oraz HIV - 126 stopni, 1,4 bara - pełny cykl wyjąłowania nie przekracza 22 minut, zalecane szczególnie dla gabinetów stomatologicznych i chirurgicznych, oddziałów neurofizjologicznych do elektrod igłowych oraz w oddziałach noworodków do sterylizacji smoczków,*
- *radiowizjografy i rentgeny stomatologiczne firmy Trophy.*

*Forma płatności: gotówka*



Zespół Opieki Zdrowotnej w Chojnowie, ul. Szpitalna 21, 59-225 Chojnow zatrudni od zaraz lekarza stomatologa w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Krzywej. Zapewniamy mieszkanie z chwilą podjęcia pracy.

Gminny Ośrodek Zdrowia w Łągowicach zatrudni lekarza pediatrę i lekarza internistę (najchętniej małżeństwo).

Kontakt: dr A. Iwaszko, tel. 399 lub 31-28-05 (Dzierżoniów).

ZOZ Ząbkowice Śląskie (tel. 151-219, 151-493) zatrudni:

- lekarzy stomatologów (małżeństwo) w GOZ Ciepłowody, mieszkanie w nowym budynku i garaż;
- lekarza stomatologa - GOZ Kamieniec Ząbkowicki, 3-pokojowe mieszkanie;
- lekarza stomatologa - WOZ Sre-

Okręgowy Szpital Kolejowy Wrocław, ul. Wiśniowa 36a sprzedaje spalarkę odpadów SO-150G, tel. 68-50-11, 67-84-50.

Sprzedam tanio ultrasonograf Philips, Oleśnica tel. 14-24-83

Uwaga stomatologów i higienistów stomatologicznych!

Do badań laboratoryjnych potrze-

brna Góra, 3-pokojowe mieszkanie.

ZOZ Strzelin, tel. (0725)21-201 zatrudni od czerwca 1994 r. lekarza okulistę.

Przemysłowy ZOZ Wrocław Fabryczna, tel. 55-19-26 zatrudni:

- lekarza medycyny pracy lub lekarza medycyny przemysłowej na cały etat;
- lekarza psychiatrę lub psychologa w niepełnym wymiarze godzin;
- lekarza okulistę z I lub II stopniem specjalizacji.

ZOZ Brzeg Dolny, tel. 19-22-20 zatrudni lekarza internistę do pracy w WOZ (1 dzień), w szkole (2 dni) i w przychodni (2 dni) oraz dyżurów w pogotowiu ratunkowym i szpitalu. Zapewnia możliwość zakupu mieszkania własnościowego w ratach.

Przemysłowy Zespół Opieki Zdrowotnej Wrocław Psie-Pole, ul. Bierutowska 59, tel. 25-31-59 zatrudni lekarza radiologa w pełnym wymiarze godzin (etat), najchętniej z umiejętnością wykonywania USG.

budujemy ludzkie zęby: pozbawione próchnicy i wypełnień (usuwane ze względów ortodontycznych, protetycznych, paradontozy itp.)

Płacimy 5.000 zł za ząb i zwracamy koszty przesyłki.

Informacja pod adresem: 05-254 Kuligów, Poradnia Stomatologiczna

Sprzedam lampę szczelinową, 16 mln zł. Tel. 611-331 Wrocław

## Zaoczne studia na kierunkach:

# zarządzanie szpitalem i administracja zdrowiem publicznym

Szkoła Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego przedstawia swoją ofertę edukacyjną, skierowaną do kadry zarządzającej opieką zdrowotną.

Studia przeznaczone są dla osób zajmujących stanowiska kierownicze w jednostkach opieki zdrowotnej (dyrektorzy ZOZ-ów, ich zastępcy, dyrektorzy wojewódzkich lub miejskich wydziałów zdrowia, ich zastępcy).

Nauka rozpoczyna się w styczniu 1994 roku. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i duże zainteresowanie programem, termin składania aplikacji upływa dnia 15 listopada 1993.

W przypadku dużej liczby kandydatów planujemy przeprowadzenie egzaminu wstępnego.

Koncepcja programu nauczania

Program zajęć ułożony jest w oparciu o nowoczesną metodę modułową. Jeden moduł realizowany jest w ciągu jednego tygodnia zajęć. Moduły można umownie podzielić na bloki przedmiotowe i sektorowe, a wśród nich wyróżnić można bloki ogólne i specjalizacyjne.

Jeden moduł budowany jest zazwyczaj przez dwa przedmioty w wymiarze po 15 godzin każdy lub przez jeden z sześciu bloków sektorowych.

Cały program został podzielony na trzy części: pierwszych 10 modułów stanowi blok przedmiotowy, następne 6 modułów to moduły sektorowe, część trzecią (6 modułów) stanowi blok specjalistyczny i praca dyplomowa. Realizacja programu trwa 3 lata (w

każdym roku realizowanych jest 8 modułów).

Tak skonstruowany program ma w swoich założeniach pomóc słuchaczom w poszerzeniu i zdobyciu wiedzy z takich szeroko rozumianych obszarów jak: ekonomia służby zdrowia, zarządzanie, prawo, finanse (to wszystko stanowi aspekt teoretyczny), jak i zdobyciu dodatkowych umiejętności, szczególnie z zakresu zarządzania (aspekt praktyczny).

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż proponowany program jest elastyczny, to znaczy wzbogacany jest o dodatkowe treści zgodnie z preferencjami słuchaczy. W tym celu wykorzystuje się zarówno rodzimych specjalistów z danej dziedziny, jak i zagranicznych wykładowców.

Organizacja zajęć

Zajęcia odbywają się raz w miesiącu, przez pięć dni w tygodniu, od wtorku do soboty włącznie.

Szczegółowe programy na dany tydzień (moduł) tworzone są w oparciu o następujący podział godzin:

wtorek	10.00-13.00	14.00-17.00
środa	8.00-12.30	13.00-16.30
czwartek	8.00-13.30	13.30-16.30
piątek	8.00-12.30	13.30-16.30
sobota	8.00-14.00	

SZP UJ dysponuje pewną pulą miejsc hotelowych dla słuchaczy studiów zaocznych. Cena jednego miejsca za jedną noc wynosi 200 tys. zł.

Opłata za studia wynosi 6 milionów (płatne w dwóch ratach).

**Biuro**  
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej  
50-333 Wrocław,  
ul. J. Matejki 6  
tel. 22-50-56, 22-50-57, 22-50-58  
fax 22-48-44  
Konto: BGŻ O/Wrocław  
893022-9537-2710

**Dyrektor Biura**  
mgr Danuta Jarosz

**Sekretariat**  
Małgorzata Adamczyk  
Patrycja Malec

**Ewidencja**  
Krystyna Popiel  
Beata Kołodziejczyk  
Alicja Sokotowska

**Radca prawny**  
mgr Beata Kozyra-Lukasiak  
poniedziałek-wtorek 13.00-15.00

**Główna księgowa**  
Karolina Dembińska

**Kasjerka**  
Maria Gała  
poniedziałek-piątek 9.00-15.00

**Kasjerka Lekarskiej Kasy**  
Pomocy Koleżeńskiej  
Barbara Nuckowska  
wtorek, czwartek 12.00-15.00

**Sekretariat**  
**Rzecznika Odpowiedzialności**  
Zawodowej i Sądu Lekarskiego  
mgr Aleksandra Dziuba  
mgr Jolanta Sułkowska

**Filie biura w delegaturach**

**Jelenia Góra**  
ul. Sobieszowska 8, 58-500 Jelenia Góra-Cieplice  
tel. (8751) 520-43  
Irena Kubica  
poniedziałek-piątek 10.00-13.00  
(przewodnicząca Aldona Białas)

**Wałbrzych**  
al. Wyzwolenia 22, 58-300 Wałbrzych  
tel. (8741) 261-20  
Izabela Luźnia  
poniedziałek-piątek 8.00-15.00  
(przewodniczący Jan Adamus)

**Legnica**  
pl. Słowiański 1, 59-220 Legnica  
tel. (876) 662-03  
Stanisława Piatnicka  
środa, czwartek, piątek 11.00-15.00  
(przewodniczący Jerzy Paluch)

## Lekarze mili byli

Odwiedziłem kolegę emeryta w szpitalu. Poszedł tam do małego remontu. Tu naoliwić, tam przepchać, ówdzie zacerować. Usługi hydrauliczno-krawieckie. Siedliśmy sobie w kątku korytarzowym i zamiast snuć wspomnienia o dawnych czasach zaczęliśmy opowiadać o swojej szpitalnej doł-niedoli. Nie da się ukryć, że nie było to miejsce marzeń. Delikatnie mówiąc było brudnawo. W pewnym wieku niewymowne przybytki są ważniejsze niż salon. Muszą być czyste i pachnące. Sprzątające osoby nie lubiły swojej pracy, nie posiadały także fermy wkaczek. Plegniarzki emanowały superfryzurami. Zgodnie z nową modą nie noszą bowiem czepków. To uwłacza podobno ich godności zawodowej. Przy nachylaniu się nad opatrywaną raną omlatały brzuchy włosami lśniącymi szamponem z odżywką. To nowość medyczna - podobno gol rany! Wieczorami pod łózkami biegala husaria - były to opancerzone karaluchy. Po kilku nocach można się

przyzwyczaić - stwierdził kolega. Ściany nie były dawno malowane (trudności budżetowe), pobieżne nawet spojrzenie mikroskopowe wykazywało te same od lat kolonie bakteryjne. Na telefon z tego szpitala z szafy wyjmowano w pracowni mikrobiologicznej od razu odpowiedniego faga i antybiotyki. Kuchenkowe od rana dzwoniły garnkami opowiadając sobie przeżycia ostatniej nocy. Pory posilków dostosowane do wygody salowych i kuchni, a nie chorych.

- Wiesz stary - a już ostry dyżur, to jest przeklęta noc! Nie z powodu połamanych i pobitych - rządzą wtedy na oddziale plegniarze-wózkowi. Oni rozwożą chorych, czynią to jednak w sposób rajdowy, a oczka dziwnie mają świecące...

Oburzyłem się:

- Przecież jest ordynator, dyrekcja szpitala, Rada Nadzorcza, prawa pacjenta (telefon przy łóżku, godne umieranie na korytarzu itd.)

- Coś ty Józek, przecież tu najważniejsza jest gruba, pyskata Zośka!

- No, a jak lekarze? - spytałem z troską

- Lekarze mili byli - szepnął.

dr Józef emeryt

## Trójwymiarowa mapa wszechświata anatomicznego

Dwóch badaczy z Uniwersytetu Colorado w Denver, Victor Spitzer i David Whitlock wpadło na pomysł sporządzenia całościowego zapisu cyfrowego ciała ludzkiego. Po trzech latach poszukiwań znaleźli zwłoki pewnego mężczyzny z Teksasu, zmarłego po przedawkowaniu tabletek nasennych (39 lat, 180 cm wzrostu, 81 kg wagi), który w testamencie zapisał swe ciało nauce.

Zostanie ono pokrojone na warstewki milimetrowej grubości i utrwalone na 35 dyskach pamięci komputera jako wzorcowe ciało ludzkie.

Powstały w ten sposób atlas anatomiczny służyć ma studentom, lekarzom i naukowcom.

Przy użyciu najnowocześniejszej aparatury do tomografii komputerowej i metody rezonansu magnetycznego badacze sporządzają obecnie obrazy przekrojów ciała Teksasńczyka. Potem zamrożą je, rozetną, umieszczą w kriomakrotomie i potną na warstewki grubości 1 mm, fotografując każdą odsłoniętą płaszczyznę. Po zsumowaniu wszystkich informacji, bardzo dokładnie odtworzy się obraz każdego zakamarka organizmu człowieka.

Po zakończeniu prac ciało Teksasńczyka poddane zostanie kremacji.

Wtedy też ogłosi się imię i nazwisko cyfrowego Adama. Wkrótce powinna dołączyć do niego i cyfrowa Ewa.

(e.p.)

## ENCYKLOPEDIA LIPINSKIEGO

### Tom VII Antyalkoholowy

**Alkohol** - związek chemiczny, którego własności denaturaryzacji białka wykorzystuje się w codziennej praktyce do wypłukiwania szarych komórek.

**Eliksir** - płyn o własnościach zapewniających wieczną młodość. Patrz: kamień filozoficzny.

**Kamień filozoficzny** - kamień stosowany do wybicia sobie z głowy możliwości wyprodukowania eliksiru młodości.

**Kac** - umiejętność doprowadzenia się do stanu fatalnego samopoczucia.

**Kieliszek** - konkurencja sportowa w podnoszeniu ciężaru do ust. Wygrywa ten zawodnik, który pierwszy zwali się z nóg.

**Klin** - urządzenie do wybijania innego klina.

**Klin klinem** - metoda dobijania samego siebie.

**Literatka** - dla wielu ludzi jedyny kontakt z literaturą.

**Łepok** - jednostka miary, na którą musi przypadać pół litra.

**Marskość wątroby** - kiepski dowcip opowiadany przez lekarzy ludziom, którzy chociaż są stale w dobrym humorze, nie mają się z czego śmiać.

**Melodia** - zespół dźwięków. Patrz: melodia do picia.

**Melodia do picia** - popularny utwór muzyczny na instrumenty szklane.

**Muchomor** - wyśmienite grzybki na ostatnią zakąskę w życiu.

**Na zdrowie** - hasło, okrzyk lub zawołanie najbardziej szkodliwe dla zdrowia.

**Rybka** - zakąska, której nauką pływania zajmuje się prawie cały naród.

**Toast** - cena, jaką trzeba zapłacić za życzenie innym zdrowia.

**Upojenie alkoholowe** - metoda wprowadzania się w stan nieważkości po użyciu powszechnie znanego paliwa, bez udziału rakiety kosmicznej.