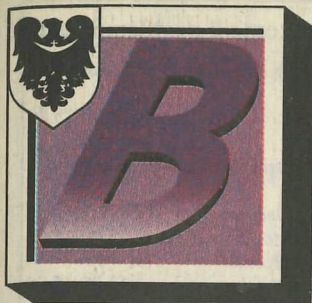




BIULETYN

DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WRZESIEŃ 1993

14

KONGRES
REYKJAVIKU W

3

BATALIA O CZER-
WIAKOWSKIEGO
TRWA

7

PALIĆ?
NIE PALIĆ?

8

MIEDZY PRAGNIE-
NIAMI A RZECZY-
WISTOŚCIĄ

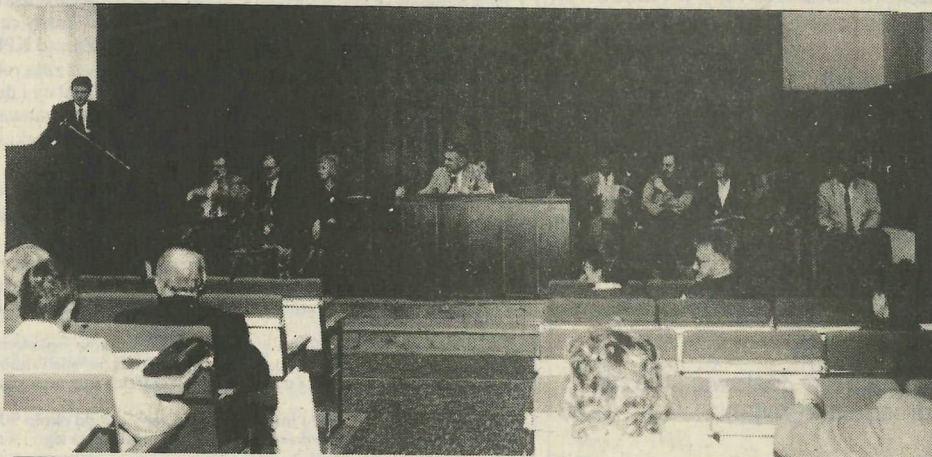
Przepraszamy za opóźnienie w wysyłce ostatniego *Biuletynu*. Cały nakład czekał dwa tygodnie na *Gazetę Lekarską* - stąd zwłoka. Równocześnie informujemy, że od lipca *Biuletyn* wysyłany jest przez krakowską firmę Medycyna Praktyczna. Zrezygnowaliśmy również z cięcia naszego pisma ze względu na wysokie koszty - ok. 15 mln zł miesięcznie.

Redakcja

19 września - wybory do Sejmu i Senatu!

W wyborach do Sejmu i Senatu startują również lekarze. Kandydatów na posłów zaprosiło Biuro DIL na spotkanie z delegatami województwa wrocławskiego w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Przybyli reprezentowali rozmaite partie i ugrupowania polityczne: Kongres Liberalno-Demokratyczny (Marek Kochański), Unię Polityki Realnej (Tomasz Piss), Katolicki Komitet Wyborczy "Ojczyzna" (Włodzimierz Bednorz i Radosław Ostapiuk), Unię Pracy (Alina Lasota-Czopnik), Konfederację Polski Niepodległej (Tomasz Szepielowski), NSZZ "Solidarność" (Ewa Mróz) i Koalicję dla Rzeczypospolitej (Andrzej Schuetz).



Świadkowie Jehowy o leczeniu krwią (część II)

Kwestie etyczne i prawne

Zgoda chorego jest warunkiem legalności działania lekarza. Dorosły pacjent Świadek Jehowy w chwili przyjęcia do szpitala składa oświadczenie, w którym komunikuje brak zgody na przetaczanie krwi i precyzuje swoje stanowisko co do leczenia jej składnikami. Podpisanie tego dokumentu przez pacjenta i świadków w obecności lekarza leczącego, a potem dołączenie go do historii choroby zabezpieczy szpital przed ewentualnym zarzutem niezastosowania leczenia najbardziej wskazanego w świetle wiedzy medycznej. Zgodnie z art. 17 Kodeksu Etyki Lekarskiej chory wskazuje również osoby, które upoważnia do reprezentowania go, gdyby sam nie był w stanie tego czynić.

ciąg dalszy na str. 11

Konkurs na nazwę klubu

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uprzejmie informuje, że w dniu 1 października 1993 roku zostanie otwarty klub przy ul. Matejki 6.

Zapraszamy do organizowania imprez rodzinnych, przyjęć okazjonalnych. Zapewniamy pełną obsługę gastronomiczną. Dla lekarzy lokal bezpłatny.

Nowy klub nie ma jeszcze nazwy, dlatego ogłaszamy konkurs: prosimy o nadsyłanie propozycji na adres redakcji. Prezydium DIL przewiduje nagrody.

Spis treści

Artykuły

- M. Przestalski: Świadczenie Je-
howy o leczeniu krwią 11
O respiratorach raz jeszcze 18
Zapiski emeryta 32
S.Kruś: Palić? Nie palić? .. 7
R. Kielhorn: Między pragnie-
niami a rzeczywistością ... 8
K. Pajdzik: Batalia o Czerwia-
kowski trwa 3
B. Zawirska: Nasi drodzy pro-
fesorowie i my - studenci I po-
wojennego roku studiów we
Wrocławiu 12
A. Gubiński: Etos lekarza .. 10
B. Świątek: Pobocza medycy-
ny(II) 15
Z. Abraszko: Pierwsze kroki 21
M. Rutkowska, J. Szymańska:
Pierwsze Targi Pro-Life w Zu-
rychu 22
B. Gąsior-Chrzan: XXVI Cong-
res of Nordic 14
B. Bruziewicz-Miklaszewska:
Lekarz cudzoziemiec w Austrii 10
M. Menzel-Lipińska, A. Rotter:
Nie jesteśmy gorsi 14
K. Pajdzik: 19 września -
- wybory do Sejmu i Senatu 9

Komputer w medycynie

- Kupuję komputer... 16
Kodowanie i standaryzacja
danych 17
Słowniczek 16

Recenzje

- K. Pajdzik: Zostawić ślad na
drodze przemijania 26

- Z życia Akademii 21

- Who is who? 29

Listy

- Polski lekarz w Stanach Zjed-
noczonych 28
Żeby pani premier nie musiała
się kompromitować 28
Dyżur zakładowy obowią-
zkiem lekarza 30
Jeśli masz gabinet, wpisz się
do ewidencji 30

- Wydział Zdrowia UW 22

Rozmaitości

- Ogłoszenia o pracy 30

Terminy dyżurów członków Prezydium i spotkań komisji problemowych

Poniedziałek

- R.Łopuch (wiceprezes, przew. Kom. ds. Re-
formy Służby Zdrowia i Współpracy z Samo-
rządem Terytorialnym) 12.00-13.30
B.Bruziewicz-Miklaszewska (przew. Komisji
Współpracy z Zagranicą) 13.00-15.00

Wtorek

- A.Szmida (skarbnik) 13.00-15.00
J.Kasprzak-Wójtowicz (przew. Komisji Legis-
lacyjnej) 13.00-15.00
W.Bednorz (prezes DIL) 13.00-15.00
M.Mysłow
(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.Kowalsko
(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 Za-
wodowej - T.Heimrath

- czwartek 12.00-13.00

- Przewodniczący Dolnośląskiego Sądu Lekar-
skiego - L.Żynda

- środa 14.00-15.00

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

Spotkania komisji i zespołów proble- mowych

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 Płacy 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. Przyznawania 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. Stwierdzania Prawa Wykony-
wania Zawodu
trzeci poniedziałek miesiąca 13.00

- Dyżury członków Lekarskiej Kasy Pomocy
Koleżeńkiej
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: jelenio-
górskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne- 6000 zł za słowo.

2. 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 września 1993 r.

Projekt winiety: Piotr Kawecki.

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

Batalia o Czerwiakowskiego trwa

Katarzyna Pajdzik

Od ponad trzech miesięcy trwa spór między pracownikami Szpitala im. J. Czerwiakowskiego i mieszkańcami dzielnicy Wrocław Stare Miasto - z jednej strony a Wydziałem Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, którego dyrektorem jest Stanisław Cebrat - z drugiej.

Na spotkaniu w dniu 16 czerwca lekarze ze szpitala im. Czerwiakowskiego dowiedzieli się od dyrektora Cebrata, że planuje on przekazanie szpitala siostron elżbietankom, które po remoncie budynków otworzą szpital z oddziałem położniczym lub rekonwalescencyjnym. Równocześnie dyrektor przyjął propozycję przygotowania przez ZOZ Stare Miasto remontu tegoż szpitala. Ostateczna decyzja w sprawie przyszłości Czerwiakowskiego miała zapadnąć później, po konsultacjach z pracownikami. Termin kolejnego spotkania wyznaczono na 5 lipca.

Zaniepokojeni lekarze powiedzieli o planach dyrektora Cebrata Radę Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Ta jednogłośnie zdecydowała na posiedzeniu w dniu 17 czerwca wystosować pismo z żądaniem wstrzymania jakichkolwiek działań i decyzji dotyczących szpitala do czasu wspólnych konsultacji i rozmów. Pismo otrzymali: wojewoda wrocławski, Wydział Zdrowia UW oraz Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Zamiast odpowiedzi, wspomnianego spotkania i konsultacji lekarze dowiedzieli się, że 30 czerwca Stanisław Cebrat reprezentujący Skarb Państwa podpisał przed Komisją Majątkową w Warszawie ugodę ze Zgromadzeniem Sióstr Elżbietanek. Zgodnie z nią nieruchomości Szpitala im. Czerwiakowskiego w stanie wolnym od obciążeń mają być przekazane nieodpłatnie Prowincji Wrocławskiej ww. zgromadzenia do 31 października. Siostry zobowiązały się przeprowadzić w ciągu 4 miesięcy generalny remont, a następnie na przełomie lutego i marca otworzyć szpital publiczny o profilu wskazanym przez wojewodę wrocławskiego.

Diennikarzom dolnośląskich gazet dyrektor Cebrat tłumaczył, że szpital wymaga remontu, na który Wydział Zdrowia nie ma pieniędzy (potrzeba ok. 1,5 mld zł). Po przekazaniu budynków szpital w dalszym ciągu będzie funkcjonował jako publiczna placówka, filia szpitala Rydygiera, udzielająca pomocy wszystkim ubezpieczonym obywatelom. Zamiast dotychczasowych oddziałów internistycznego i chirurgicznego powstaną oddziały: rehabilitacji dla pacjentów oddziału ortopedycznego (45 łóżek) i rekonwalescencji dla osób wypisanych z oddziału internistycznego (45). W województwie wrocławskim elżbietanki prowadzą już 6 podobnych placówek, według dyrektora Cebrata robią to dobrze i taniej. Alternatywą byłoby - jak podał rze-

chnik prasowy wojewody wrocławskiego - zamknięcie szpitala jeszcze w tym roku, ze względów technicznych (fatalny stan instalacji kanalizacyjnych, wodnych i CO) oraz braku środków w budżecie WZ UW.

Powyższa decyzja zaskoczyła i zbulwersowała mieszkańców Starego Miasta oraz zatrudnionych w szpitalu pracowników.

Rada Nadzorcza ZOZ Stare Miasto w liście z 19 lipca prosi dyrektora Cebrata o udzielenie informacji dotyczących nowej ilości etatów kalkulacyjnych, sposobu zabezpieczenia usług udzielanych dotąd przez szpital, planu wykorzystania kadry zwalnianej grupowo i sposobu sfinansowania jej odpraw oraz wyceny i rozdziału majątku szpitala. Odpowiedzi dyrektora Cebrata były lakoniczne, krótsze nawet od zadanych pytań i niewiele wyjaśniające: *Sprawą zabezpieczenia odpowiedniej ilości etatów zajmie się Zgromadzenie Sióstr św. Elżbiety. Sprawa dostępności usług była wielokrotnie omawiana w obecności dyrektora szpitala im. Rydygiera i dyrektora ZOZ Stare Miasto. Część personelu średniego i obsługi będzie mogła ubiegać się o zatrudnienie w zakładzie przejętym przez zgromadzenie, natomiast lekarze z pewnością znajdą zatrudnienie w innych placówkach służby zdrowia. Sprawę odpraw grupowych regulują przepisy (...). Sprawą majątku, sposobem jego rozdziału itp. - zajmie się Wydział Zdrowia.*

Mieszkańcy Starego Miasta uważają, że decyzja wojewódzkiego władz zlikwidowania szpitala jest niehumanitarna, pozbawia ich pomocy internistycznej i chirurgicznej. Przypisanie 80-tysięcznej liczby ludności dzielnicy Wrocław Stare Miasto do innych "pekających w szwach" szpitali, np. do szpitala im. Rydygiera - jest biurokratycznym pozorowaniem działań - bowiem zdaje sobie Pan sprawę, że taka decyzja nie zwiększy liczby łóżek szpitalnych - piszą w liście otwartym do wojewody wrocławskiego - (...) dla przeciętnych obywateli - bezrobotnych nie z własnej winy, emerytów i rencistów - po likwidacji szpitala zaistnieje sytuacja beznadziejna, pozostaną niejednokrotnie bez pomocy i ratunku dla swojego zdrowia i życia.

Zasadność tych stwierdzeń potwierdzają specjaliści wojewódzcy i lekarze zatrudnieni w Czerwiakowskim. Tych ostatnich najbardziej oburza nie przekazanie szpitala elżbietankom, lecz zmiana profilu placówki: zamiast dwóch oddziałów o podstawowych specjalnościach będzie "klinika o jedynie pomocniczym charakterze".

Obecnie szpital dysponuje 127 łózkami. W ubiegłym roku hospitalizowano w nim 1926 osób, zaś porad ambulatoryjnych udzielono 2110 osobom. Sale są przepełnione, niektórzy pacjenci śpią na korytarzach. Podczas remontu zadania szpitala

przejmą przede wszystkim szpital im. Rydygiera, który utworzy 20 (!) dodatkowych miejsc - 10 na internie i 10 na chirurgii oraz placówki przy ul. Grabszyńskiej i przy ul. Kamińskiego. Decyzja ta wśród lekarzy budzi coraz poważniejszy niepokój o los naszych dotychczasowych podopiecznych, upychanych w innych przepełnionych szpitalach Wrocławia. Specjalista wojewódzki, Stefan Szela twierdzi zaś: *Nie można w mieście redukować ilości łóżek w pionie interny, ponieważ oddziały wewnętrzne (...) znajdują się przeważnie w starych, wyeksploatowanych budynkach i w razie poważnej awarii technicznej jednej jednostki musi być możliwość zapasowego przejęcia przez inną. Na koniec dodaje: na skutek starzenia się społeczeństwa liczba chorych hospitalizowanych w oddziałach wewnętrznych rokrocznie zwiększa się.*

Wojewoda wrocławski jest odmiennego zdania. Twierdzi, że ciasnota w szpitalach świadczy o złym systemie leczenia. Proponuje skrócić czas hospitalizacji. Przypomina, że pod względem łóżek szpitalnych nasze województwo zajmuje drugie miejsce w kraju.

Zastrzeżeń jest więcej.

Czy przekazanie szpitala rzeczywiście będzie tańsze od jego remontu? Już związane z tym szacunkowe konieczne wydatki osobowe wyniosą około 5 mld zł - tak twierdzi dyrektor ZOZ Wrocław Stare Miasto, Ryszard Dziekoński. Według Mariana Kmity (rzecznika prasowego wojewody wrocławskiego) koszty przejęcia wyniosą tylko około 50 mln zł (oświadczenie w Gazecie Robotniczej z 6.09.1993r.).

I wreszcie - czy - zgodnie ze słowami dyrektora Cebrata lekarze z pewnością znajdą zatrudnienie w innych placówkach służby zdrowia?

W najbliższych dniach zostanie podpisana umowa między wojewodą wrocławskim a Zgromadzeniem Sióstr Elżbietanek, która ostatecznie określi profil szpitala.

P.S. Do Rady DIL wpłynęło pismo z Koła DIL przy ZOZ Stare Miasto z pytaniem o możliwość zaskarżenia postępowania Wydziału Zdrowia UW w sprawie Czerwiakowskiego. Radca prawny DIL, mgr Beata Kozyra-Łukasik w swojej opinii wyjaśnia podstawy prawne podpisanej w Warszawie ugody, poniżej przytaczam jej konkluzję:

Skarga na decyzję organu administracji państwowej służby stronie, organizacji społecznej, która brała udział w postępowaniu administracyjnym i prokuratorowi. W związku z powyższym Dolnośląska Izba Lekarska nie jest uprawniona do zaskarżenia wymienionej ugody.

8 lipca

Na spotkanie w dniu 12 lipca, o godz. 16.00 z rektorem Uniwersytetu Wrocławskiego i przedstawicielami Wspólnoty Polskiej delegowano kol. Barbarę Bruziewicz-Miklaszewską.

Zaproponowano ogłoszenie w Biuletynie dwóch konkursów: na nazwę klubu oraz fotografię najbardziej kuriozalnego ogłoszenia lekarskiego.

Kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz wnioskowała, aby lekarze prywatnie praktykujący wypowiedzieli się na łamach Biuletynu, czy są zainteresowani utworzeniem przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej Wzajemnego Towarzystwa Ubezpieczeniowego.

Przypomniano uchwałę Prezydium DIL o zakupie urządzenia do laminowania dokumentów. Za laminowanie legitymacji lekarskich członkowie DIL nie będą płacić.

15 lipca

Kol. Barbara Bruziewicz-Miklaszewska przedstawiła sprawozdanie ze spotkania z przedstawicielami Wspólnoty Polskiej w dniu 12 lipca. Poinformowała o organizowanej przez powyższe stowarzyszenie akcji wysyłki żywności do Wilna oraz o zbieraniu pieniędzy na anteny satelitarne dla Polonii ze wschodu. Kol. B. Bruziewicz-Miklaszewska zaproponowała, by Dolnośląska Izba Lekarska poparła powyższe działania. Prezydium jednogłośnie zdecydowało zakupić jedną antenę satelitarną (za ok. 5-6 mln zł) dla koła lekarzy w dużym ośrodku polonijnym (w jakim konkretnie, zdecyduje Komisja Współpracy z Zagranicą).

Następnie zabrali głos goście - lekarze ze szpitala im. Czerwiakowskiego. (Patrz: s. 3)

22 lipca

Kol. R. Łopuch przedstawił przebieg prac w Radzie Ochrony Zdrowia przy Prezydencie. Wybrano przewodniczących poszczególnych komisji. Komisje będą się zbierać podczas wakacji, we wrześniu przedstawia Lechowi Wałęsie propozycje działań dotyczących ubezpieczeń, cen leków, prywatyzacji i legislacji.

W głosowaniu zdecydowano, że w poszczególnych województwach przy sejmikach samorządowych powstana lokalne rady ochrony zdrowia.

Następnie powiadomiono zebranych, że na ostatnim posiedzeniu gmina miasta Wrocław podjęła decyzję o przejmowaniu służby zdrowia.

Kol. Aldona Białas poinformowała, że Koło DIL w Cieplicach organizuje sympozjum poświęcone ochronie środowiska (10 września), delegatura jeleniogórska chce przygotować spotkanie towarzyszące temu sympozjum. Prezydium zdecydowało, że po przedłożeniu podania zostanie przekazana kwota w wysokości 2 mln zł na dofinansowanie powyższej imprezy.

Kol. Maria Jagas zawiadomiła zebranych o tworzonej przez siebie Dolnośląskiej Fundacji Radioterapii. Wrocławski ośrodek leczy pacjentów z całego Dolnego Śląska, z powodu braku pieniędzy nie można kupić nowego sprzętu i aparatury, jakość leczenia chorych stale pogarsza się. Fundacja zajmie się zbieraniem środków finansowych na zakup sprzętu i modernizację ośrodka. Kol. M. Jagas zaproponowała, aby Dolnośląska Izba Lekarska dołączyła do grona założycieli-fundatorów. Prezydium przyjęło propozycję, jednogłośnie zdecydowano przeznaczyć 1 milion zł na fundusz założycielski.

W sierpniu posiedzenia nie odbywały się.

2 września

O przebiegu sporu w szpitalu im. Czerwiakowskiego we Wrocławiu mówili kol. W. Bednorz i mgr Beata Kozyra-Łukasik - radca prawny DIL. Według wojewody wrocławskiego za przekształcenia w szpitalu odpowiada dyrektor Wydziału Zdrowia, Stanisław Cebrat. Twierdzi on, że po przekazaniu szpitala zakonowi siostr elżbietanek placówka ta nie zmieni swoich funkcji. O przebiegu konfliktu lekarze powiadomili prasę (Gazeta Robotnicza, Słowo Polskie, Gazeta Wyborcza, Polityka).

Następnie powiadomiono zebranych o zmianach kadrowych w szpitalu im. Rydygiera. Dyrekcja zwolniła kardiologa, Witolda Kowalewskiego, nie podając merytorycznego uzasadnienia i nie skonsultowawszy się wcześniej z ordynatorem oraz związkami zawodowymi. Prezydium postanowiło

wystosować pismo protestujące przeciwko takiemu trybowi zwalniania pracowników.

W nowym szpitalu na Brochowie (Wrocław) powstaje laboratorium. Prace prowadzi niemiecka firma, która w przyszłości będzie robiła badania dla szpitala oraz innych placówek. Równocześnie, zgodnie z decyzją dyrektora Stanisława Cebrata, likwiduje się laboratorium w szpitalu przy ul. Traugutta. Dyrektor Wydziału Zdrowia twierdzi, że nowe laboratorium będzie służyło również innym szpitalom. Prezydium postanowiło wystosować pismo protestujące przeciwko powyższym decyzjom.

Działalność dyrektora WZ, przekształcenia w szpitalu im. Czerwiakowskiego oraz sprawa laboratorium na Brochowie budzą kontrowersje i sprzeciw w środowisku lekarskim. NSZZ "Solidarność" Służby Zdrowia wystąpiła o zgodę (i otrzymała ją) na wejście w spór zbiorowy z wojewodą wrocławskim.

O spotkaniu przedstawicieli samorządów lekarskiego, aptekarskiego i pielęgniarskiego z prezydentem Wrocławia mówił kol. Ryszard Łopuch. Prezydent Bogdan Zdrojewski zapewnia, że decyzje dotyczące służby zdrowia będą konsultowane ze środowiskiem medycznym.

W kolejnym punkcie obrad Prezydium omawiało przygotowania do VII Zjazdu Delegatów DIL. Odbędzie się on w dniach 22-23 października we Wrocławiu, w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego przy ul. Pretficza. Kilka firm zgłosiło chęć sponsorowania zjazdu oraz przedstawienia swoich wyrobów na wystawach. Przewodniczący komisji i zespołów problemowych do 20 września mają oddać sprawozdania z działalności w pierwszej kadencji. Zostaną one wydane w numerze specjalnym Biuletynu i rozesłane do wszystkich nowych delegatów.

Kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz zaproponowała nawiązanie kontaktów z morawską izbą lekarską. Prezydium postanowiło wysłać pismo z zaproszeniem na spotkanie.

Kol. Marek Myśkow przedstawił sprawozdanie z posiedzenia Komisji Zdrowia Rady Miejskiej Wrocławia. Uczestniczyli w nim m.in. przewodniczący sejmiku samorządowego - L. Kieres i dyrektor S. Cebrat. Omawiano problemy związane z przekazy-

waniem służby zdrowia gminie Wrocław (jak będą przebiegały specjalizacje, przepływ kadry).

9 września

Pierwsza zabrała głos kol. Helena Marek - przewodnicząca Komisji Rewizyjnej. Poinformowała zebranych o ostatniej kontroli działalności Biura DIL oraz wyników finansowych. Wskazała na potrzebę dołączenia aneksu do budżetu. Zaproponowała powołanie nowej, prężnej Komisji Finansowej. Uważa, że główna księgowa DIL powinna mieć głos opiniodawczy przy podejmowaniu decyzji finansowych.

12 września odbędzie się posiedzenie Naczelnej Komisji Rewizyjnej. Kol. H. Marek ma zamiar poruszyć na nim problem przekazywania należnych Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej pieniędzy za ubiegły rok. Dotychczas wpłynęła tylko jedna rata.

Następnie zabrał głos kol. Andrzej Szmida - skarbnik DIL. Zaproponował następujące zmiany w preliminarzu budżetowym, po stronie wydatki:

- zwiększenie wydatków na klub z 300 mln zł do 500 mln zł;
- zwiększenie osobowego i bezosobowego funduszu płac: z 532 mln zł do 800 mln zł i ze 170 mln zł do 500 mln zł;
- zwiększenie wydatków na ubezpieczenia społeczne z 250 mln zł do 375 mln zł;
- zwiększenie wydatków na czynsz i ubezpieczenia majątkowe z 250 mln zł do 300 mln zł.

W głosowaniu Rada opowiedziała się za przyjęciem powyższych poprawek (za - 27 osób, przeciw - 0, 1 głos wstrzymujących).

Następna poprawka zaproponowana przez skarbnika dotyczyła uchwały podjętej przez Radę o udostępnianiu konta DIL komitetom organizacyjnym zjazdów koleżeńskich absolwentów AM we Wrocławiu. Uchwała powinna zawierać zastrzeżenie, że komitety w określonym terminie mają rozliczyć się ze swoich funduszy. Poprawkę jednomyślnie przyjęto.

W kolejnym punkcie obrad zebrani omawiali przygotowania do VII Zjazdu Delegatów DIL.

W zjeździe będą uczestniczyli nowi delegaci, wybrani w tegorocznych wyborach oraz obecni

członkowie Rady i przewodniczący DRL. Wybiorą oni nowe władze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na kadencję 1994-1997.

Przedyskutowano wstępny projekt programu zjazdu, zdecydowano, że Biuletyn Zjazdowy powinien zawierać, oprócz sprawozdań, pełną listę nowych delegatów oraz uchwałę Naczelnej Rady Lekarskiej o trybie przeprowadzania wyborów.

Kol. Jerzy Paluch i kol. Waldemar Jastrzębski zaproponowali, aby przygotować proporcje: ilu kandydatów może wystawić dane koło lub delegatura. Ponieważ nie ma żadnych rozporządzeń regulujących tę sprawę, zdecydowano ostatecznie, że propozycja ustalenia proporcji zostanie przedstawiona na zjeździe.

Szczegółowymi problemami związanymi z przebiegiem zjazdu zajmie się Komisja Organizacyjna. Swoje wnioski przedstawi do 20 września.

Po raz kolejny podjęto sprawę uchwały o ogłaszaniu się lekarzy. W głosowaniu Rada DIL opowiedziała się za jej wprowadzeniem w życie od 1 października (15 głosów za, 8 - wstrzymujących, ani jednego przeciw). Informacja o wejściu w życie uchwały zostanie wysłana do odpowiednich instytucji.

Zebrani dyskutowali również nad funduszem dla bezrobotnych lekarzy. Do jego utworzenia zobowiązał Radę VI Zjazd Delegatów DIL. W głosowaniu Rada zdecydowała wstrzymać tworzenie funduszu (14 głosów przeciw, 1 - za, nie było wstrzymujących).

(kp)

VII Zjazd Delegatów DIL

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu informuje, że VII Zjazd Delegatów DIL odbędzie się w dniach 22-23 października 1993 roku w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego przy ul. Pretficza 24. Obrady będą toczyły się w godzinach od 8.00 do 20.00.

Organizatorzy zjazdu zaprasza-

ją wszystkich lekarzy na wystawę połączoną ze sprzedażą sprzętu medycznego i dentystycznego, artykułów farmaceutycznych i innych.

W zjeździe będzie uczestniczyć ponad 20 firm polskich i zagranicznych, które przygotowują wiele atrakcyjnych reklam i upominków.

Komisja Współpracy z Zagranicą

Komisja Współpracy z Zagranicą DIL serdecznie dziękuje panu Anatolowi Sienkiewiczowi oraz pani Marii Łysakowskiej za przekazanie prywatnych księgozbiorów. Książki wystaliśmy kolegom lekarzom, uczestnikom I Regionalnego Spotkania Przedstawicieli Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń Lekarskich Krajów Ościennych - Białorusi, Litwy, Łotwy, Estonii i Ukrainy.

Bardzo prosimy, aby wszyscy koledzy, którzy posiadają w swych zbiorach niepotrzebne podręczniki - przysłali je na adres biura DIL.

*Barbara Brużewicz-Miklaszewska
przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą*

Koło Lekarzy Prywatnie Praktykujących

2 października 1993 roku (sobota) o godz. 13.00 w siedzibie DIL odbędzie się zebranie lekarzy prywatnie praktykujących.

Szczególnie prosimy o przybycie lekarzy wyłącznie praktykujących prywatnie, gdyż na zebraniu tym zamierzamy wybrać zarząd Koła Terenowego tej grupy lekarzy.

Teresa Bujko

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej

**z dnia
9 sierpnia 1993 r.**

Po raz kolejny Prezydium NRL jest zmuszone zająć zdecydowane stanowisko w sprawie upadającej opieki zdrowotnej w naszym kraju. Brak całościowej koncepcji reformy ochrony zdrowia, realizacja filozofii ratowania budżetu głównie kosztem poziomu świadczeń medycznych doprowadziły do dramatycznej zapaści całego systemu leczenia. Napływa coraz więcej sygnałów o możliwości zamykania szpitali z powodu braku środków na ich utrzymanie. Placówki służby zdrowia są zadłużone w sumie na wiele bilionów złotych. W większości nie płacą ZUS, a w wielu przypadkach także za prąd i leki.

Dlatego też ponownie opowiadamy się za radykalną i szybką zmianą systemu finansowania opieki zdrowotnej. Środki na służbę zdrowia powinny pochodzić przede wszystkim ze składek ubezpieczeniowych, czyli od potencjalnych pacjentów.

Przez cztery lata budowania demokracji w Polsce żadna z sił politycznych nie doprowadziła do zmian systemowych w służbie zdrowia. Czujemy się w obowiązku przypomnieć - państwo poprzez swoje organa władzy nadal pozostaje w pełni odpowiedzialne za utrzymanie właściwego poziomu profilaktyki zdrowotnej i leczenia.

Ostrzegamy, że utrzymywanie obecnej sytuacji doprowadzi do wybuchu społecznego niezadowolenia na jeszcze większą niż do tej pory skalę. To jest ostatnia chwila na zmiany.

Sekretarz NRL
dr hab.med. Ewa Tuskiewicz-Misztal

Wiceprezes NRL
dr Bożena Pietrzykowska



31 sierpnia odbyło się ostatnie posiedzenie senatu poprzedniej kadencji, na którym poprzedni rektor, prof.dr hab. Zbigniew Knapik przekazał insygnia rektorskie nowemu rektorowi - prof. drowi hab. Jerzemu Czernikowi. Nowy rektor wyraził nadzieję, że wszystkie stany społeczności akademickiej staną się tak mocne jak ogniwa łańcucha, który włożył. Zobowiązał się rządzić w oparciu o ich opinię.

Insygnia przekazane

Posiedzenie nowego senatu zaplanowano na 20 września.

Redakcja Biuletynu dziękuje dotychczasowemu rzecznikowi prasowemu AM, prof. drowi Andrzejowi Steciwce za dotychczasową współpracę. Gratulujemy wyboru na stanowisko prorektora!

Czekamy na nowego rzecznika, którego zapraszamy do równie udanej współpracy.

Redakcja

Dziekan Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłasza

konkurs na obsadę stanowisk adiunktów w niżej wymienionych katedrach i klinikach:

- Katedra i Klinika Otolaryngologii (1 stanowisko adiunkta)
- Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej (1),
- Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej (1),
- Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii (1).

O stanowisko adiunkta mogą ubiegać się osoby ze stopniem naukowym doktora i doktora habilitowanego, które uzyskały pozytywne oceny w zakresie działalności dydaktycznej, naukowej i zawodowej w poprzednim okresie zatrudnienia.

Osoby ubiegające się o zatrudnienie winne posiadać II stopień specjalizacji.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie
2. życiorys
3. spis publikacji
4. kwestionariusz osobowy + 1 zdjęcie
5. odpis dyplomu lekarza
6. odpis dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego
7. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu
8. odpis zaświadczenia o specjalizacji II stopnia
9. zaświadczenie o braku zastrzeżeń ze strony okręgowej izby lekarskiej
10. opinia o dotychczasowej pracy zawodowej.

Podania należy składać: Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Pasteura 1, 50-367 Wrocław

w terminie do dnia 15 października 1993 roku.

Termin rozstrzygnięcia konkursu przewiduje się na dzień 30 listopada 1993 r.

Uwaga! Osoby zatrudnione na stanowisku nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej we Wrocławiu zwolnieni są ze składania dokumentów wymienionych w punktach 1-10.

Zarząd Oddziału Dolnośląskiego Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego uprzejmie zaprasza na **posiedzenie naukowe**, które odbędzie się w dniu 19.10.1993r. o godz. 11.00 w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Narządu Ruchu w Kamiennej Górze.

Tematyka posiedzenia:

1. Prof. S. Jakubowski (Warszawa) - Reumoortopedia jako nieodłączna część postępowania leczniczego w ortopedii.
2. R. Jastrzębski, Cz. Kalinowski - Stabilizacja kręgosłupa drutami przeprowadzonymi pod łukami kręgowymi.
3. R. Jastrzębski - Artroskopia u dzieci - wskazania, specyfika.
4. M. Połoszczański - Neurotomia nerwów zasłonowych w leczeniu PMD.
5. W. Patkowski, M. Połoszczański - Sprawozdanie z pobytu w Children Orthopedic School w Helsinkach.

Sekretarz
Andrzej Majer

Przewodniczący
Jan Bieniek

Palić? Nie palić?

A właściwie dlaczego?

Stefan Krus

Nigdy w życiu nie paliłem i nie znoszę palenia, ale zamierzam mówić źle o tym nałogu na podstawie obserwacji, nie na samym sobie. Argumentacja nawróconych pijaków lub nawróconych palaczy budzi zazwyczaj pobłażliwy uśmiech. Już Boy opisywał jakiegoś byłego "zramolałego moczymordę", zapraszanego na posiedzenie Towarzystwa Abstynentów, aby dostarczał argumentów przeciw. Opowiadał zatem "jak pił, jak przestał pić" itd., czym doprowadzał słuchaczy do rezygnacji z uczestnictwa i do wymykania się do szynku.

"Oszkodliwości palenia tytoniu" mówi również znane opowiadanie Pana Doktora Antoniego Czechowa. Zdarzało mi się, że w odpowiedzi na moje wywody antytytoniowe odsyłano mnie właśnie do tego utworu.

Z tytoniem Europa zapoznała się w połowie XVI wieku. Od tamtego czasu miał on i ma niezliczonych zwolenników i dających się policzyć przeciwników.

Zwolennicy nie wiedzieli, dlaczego tak masowo rzucili się na tytoń i w swej masie nie wiedzą pewnie do dzisiaj. Potoczne odpowiedzi brzmią mniej więcej tak: "papieros wypełnia jakąś pustkę, pozwala czymś zająć ręce, zapobiega tyciu". Błado to wypada, uzbrojcie się Państwo zatem we właściwe argumenty.

Dym tytoniowy zawiera nikotynę i przyjemne doznania płynące z palenia papierosów zarówno w sferze psychicznej, jak i somatycznej, od niej właśnie zależą. Wstrzyknięcie 1,5 mg substancji przynosi palaczowi doznanie przyjemności i pewnej euforii, natomiast człowiek niepalący odczuwa to niemiło.

Nikotyna wdychana z dymem papierosa osiąga szczyt stężenia w tkankach po 5-10 minutach, okres jej półtrwania u palaczy wynosi około 2 godzin. Ulega ona przemianie w kotyninę, związek o minimalnym działaniu na ustrój.

Nikotyna obniża ciśnienie, zwalnia tętno (zwłaszcza po pierwszym papierosie w danym dniu), zmniejsza napięcie mięśni szkieletowych, amplitudę EEG i EMG oraz głębokie odruchy ścięgniowe. W dawkach przyjmowanych przez przeciętnego palacza łagodzi drażliwość, znosi poczucie obawy i depresji, ułatwia zapamiętywanie i zwiększa wrażliwość na bodźce, obniża agresywność, zmniejsza apetyt. Człowiek zyskuje dobre samopo-

czucie nie płacąc za to, jak w przypadku alkoholu lub narkotyków, utratą świadomości albo spadkiem efektywności. Właściwości te zapewniałyby nikotynie pozycję idealnego leku pobudzającego, gdyby nie zagrożenia, którym nie jest winna. Z wymienionych względów, w obrzędach religijnych Indian stanowiła ona odpowiednik wina z liturgii katolickiej.

Nikotyna zmniejsza masę ciała, na co zwracają uwagę głównie kobiety: palaczowi mniej chce się jeść, ma przyspieszoną przemianę. Zmniejszeniu zasobów tłuszczu nie towarzyszy utrata białek i wody, zwiększa się wytwarzanie ciepła. Porzucenie palenia kończy się przytępieniem, zwłaszcza wśród pań, bo narasta apetyt przede wszystkim na słodkie.

Wielu palaczy twierdzi, że nikotyna ułatwia im koncentrację w pracy. Podany szczerzowi doświadczalnemu związek ten wzmacnia wydolność fizyczną.

Przeciwnicy palenia nie mieli w ubiegłych stuleciach żadnego pojęcia o niekorzystnym wpływie tego nałogu na ustrój. Ustalanie ich zajęło paręset lat, a wyniki dadzą się streścić w następujący sposób: oprócz nikotyny dym tytoniowy zawiera jeszcze 3999 innych składników, w tym:

- pochodne smoły pogazowej, nitrozaminy, benzopiryren, aldehyd mrówkowy i arsen, a więc związki rakotwórcze;

- tlenek węgla, który nasila niedotlenienie, a więc skutki niedokrwienia, np. z powodu miażdżycy; zwiększa tendencję erytrocytów i płytek do zlepiania się, co pogarsza przepływ, z efektem jak wyżej; uszkadza śródbłonek, a więc ułatwia zakrzepicę.

W przetłumaczeniu na język codzienności palenie:

- nasila miażdżycę, zwłaszcza wieńcową, i sprzyja zakrzepicy, co przysparza zawałów mięśnia sercowego,

- ułatwia rozwój rozedmy, tej prawdziwej, zabijającej, bo przyczynia się do przewlekłych nieżytów oskrzeli i hamuje alfa-1 antytrypsynę,

- naraża młodych mężczyzn na chorobę Burgera,

- zwiększa zagrożenie wrzodem żołądka i utrudnia jego gojenie się,

- zwiększa zagrożenie rakiem oskrzela, krtań, trzustki, pęcherza moczowego i części pochwowej szyjki macicy,

- u kobiet palących, stosujących doustne środki antykoncepcyjne zagrożenie zakrzepicą jest większe niż u niepalących,

- palenie w czasie ciąży zmniejsza u noworodka masę ciała przeciętnie o 200 g, zwiększa śmiertelność płodów,

- menopauza zaczyna się przeciętnie o 2 lata wcześniej,

- dzieci palących rodziców, jako bierni palacze, częściej cierpią na choroby układu oddechowego.

Wszystko to powoduje na świecie 2,5 miliona przypadków przedwczesnej śmierci rocznie (jeden zgon co 13 sekund). Dwa i pół miliona rocznie! Jest nas 5 miliardów, z powodu palenia umiera zatem 0,5 promila.

Ocenia się, że wśród palaczy zapada na wyliczone choroby i umiera 500-1000 osób na 10.000 (0,5-1 promila). Wobec niewielkiego zorientowania w całej materii większość palaczy nie czuje niebezpieczeństwa, "może trafi nie mnie, ale kogoś". Dlatego ewentualne wprowadzenie prohibicji na tytoń nie rokuje zamierzonego rezultatu. Pamiętajmy o fiasku prohibicji na alkohol!

Nasuwa się pytanie, dlaczego nawyk tak przyjemny dla wielu osób wywołał potężny sprzeciw władców z XVI, XVII i XVIII wieku. W Anglii palaczy oprowadzano po ulicach w obroży, w Szwajcarii przywiązywano do pęcherza, w Rosji bito kijem albo pozbawiano nosów. Nie chodziło chyba o to, aby zmusić ich do bycia zdrowymi. Wyobraźnia podpowiada, że palacze pewnie powodowali liczne pożary (krzesiwo, hubka, ciasnota w mieszkaniu i w mieście). Wyłania się więc problem społeczny. Poeta - Andrzej Morsztyn - powiada w jakiejś fraszce o "feto-rze z ust", z powodu którego "obrzydzenia nabrawszy panie podzielały stanowisko Lizystraty".

Czy jest szansa zwalczania i sens zwalczania palenia tytoniu?

Metoda Lizystrat jest skuteczna, ale obojętna.

W warszawskim Anatomicum znajduje się napis, informujący, że Klub Niezłomnych Palaczy wstrzymuje zapisy, ponieważ jego członkowie już mają zawały, wrzody, raki itp. i nie zamierzają dzielić się tym sukcesem z nikim więcej. Chmura dymu w holu jest jednak od pewnego czasu jakby mniejsza.

ciąg dalszy na str.20

Między pragnieniami a rzeczywistością

(część I)

Rita Kielhorn (Berlin)

Aby zrozumieć innych ludzi musimy poznać motywy, które określają ich zachowanie i doznania. Znaczy to widzieć chorego w jego świecie. (Thure v. Uexkull)

Przytoczone powyżej słowa znaczą, że należy uświadomić sobie, z jakimi oczekiwaniami i życzeniami pacjenci odwiedzają lekarza. To znaczy także, że należy uświadomić sobie, jakiego typowego, idealnego pacjenta my lekarze chcielibyśmy widzieć w swoim gabinecie. Czyli jakie oczekiwania i pragnienia mamy w stosunku do naszych pacjentów.

A więc my lekarze chcielibyśmy, by pacjent był w pełni sił psychicznych, zdyscyplinowany, niezależny, zorganizowany, sprawnie omawiający swoje dolegliwości, nie narzekający, nie nudny, nie powtarzający skargi. Nie powinien wydawać poleceń ani żądać nowych metod leczenia wyczytanych w gazetach. Winien natomiast znać na pamięć swoje leki i nazwiska leczących go lekarzy. Powinien przestrzegać zaleceń i być gotów do wszelkich badań diagnostycznych. Powinien być łatwy do pielęgnacji. Najlepiej byłoby, gdyby zachowywał się jak zdrowy, ale gdy to już nie jest możliwe, to oczekujemy by jego objawy i dolegliwości dobrze pasowały do zdefiniowanej choroby.

Czy istnieją tacy pacjenci? Czy musimy zgodzić się z rozbieżnością pomiędzy naszymi oczekiwaniami a rzeczywistością?

W miejsce pacjenta zdyscyplinowanego, dobrze zorganizowanego, niezależnego, w pełni sił psychicznych mamy często do czynienia z pacjentem niezdyktynowanym, niepunktualnym, który zapomina terminy wizyt, nazwy leków i nazwiska współleczących lekarzy, który niezgrabnie, powoli rozbiera się i ubiera, mówi nie na temat, wymaga od nas różnych zaświadczeń lekarskich, wniosku o rentę, o emeryturę, o sanatorium, który nie chce porzucić szkodliwych przyzwyczajęń. Stanowczo nie ma zamiaru zaprzestać palenia, picia, obfitego jedzenia, nieruchawego trybu życia. Przytakuje, nie rozumiejąc o co chodzi i postępuje po swojemu. Zdarza się, że właśnie ten pacjent, którym szczególnie zajęliśmy się, który stał się nam bliski, niespodziewanie poszukuje innego lekarza, a my jesteśmy rozczarowani i urażeni.

Drepczemy koło pacjenta w miejscu, uruchamiając co się da: laboratorium, EKG, rentgen, USG, ale nasze wysiłki są daremne. Pacjent nadal nie czuje się lepiej. My czujemy się sfrustrowani, przełamując nasze zniechęcenie, przechodzimy do następnego pacjenta i mówimy o niedobrej współpracy. Nasze oczekiwania są dalekie od rzeczywistości. Najwyższy to czas, aby poznać prawdziwe oczekiwania, pragnienia i potrzeby.

A jakie są jego życzenia? On nie chce długo czekać na wizytę, ale uważa, że lekarz winien mieć dużo czasu dla niego, że winien spełniać jego życzenia, przepisywać drogie lekarstwa, dawać zwolnienia, chce być traktowany z uwagą i zrozumieniem. Lekarz winien go dobrze znać, pamiętać jego nazwisko, powinien rozmawiać jak z równym sobie, ale jednocześnie mieć autorytet i powiedzieć, jak ma postępować, aby ustąpiły jego dolegliwości. Pacjent obawia się groźnego schorzenia, czuje się bezradny i niepewny. Nikt nie życzy sobie poważnej choroby, ale każdy chciałby być poważnie traktowany przez lekarza. (cytat z: Muschg, A. 1986, "Was mir fehlt. Plädoyer eines Psychosomatikers für die Heilkunst").

My lekarze chcemy pomagać cierpiącym, ale oni powinni cierpieć wyłącznie według wyobrażenia lekarza. Najchętniej lekarz sam

decydowałby, jakie objawy mają występować. "Wylolbrzymia swoją chorobę...", "Jemu nic nie jest...", "Jemu nic nie brakuje...", słyszy się często wśród lekarzy w grupach balintowskich. Pacjent z zaburzeniami psychosomatycznymi pozostaje często bez skutecznej pomocy. Ma mało szans, by być traktowanym poważnie.

Widzimy, że po obu stronach są życzenia, potrzeby i oczekiwania. W zasadzie jest to coś pozytywnego, ale czy lekarz musi spełniać wszystkie życzenia, aby relacja pomiędzy nim i pacjentem była efektywna? Czy jest Świętym Mikołajem? Czy współnikiem chorego? Według W. v. Weizsäckera lekarz nie jest ani wodziem ani mędrce, lecz jest tylko lekarzem, to znaczy nie tym, który "dokonuje", lecz tym który "umożliwia" wyleczenie. Nie decyduje, lecz pomaga choremu podejmować decyzje.

Jest to wejście w taką relację, interakcję z chorym, którą lekarz może uczynić korzystną dla rozpoznania i leczenia, a w której jednocześnie sam pozna wiele własnych wyobrażeń i emocji.

Relacja międzyludzka powstaje z reguły wtedy, gdy spotykają się dwie lub więcej osób i świadomie lub nieświadomie na siebie oddziałują.

Relacja w gabinecie lekarskim winna być akceptująca, otwarta, szczerą, poważną, uczciwą, godną zaufania, empatyczną, szanującą godność, uważną, fair. Aby to osiągnąć niezbędna jest umiejętność przyglądania się pacjentowi, przysłuchiwanie, spostrzegania oraz wczuwania się i pozwolenia mu na otwarcie się, mając stałe na celu zrozumienie go bez chęci narzucania własnych przekonań i wartości. W takiej relacji można zmienić zachowanie pacjenta, ale tylko w ramach możliwości, jakie daje jego zaplecze socjalne i kulturalne oraz jego stan psychiczny i fizyczny.

Osiągnięcie tego wymaga także wcześniejszego zaobserwowania własnej struktury współodczuwania. Zrobić to można w samodoświadczeniu lub skuteczniej uczestnicząc w grupie balintowskiej. Balint mówi o ograniczonej lecz istotnej zmianie osobowości lekarza, jaką można uzyskać przez udział w treningu opisanym przez niego. Przez refleksję uczestników grupy nad relacją z pacjentem lepiej rozumiemy uczucia, które pacjent w nas mobilizował, a zatem lepiej rozumiemy samych siebie. W konsekwencji lekarz dochodzi do głębszego zrozumienia, że nie chodzi o niego, nie o zaspokojenie jego ambicji, np. przez wyniki terapii, lecz, że swoją osobowością, wiedzą zawodową i ludzkim podejściem służy pacjentowi.

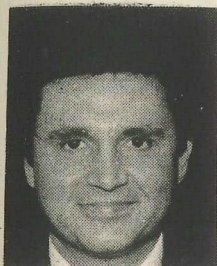
W uczuciach, które powstają przy spotkaniu dwojga ludzi, także przy spotkaniu lekarza z pacjentem, są zawarte elementy pochodzące ze źródeł biograficznych. Nazywamy to zjawisko przeniesieniem uczuć. Pacjenci utożsamiają lekarza z najważniejszymi osobami i sprawami ze swojego życia i przenoszą na lekarza uczucia, jakie do tych osób żywili. Są to ich nieświadome fantazje. Te uczucia pacjenta wywołują u lekarza reakcje uczuciowe skierowane na pacjenta, które nazywamy przeciwrzuceniem.

ciąg dalszy na str. 20

19 września - wybory do Sejmu i Senatu

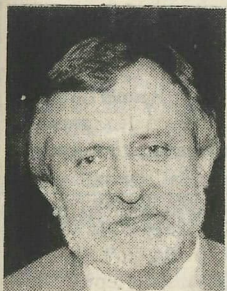
dalszy ciąg ze str. 1

Kandydaci na posłów przedstawiali swoje programy dotyczące służby zdrowia, następnie odpowiadali na pytania zebranych.



Andrzej Schuetz

Andrzej Schuetz (lat 34, chirurg, działacz Stronnictwa Demokracji Polskiej) domaga się gruntownej reformy służby zdrowia przez: tworzenie kas chorych i zapewnienie samofinansowania się służby zdrowia, promowanie instytucji lekarza domowego, zwiększenie roli profilaktyki (skuteczniejszej i tańszej od leczenia), zmiany organizacyjne i kontraktowy system zatrudniania.



Włodzimierz Bednorz

Włodzimierz Bednorz (lat 48, endokrynolog, bezpartyjny) chce uzdrowienia służby zdrowia poprzez wprowadzenie systemu ubezpieczeń społecznych, zmiany organizacyjne, przejmowanie lecznictwa przez samorządy terytorialne, tworzenie konsorcjów, lepsze zarządzanie i opłacanie pracowników służby zdrowia.

Tomasz Piss (lat 41, psychiatra) uważa



Tomasz Piss

za konieczną maksymalną prywatyzację służby zdrowia - częściowo przez gminy, będzie również walczył o sprywatyzowane, dobrowolne ubezpieczenia społeczne.

Alina Lasota-Czopnik (lat 51, kardiolog) opowiada się za bezpłatną służbą zdrowia, wprowadzeniem pośredniego modelu ubezpieczeń społecznych (etapami), dostępnością do tanich leków. Chce



Alina Lasota-Czopnik

zając się uporządkowaniem praw pacjenta, wprowadzeniem do konstytucji praw dla zawodu lekarza. Wskazuje na problemy związane z bezrobociem wśród lekarzy. Domaga się ochrony polskiego



Tomasz Szepielowski

rynku farmaceutycznego, oddłużenia służby zdrowia, gwarancji płacowych dla lekarzy, większych nakładów na służbę zdrowia.

Tomasz Szepielowski (lat 60, pracow-



Radosław Ostapiuk

nik naukowy, popierany przez Związek Sybiraków) sądzi, że reforma służby zdrowia jest niezbędna, należy zmienić

system finansowania jej (nie poprzez narzucany budżet). Lekarze powinni więcej zarabiać. Konieczne są zmiany organizacyjne.

Radosław Ostapiuk (lat 37, ortopeda i



Ewa Mróz

traumatolog) jest współtwórcą projektu ubezpieczeń zdrowotnych, przeszedł Radzie Nadzorczej ZOZ Śródmieście oraz Fundacji na Rzecz Osób Niepełnosprawnych.



Marek Kochański

Ewa Mróz (lat 55, lekarz mikrobiolog) opowiada się za powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych i kasami chorych oraz generalnymi zmianami w służbie zdrowia. Rząd powinien zapewniać minimalny poziom zdrowia. Powołana przez MEN do zespołu pracującego nad nowelizacją ustawy o szkolnictwie.

Marek Kochański (lat 47, internista, bezpartyjny), jeśli zostanie wybrany posłem, będzie dążył do pełnej reformy systemu ubezpieczeń społecznych: rozdzielenia funduszu rentowego i opieki zdrowotnej, stworzenia możliwości wyboru przez obywatela zakresu ubezpieczenia i opłacanej stawki ubezpieczenia. Chce pełnego zrównania sektorów: prywatnego, spółdzielczego i publicznego w służbie zdrowia.

Spotkanie prowadził olesnicki delegat, Andrzej Wojnar. Na zakończenie życzył kandydatom sukcesu w wyborach, a tym, którzy zasiądą w przyszłym parlamencie - stworzenia silnego lobby posłów - lekarzy.

Katarzyna Pajdzik

ETOS LEKARZA

Arnold Gubiński

komentuje

"Kodeks etyki lekarskiej"

Jakość opieki medycznej

Art. 9

Lekarz powinien z należytą starannością przeprowadzać postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze, poświęcając temu konieczny czas.

Art. 9 mówi o rzeczy, która jest oczywista, ale która winna stać się przypomniana, bo od niej w istotnym stopniu zależy jakość opieki medycznej. Stawia, że lekarz powinien z należytą starannością przeprowadzać postępowanie diagnostyczne, lecznicze, zapobiegawcze, poświęcając temu konieczny czas. Staranność jest nieodłącznym elementem dobrej roboty. Zastosowanie właściwej metody leczenia może nie dać spodziewanych wyników, jeśli przy dokonaniu czynności leczniczej nie wykaże się należytej uwagi, troski o sprawne wykonanie czynności, koncentracji, słowem staranności. Staranność nie oznacza powolności, kunktatorstwa, przedłużenia czasu czynności ponad potrzebę, ale nieuzasadniony pośpiech stanowi jej zaprzeczenie. Brak staranności, pośpieszne wykonywanie czynności rzutuje też na ocenę pacjenta, który może to odczytać

jako lekceważący stosunek do swych obowiązków i do chorych ze strony lekarza. Oczywiście są wypadki, gdy pośpiech jest niezbędny, gdy trzeba działać szybko, by niebezpieczeństwu zapobiec lub by móc na czas udzielić pomocy kolejnemu oczekującemu choremu. Ale i przy zaistnieniu sytuacji wymagającej pośpiechu należy uczynić wszystko co możliwe, by zachować poprawność przy wykonywaniu czynności, okazać staranność.

Art. 10

Nie wolno podejmować leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość.

Zasadą jest w myśl art. 10, że nie wolno podejmować leczenia bez uprzedniego zbadania pacjenta. Wyjątki stanowią nagłe sytuacje, gdy doraźna pomoc lekarska w formie porady może być udzielona wyłącznie na odległość. Odstępstwo dotyczy sytuacji, gdy przeprowadzenie badania osobiście nie jest możliwe z uwagi na istniejące okoliczności. Dotyczyć to

może wypadku, gdy zachorował marynarz na statku, jego stan zdaje się wskazywać na potrzebę udzielenia mu niezwłocznej pomocy, a kontakt z lekarzem możliwy jest drogą radio-telefoniczną. To samo dotyczy wypadków na stałym lądzie, gdy sytuacja jest krytyczna, a dotarcie na miejsce jest niemożliwe, względnie najprawdopodobniej okazałoby się spóźnione. Leczenie bez uprzedniego zbadania, poza wyjątkowymi sytuacjami, stanowiłoby przewinienie zawodowe, choćby nawet zastosowane leczenie byłoby prawidłowe. Lekarz wydający poświadczenie o aktualnym stanie zdrowia pacjenta winien opierać się na wynikach przeprowadzonego badania przez siebie lub innego lekarza - w przeciwnym wypadku naraża się również na odpowiedzialność zawodową. Nie dotyczy to zaświadczenia dotyczącego stanu zdrowia w przeszłości. Może być ono wydane w oparciu (i z powołaniem się) na dokumentację lekarską znajdującą się w aktach chorego.

Prof. Arnold Gubiński
prawnik,

ekspert przy Naczelnej Radzie Lekarskiej

Informacje Austriackiej Izby Lekarskiej dla lekarzy zagranicznych o podejmowaniu pracy w Austrii

Lekarz-cudzoziemiec w Austrii

Możliwości prawne:

1. Niesamodzielnie i tylko w celu kształcenia podyplomowego (tzn. pod kierownictwem i nadzorem), a mianowicie:

- w klinikach uniwersyteckich i instytutach uniwersyteckich (za zgodą zarządu kliniki)

- w autoryzowanym szpitalu/zakładzie szkoleniowym (za zgodą Federalnego Ministerstwa Zdrowia, Sportu i Ochrony Konsumentów, Radetzkystr. 2, 1031 Wien) - wykaz zakładów szkoleniowych można uzyskać z "Biura Prasowego i Wydawnictwo Austriackiej Izby Lekarskiej", Weihburgg. 10-12, 1010 Wien, tel. 512-12-03.

Lekarz musi spełniać wymagania fachowe, warunkujące wykonywanie za-

wodu lekarskiego w tym kraju, w którym uzyskał uprawnienia.

Pośrednictwo Austriackiej Izby Handlowej w uzyskaniu miejsca nie jest niestety możliwe. Prosimy zwracać się bezpośrednio do wybranych szpitali; szanse na uzyskanie wolnego miejsca są jednak małe.

2. W wyjątkowych przypadkach - a mianowicie tylko przy braku austriackiego kandydata - Federalne Ministerstwo Zdrowia, Sportu i Ochrony Konsumentów, Radetzkystr. 2, 1030 Wien, udziela lekarzowi zagranicznemu (przy udowodnionym porównywalnym wykształceniu praktycznym) odwoływalnej zgody na samodzielne wykonywanie zawodu lekarza praktykującego względnie lekarza specjalisty w określonym miejscu.

3. Nieograniczona samodzielna działalność lekarza praktykującego względnie lekarza specjalisty w wolnym gabinecie lekarskim lub szpitalu wymaga spełnienia następujących wymagań:

- dowód obywatelstwa austriackiego,
- uzyskany w austriackim uniwersytecie doktorat medycyny ogólnej lub równorzędnym, uzyskany za granicą i nostryfikowany w Austrii doktorat,
- dowód praktycznego - porównywalnego z wymaganym w Austrii - wykształcenia lekarza praktykującego (3 lata) lub lekarza specjalisty (6 lat) względnie lekarza specjalisty stomatologa/chirurga szczękowego (2 lata).

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

Świadkowie Jehowy o leczeniu krwią

(część II)

dalszy ciąg ze str. 1

Karta "Żadnej krwi!"

Chory nieprzytomny przywieziony na izbę przyjęć ma przy sobie własnoręcznie podpisaną, potwierdzoną przez świadków i uaktualnianą co roku kartę "Żadnej krwi!" z zawartym wewnątrz oświadczeniem dla służby zdrowia. Stwierdza ono, iż jego właściciel bez względu na okoliczności nie zgadza się na żadną formę transfuzji krwi i że nie będzie dochodził roszczeń ani ustalania odpowiedzialności szpitala i jego personelu za ewentualne szkodliwe następstwa wynikłe z ich postępowania zgodnego z treścią oświadczenia. Jakkolwiek w wypadku chorego nieprzytomnego zakłada się jego dorożumianą zgodę na przeprowadzenie zabiegu, to o domniemaniu takiego przyzwolenia nie może być oczywiście mowy w sytuacji gdy, chory przed utratą przytomności wyraźnie odmówił zgody na zabieg operacyjny czy inny zabieg o charakterze leczniczym z nim związany. Z taką sytuacją mamy do czynienia, gdy pacjent Świadek Jehowy wyraźnie zastrzegł przed utratą przytomności ustnie lub na piśmie, iż w żadnej sytuacji nie wyraża zgody na przetaczanie krwi lub stosowanie środków krwiopochodnych. Przez analogię warto nadmienić, że w świetle art. 24 p. 2 Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej nie można domniemywać zgody na pobranie narządów, jeśli osoba zmarła wyraziła za życia sprzeciw w tej sprawie.

Świadkowie Jehowy traktują podanie im krwi wbrew ich woli jako gwałt. Oto tymu odpowiedź na pytanie, jakie następstwa wywoła to u pacjenta: "Jeśli wbrew mojej woli dostanę krew, będzie to równoznaczne z gwałtem. Do końca życia będę ponosił emocjonalne i duchowe następstwa tej napasli. Ze wszystkich sił stawię opór takiemu naruszeniu nieetykalności cielesnej, a sprawców będę ścigał sądownie jak w wypadku gwałtu".

Dar życia czy autonomia pacjenta ?

Niezależnie od kwestii prawnych należy zwrócić uwagę na stronę etyczną w sytuacji, gdy lekarz ma do czynienia z chorym, który będąc w pełni władz umysłowych odmówił zgody na przetoczenie krwi, a noszeniem przy sobie pisemnej deklaracji w dalszym ciągu komunikuje swój sprzeciw wobec transfuzji. Jak pisze T. Brzeziński, lekarz winien uczynić wszystko, aby szanując wolę chorego, jednocześnie nie zaprzestać walki o życie. Wiem, że często, w braku możliwości kontaktu z nieprzytomnym chorym, wartość życia wydaje się ważniejsza od autonomii pacjenta. Lekarz podejmujący decyzję wbrew tej autonomii winien być świadom, że ofiarując choremu dar w

jego przekonaniu najcenniejszy - dar życia, może odebrać mu to, co dlań jest wielokrotnie cenniejsze - poczucie więzi religijnej, rodzinnej, poczucie własnej godności i nadziei na szczęśliwe życie wieczne. Oddanie życia za Ojczyznę, za wiarę, w obronie honoru - to także wybór między wartościami. Nie do lekarza należy rozstrzygnięcie, która z nich jest większa. Dorosły, w pełni świadomy swego wyboru człowiek ma prawo dokonać go sam."

Sumienie lekarza, komitety łączności ze szpitalami

Świadkowie Jehowy zdają sobie sprawę, że sumienie lekarza każe mu według najlepszej wiedzy ratować życie. Kiedy chory nie wyraża zgody na leczenie, które w ocenie lekarza jest dla niego najlepsze, może się wytworzyć napięta sytuacja. Chcąc pomagać w takich wypadkach, Świadkowie Jehowy utworzyli Komitety Łączności ze Szpitalami. Celem komitetów jest śledzenie i upowszechnianie informacji o leczeniu alternatywnym oraz pomoc w takim kierowaniu ruchem chorych, by trafiali oni do lekarzy podejmujących się leczyć z uwzględnieniem ich przekonań.

Świadkowie Jehowy śledzą przeszło 3600 czasopism medycznych, co pozwala im gromadzić i upowszechniać informacje o leczeniu alternatywnym. Mamy nadzieję, że będzie to torować drogę lepszym rozwiązaniom, pozwalającym na unikanie krwi homologicznej, co ma nie małe znaczenie wobec postępującego ograniczania wskazań do transfuzji, rosnących kosztów leczenia krwią oraz braku dawców.

Sondaż opinii wśród lekarzy

Prócz tego prowadzimy sondaż opinii wśród lekarzy za pomocą ankiet. Każdy może odpowiedzieć w nich osobiście, czy na ogół podjąłby się leczenia bez krwi i środków krwiopochodnych w wypadkach nagłych, w wypadkach planowanych, u dorosłych i u dzieci. Uzyskane w ten sposób dane traktujemy poufnie i udostępniamy je jedynie chorym - Świadkom Jehowy - którzy akurat potrzebują konkretnej pomocy. Dzięki temu pacjenci owi mogą trafić do tych lekarzy, którzy podjęli się leczyć z uwzględnieniem ich przekonań. Rozwiązanie takie uwzględnia więc sumienie lekarza, gdyż ruch chorych omija tych, którzy z różnych przyczyn nie podejmują się leczyć chorego bez podawania krwi.

Międzynarodowa sieć komitetów

Komitety Łączności ze Szpitalami istnieją w 63 krajach, tworząc sieć międzynarodową. W Polsce jest ich 13, powstały

w 1991 roku. Działają w miastach będących siedzibami akademii medycznych oraz w niektórych większych miastach wojewódzkich. Według wstępnego szacunku pomogły już w setkach przypadków, w których pojawiły się trudności w leczeniu pacjentów tego wyznania.

Postępowanie ze Świadcami Jehowy w szpitalu

Na podstawie rozmowy z chorym, a jeśli jest nieprzytomny - z osobami, które uprzednio wskazał, oraz posiadanego wykazu metod alternatywnych można ustalić następujące postępowanie:

1. Leczenie alternatywne bez podawania krwi homologicznej.

2. Konsultacja z lekarzem pracującym w tym samym szpitalu i mającym doświadczenie w stosowaniu metod alternatywnych. Leczenie bez podawania krwi.

3. Kontakt z miejscowym Komitetem Łączności ze Szpitalami, który wskazuje takiego konsultanta w innym szpitalu.

4. W razie potrzeby i zanim stan chorego zacznie się pogarszać - przeniesienie go do innego szpitala, gdzie zaopiekuje się nim lekarz uwzględniający przekonania tych pacjentów. Komitet Łączności ze Szpitalami w miarę możliwości wskazuje taki szpital.

5. W rzadkich wypadkach, gdy wydaje się konieczne uzyskanie nakazu sądowego - jak najszybsze powiadomienie chorego, rodziców (lub opiekunów) o zamiarze powzięcia takiego kroku. Pozwoli to na przeprowadzenie właściwego postępowania sądowego oraz umożliwi sądowi wysłuchanie obydwu stron. Dzięki temu sąd będzie mógł powziąć decyzję po rozważeniu wszystkich czynników, uwzględniając możliwość leczenia alternatywnego bez podawania krwi.

Pacjenci ambulatoryjni, u których przewiduje się leczenie krwią podczas planowanego pobytu w szpitalu, mogą być od razu kierowani do placówek lecznictwa otwartego przy ośrodkach stosujących leczenie alternatywne. Komitet Łączności ze Szpitalami może wskazać również te placówki.

Mamy nadzieję, iż te propozycje ułatwią współpracę między Świadcami Jehowy a lekarzami, którzy ich leczą. Mogą się też przyczynić do wypracowania metod leczenia alternatywnego, z których zaczną korzystać inni chorzy, nie będący Świadcami Jehowy, a także utorować drogę do respektowania praw pacjenta i pozytywnej współpracy lekarza z chorym.

Materiały przekazane przez
Macieja Przestalskiego,
przewodniczącego Komisji Etyki
oraz Komisji Skarg i Wniosków

Nasi drodzy profesorowie i my - studenci I powojennego roku studiów lekarskich we Wrocławiu

(odcinek III - ostatni)

Bożenna Zawirska

Może kiedyś i pamięć tego miła będzie...

Wergiliusz: Eneida

Szczególą aurą był otoczony prof. Antoni Falkiewicz, świetny diagnosta, zwany ogólnie Antonim Czarodziejem. Jego naczelną zasadą było: "Salus aegroti suprema lex" i tej zasadzie podporządkowywał wszystko. Pracę rozpoczynał o godz. 6 rano, około godz. 14 krótko drzemał w swoim gabinecie, a potem pracował do wieczora. Badając osłuchowo chorych używał stetoskopu, a czasem tylko własnego, doświadczonego ucha. Jego wykłady z chorób wewnętrznych cieszyły się takim uznaniem, że już znacznie wcześniej sala była szczelnie wypełniona. Słyszę jego niski, dobitny głos wyjaśniający obrazowo neurosis vegetativa: *To jest - proszę kolegów - wóz zaprzężony w dwa konie, z których jeden ciągnie wóz do przodu, a drugi zaprzężony od tyłu ciągnie go w przeciwną stronę. Więc co będzie się działo z takim wozem? Będzie szar - szar - kończyliśmy: - pany.* Przestrzegał punktualności. Do kliniki przychodził też w niedzielę. Pewnego razu nie zastał rano dyżurnego asystenta w osobie dra Weissgla, wobec czego sam rozpoczął wizytę. W jakiś czas potem zjawił się dr Weissglas, który był Izraelitą, a aparycja przypominał postać z reklam pióra Pelikan okresu międzywojennego. Prof. Falkiewicz już miał go skarcić, gdy usłyszał nieśmiałe wyznanie: *Jeżeli powiem, że byłem na mszy, to Pan Profesor i tak mi nie uwierzy.* Prof.

Falkiewicz, znany z poczucia humoru, tylko się roześmiał.

Niezapomniany prof. Edward

Szczekliak służył nam zawsze pomocą, a jego skrypt-podręcznik z zakresu diagnostyki ogólnej chorób wewnętrznych był dla nas istotnym ułatwieniem w nauce.

Doc. Alfred Tuszkiewicz zapoznawał nas z najnowszymi osiągnięciami endokrynologii i chorobami zawodowymi.

Postacją spowitą w legendę był prof.

Teofil Zalewski, otolaryngolog, senator II Rzeczypospolitej, o aparycji hiszpańskiego granda, z siwą, szpiczastą bródką. Do prawdziwych rzadkości można było zaliczyć złożenie egzaminu za pierwszym podejściem, co dotyczyło nie tylko nas, ale - zgodnie ze wspomnieniami naszych profesorów z Uniwersytetu im. Jana Kazimierza we Lwowie - także i ich. Prof. Zalewski ekscytował się łatwo i lansował różne "michałki", które staraliśmy się usilnie przyswoić. Krążyła taka oto anegdota, jeszcze z czasów lwowskich: Profesor żąda od studenta określenia w dwu słowach ucha wewnętrznego. Oczywiście nikt spośród studentów takiego określenia nie potrafił podać i jeden za drugim wychodzili bez zaliczenia egzaminu. W końcu zwrócono się o pomoc do ówczesnego doc. Wiktora Jankowskiego, uosobienia życzliwości i wykwintu, który - podobnie jak wszyscy lekarze kliniki, której był potem kierownikiem, zwracał się do chorych per "kiciu". Doc. Jankowski zapytał prof. Zalewskiego: *Od dłu-*

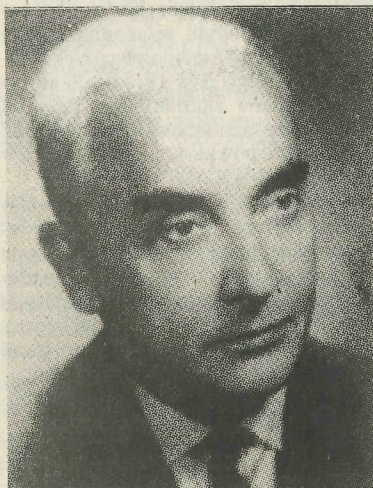
szego czasu głowie się bezskutecznie nad zwięzłą definicją ucha wewnętrznego.... Na to profesor: Jak to - nie wie Pan?! Czop kostny! I to wystarczyło. Kolejni studenci dla niepoznaki wpadali w głębokie zamyślenie i w końcu odpowiadali Chyba czop kostny. Prof. Zalewski był zadowolony, ale do czasu. Wreszcie poirytowany krzyknął: *Ach tak, to docent Jankowski wytłumaczył to ode mnie!*

Do programu studiów lekarskich była włączona stomatologia; wykłady prowadził prof. Tadeusz Owinski, a na ćwiczeniach opiekował się nami adiunkt Tadeusz Paweł. Obowiązywała nas w tamtym czasie ekstrakcja 5 zębów, co dla mnie, jako zastępcy asystenta w Zakładzie Anatomii Patologicznej i równocześnie studentki IV roku wiązało się z trudnościami pogodzenia tych dwojgich obowiązków w czasie. Postanowiłam więc jednego dnia dokonać 5 ekstrakcji, co dzięki życzliwej opiece dra Paweł udało się i opuściłam klinikę przy ul. Cieszyńskiego bardzo z siebie dumna, ponieważ pacjenci wyrazili mi słowa wielkiego uznania.

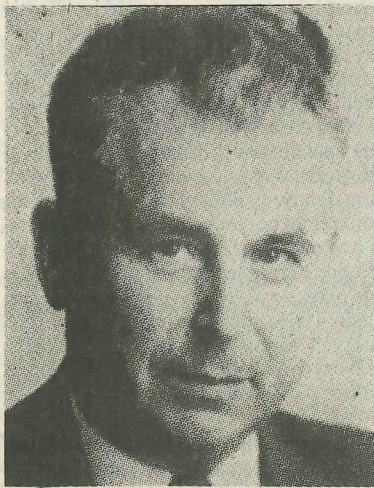
Podczas dalszych lat studiów dążyliśmy dojrzałe do możliwie szybkiego uzyskania dyplomu, a niektórzy obierając na przyszłość określoną specjalność przyuczali się jako wolontariusze w poszczególnych klinikach i zakładach.

Chirurgii uczył nas prof. Wiktor

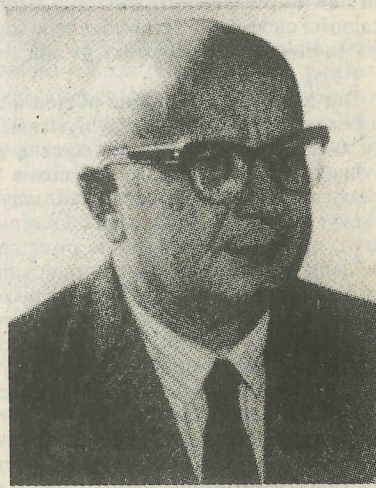
Bross, zastępowanie zwany Wielkim, a ćwiczenia prowadził dr Tomasz Cisek, który do każdej studentki zwracał się "królowno". Taki był ten Bohater znad



Prof. Wiktor Jankowski



Prof. Wiktor Bross



Doc. Adam Żółciński

Tygrysu i Eufratu (przydomek ten zawdzięczał swoim wyczynom bojowym w Azji Mniejszej podczas II wojny światowej), że łamał serca wielu koleżankom.

Do 1950 roku kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych była skromna i matczyna prof. Zofia Czeżowska o wielostronnych zainteresowaniach medycznych, a potem kierownictwo kliniki objął prof. Józef Kaniak, mąż potężny, o tubalnym głosie, kryjący pod masywną powłoką czułe i gorące serce.

Kontynuatorami szkoły prof. Kazimierza Bocheńskiego, który w latach 1946-1948 kierował Kliniką Ginekologii i Położnictwa byli: wytworny prof. Kazimierz Jabłoński, który słynał i dalej słynie z finezyjnej elegancji tańca, prof. Kazimierz Nowosad i zaprzyjaźniony z nim doc. Adam Żółciński. Docent zawsze pogodny i uśmiechnięty pytał napotkaną chorą: *Ile wiosen pani sobie liczy?* Chora: "18". Docent: *Piękny wiek, piękny wiek*, i to samo pytanie kierował do innej, która mówiła: "72". Docent: *Piękny wiek, piękny wiek*.

W skomplikowane arkana okulistyki wdrażał nas prof. Witold Kapuściński, obdarzony talentem poetyckim, złotousty. Prof. Zdzisław Steussing zalecał nam cienki, zwiezły skrypt z zagadnień higieny. Student przy egzaminie nie miał o higienie pojęcia. *Czy szedł pan dzisiaj do zakładu piechotą, czy jechał pan tramwajem?* zapytał profesor. *Piechotą* - odrzekł student. *A szkoda*, - skomentował profesor - *bo gdyby siedząc jechał pan tramwajem mógłby pan skrypt przeczytać i zdać egzamin*".

Kierownictwo Kliniki Dermatologicznej objął prof. Jan Lennartowicz, a po nim w 2 lata później prof. Henryk Mierzecki. Państwo prof. Janina Czyżewska (choroby zakaźne dzieci) i prof. Kazimierz Czyżewski (chirurgia) stanowili uzupełniające się kontrasty: ona kipiąca energią

o niskim, nieco ochrypłym głosie i on łagodny, o głosie parę oktaw wyższym. Prof. Maria Wierzbowska, bez reszty oddana chorym dzieciom, skutecznie zwalczała u nich panującą po wojnie gruźlicę i odeszła tak, jak mógłby sobie tego życzyć każdy nauczyciel: w pełni sił podczas wykładu dla studentów.

W Klinice Psychiatrii przy ul. Kraszewskiego słuchaliśmy wykładów prof. Adriana Demianowskiego przepełnionych humanizmem, często uzupełnianych demonstracją chorych. Podczas jednego z wykładów kolega Stadnicki badając chorego zapytał go, jakich zna wybitnych ludzi. Stalina - odrzekł chory i wyrzucił na salę stek odpowiednich, dosadnych epitetów pod adresem Stalina. Wynik był taki, że kolega Stadnicki, który wywodził się na dodatek z rodu tych Stadnickich wtedy gruntownie tępiących, został za "provokację" relegowany z uczelni. Dobrze pamiętam, że prof. Demianowski doznał także wielu przykrości ze strony ówczesnych nadrzędnych czynników.

Ostatni egzamin dyplomowy z medycyny sądowej zdawałam pamiętnego dnia 28.08.1951 roku u prof. Bolesława Popielskiego, zwanego jeszcze od czasów lwowskich Bolesławem Pięknym. Z drżeniem weszłam do gabinetu, profesor siedział przy kolosalnym biurku, nastrój panował dostojny. Egzamin zdałam i zaliczam go do jednego z najprzyjemniejszych. Obiecywałam sobie, że jeśli zdam, to zaszaleję. Opuściłam budynek Zakładu Medycyny Sądowej, dzień był łagodnie słoneczny. Nie zaszalałam, odczułam ulgę i równocześnie zasmucenie, że skończyło się coś niepowtarzalnego. A może dążenie do celu jest bardziej cenne, aniżeli jego osiągnięcie?

Te wspomnienia to jakby wycięte przeze mnie pewne tylko kadry z bardzo długiej taśmy filmu, zapisane w pamięci. Z

pewnością ktoś inny wyciąłby mniej subiektywnie różne i bardziej ciekawe fragmenty. Powracając do tamtych dawnych, trudnych, lecz jakże urokliwych lat, usiłowałam wskrzesić ich nastrój i przekazać go chociaż w części dzisiejszym kolegom - studentom, którzy są na ogół od nas inni, co wynika z wielu przyczyn, a może kryją swoje prawdziwe odczucia, ażeby - jak to określają - nie wychylać się. Dzisiaj my, pierwszorocznicy powojenni, jesteśmy starsi od naszych profesorów minionego okresu, jedni odeszli już na zawsze, inni za jakiś czas pogrążą się w mroku. Pragnęłabym, aby obecna Młodzież, wbrew istniejącym podziałom, wbrew, niestety, zwalczającym się grupom, wyznawała realizowaną tłumioną w minionym półwieczu zasadę spójności i tolerancji, aby unicestwiała falę wszechogarniającej obecnie agresji.

Chciałabym, ażeby nie zginęło to wszystko dobre i pożądane, co łączyło Społeczność Akademicką, nauczycieli i uczniów przed 48 laty i żeby można było uwiarygodnić stwierdzenie Norwida: *Przeszłość jest to dziś - tylko cokolwiek dalej*.

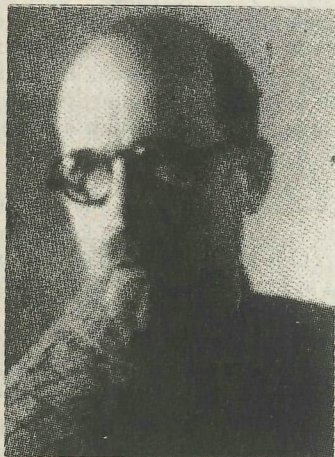
Prof. dr hab. Bożenna Zawirska pracuje w Katedrze i Zakładzie Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu.

Serdeczne podziękowania składam: Zespołowi Zakładu Fotografiki i Dokumentacji Fotograficznej AM za wykonanie odbitek z archiwalnych filmów oraz Kolegom, a zwłaszcza pani dr Ewie Bohdanowicz, za wypożyczenie zdjęć.

Bożenna Zawirska

Od redakcji:

Przepraszamy autorkę oraz czytelników za pomyłkę, która wkradła się do tytułu w poprzednim numerze Biuletynu: "...studenci I powojennego roku studiów w Polsce" - oczywiście powinno być "...we Wrocławiu".



Prof. Henryk Mierzecki



Prof. Tadeusz Owsiński



Prof. Edward Szczekliki w karykaturze

XXVI Congres of Nordic Dermatology Society

12-16 czerwca 1993, Reykjavik, Islandia

Barbara Gąsior-Chrzan

Skandynawizm oznacza współpracę nordyckich intelektualistów i naukowców. Idea ta zrodziła się w pierwszej połowie lat 60-tych XIX w. Gdy w 1863 r. Bismarck napadł na Danię i w następnym roku Dania utraciła Schlezwig i Holstein, Skandynawowie wycofali się solidarnie z dotychczasowej ścisłej współpracy naukowej i kulturalnej z Niemcami i zaczęli tworzyć własną, skandynawską bazę naukową, własne towarzystwa naukowe i czasopisma.

W 1883 r. powstało "Acta Medica Scandinavica" - pierwsze skandynawskie medyczne czasopismo naukowe, z którego oddzielały się stopniowo różne specjalistyczne "Acta..."

"Acta Dermato-Venerologica" ukazało się po raz pierwszy w 1920 r., staraniem prof. Johana Almqvista. W końcu lat 80-tych XIX w. było tych specjalistycznych "Acta..." już 36.

Skandynawowie są bardzo aktywni na polu naukowym, plasują się na trzecim miejscu w świecie (za USA i Wielką Brytanią) w ilości artykułów w zakresie medycyny klinicznej, w przeliczeniu na ilość mieszkańców.

Pierwsze posiedzenie Nordyckiego Towarzystwa Dermatologicznego odbyło się w 1910 r. Zadaniem towarzystwa jest rozwijanie współpracy w zakresie badań naukowych, kształcenia i wykonywania praktyki lekarskiej wśród dermatologów pięciu skandynawskich krajów: Danii, Finlandii, Islandii, Norwegii i Szwecji. Zjazdy tego towarzystwa odbywają się co trzeci rok w jednym z

nordyckich krajów.

26 Zjazd Nordyckiego Towarzystwa Dermatologicznego odbył się w Reykjaviku w Islandii w dniach 12-16 czerwca 1993 r. Na zjazd przybyło 350 dermatologów, wielu z rodzinami. Zaproszono też kilku wykładowców z USA i Wielkiej Brytanii.

Dominowały doniesienia praktyczne z dziedziny leczenia dermatologicznego, zarówno farmakologicznego jak i stosowania nowych urządzeń technicznych. Laser zajął w dermatologii trwałe miejsce. W większości były to powtórzenia prezentacji na odbytym miesiąc wcześniej w Wiedniu kongresie "Dermatologia Kliniczna 2000 roku". Zorganizowano także dyskusje problemowe poświęcone wybranym schorzeniom.

Były też ciekawostki. Prof. E.S. Falk przedstawił wyniki stosowania techniki telewizyjnej w diagnostyce chorób skóry. Od 1989 r. w Klinice Dermatologicznej w Tromsø prowadzi się regularne konsultacje pacjentów, którzy znajdują się w odległości 900 km od Tromsø i obrazy zmian skórnych są przesyłane do telewizyjnego studia w szpitalu, gdzie dermatolodzy dokonują diagnostyki. Nie jest to metoda doskonała i nie może jeszcze zastąpić bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem, a przy tym bardzo droga.

Kraje skandynawskie łączą geograficzne położenie, historyczna przeszłość, a przede wszystkim wspólnota ekonomiczna (EOS). Problemów przysparza język. Jakkolwiek Islandię zasiedlili norwescy Wikingowie już w drugiej połowie ubie-

głego tysiąclecia, to współczesny język Islandczyków jest dla Skandynawów niemal zupełnie niezrozumiały. Fiński należy do innej grupy językowej i co prawda Finowie uczą się szwedzkiego w szkołach, ale jednak najlepiej z obcych języków znają angielski. Zatem, mimo że zjazd był nordycki i oficjalnie zalecanym był język skandynawski, to praktycznie obrady zdominował angielski - język uniwersalny.

Islandia - wyspa ognia i lodu - jest niezwykle interesująca krajobrazowo. Słowo Reykjavik oznacza: dym w zatoce. Rzeczywiście w wielu miejscach na Islandii z ziemi wydobywają się tajemnicze dymy. Zwiedzając wyspę zaglądaliśmy wulkanom do kraterów, podziwialiśmy gejzery, które w regularnych interwałach czasowych wyrzucają fontanny wrzątku na wysokość 100 m, niezależnie czy im się ktoś przygląda, czy nie. Jeździliśmy na słynnych konikach islandzkich i kapaliśmy się w Błękitnej Lagunie, powstałej na naturalnych źródłach termicznych z dużą zawartością siarki. Ogromne przestrzenie Islandii są pokryte lawą wulkaniczną, która nie pozwala rosnąć nawet mchom i porostom islandzkim. Inne części wyspy przypominają wielkie wysypiska koksu. Odlatując z Islandii oglądaliśmy z samolotu ogromne lodowce, które rozłożone pokryłyby powierzchnię Polski warstwą lodu na wysokość 15 m. Brrr...

Następny zjazd Nordyckiego Towarzystwa Dermatologicznego za trzy lata w Finlandii.

Nie jesteśmy gorsi

W związku z notatką, która ukazała się w "Słowie Polskim" nr 188/14261/z dnia 12.08.1993 r. pt. "Przetestuj nas Niemcy", Zarząd Polskiego Towarzystwa Diagnostyki Laboratoryjnej Oddział we Wrocławiu oraz Konsultant Wojewódzki ds. Diagnostyki Laboratoryjnej pragnąwnieść kilka uwag związanych z podaną informacją.

Znana jest nam oferta firmy z Augsburga "Dr Schottdorf u.a."

Firma ta w najbliższym czasie uruchomi prywatne laboratorium analityczne, świadczące płatne usługi diagnostyczne.

Uważamy za obciążone istotnym błędem informacje odnośnie zakresu wyko-

nywania dotychczas badań na terenie miasta Wrocławia.

Sądzymy, że jest to wynik braku pełnego rozeznania zarówno w zakresie wykonywanych badań, jak i ich poziomu.

Po dokładnym rozpoznaniu oferty firmy "Dr Schottdorf u.a." stwierdziliśmy, że obecnie istnieje we Wrocławiu możliwość wykonania około 90% testów proponowanych przez ww. firmę niemiecką. Jest to możliwe dzięki posiadanej aparaturze i pracownikom o wysokich kwalifikacjach zawodowych. Ponadto w naszych laboratoriach wykonuje się szereg badań nie przedstawionych w ofercie a niezbędnych w codziennej praktyce lekarskiej.

W pełni doceniamy umożliwienie diagnozowania na naszym terenie przez firmę "Dr Schottdorf" bardzo rzadkich chorób tropikalnych, niektórych zaburzeń hormonalnych i możliwość pogłębienia diagnostyki rzadkich chorób tkanki łącznej.

Hamulcem, który w istotny sposób ogranicza rozszerzenie naszej dotychczasowej oferty to jedynie stały brak funduszy na wiele specjalistycznych a niestety drogich badań laboratoryjnych.

Za Zarząd
Przewodniczący
Oddziału Wrocławskiego PTDL
dr n.med. Maria Menzel-Lipińska

Specjalista Wojewódzki
ds. Diagnostyki Laboratoryjnej
dr med. Andrzej Rotter

Pobocza medycyny ?

(część II)

Barbara Świątek

Już od rana do Zakładu Medycyny Sądowej schodzą się pacjenci - z bandażami na głowach i rękach, z plasterkami na twarzach, z opatrunkami gipsowymi na kończynach i w maskujących okularach przeciwsłonecznych. W oczekiwaniu na lekarza niektórzy siedzą napięci i milczący, inni - każdemu kto chce słuchać, nawet studentom - opowiadają o swych kłopotach i nieszczęściach, nawet ze wstydliwymi szczegółami. Pokrzywdzeni - bo tak w myśl prawa karnego nazywane są takie osoby - poddają się sądowo-lekarskim oględzinom ciała czyli obdukcji i uzyskują na piśmie odpowiednie "świadcstwo". Ponieważ są to badania sądowe muszą być przestrzegane pewne rygory, np. sprawdzenie tożsamości osoby badanej. Pacjent udziela lekarzowi wywiadu, opisując w nim okoliczności doznania obrażeń i to, co opowiada, spisuje się, nawet wówczas, gdy brzmi to niewiarygodnie (np. zgłoszenie trwającej kilka lub kilkanaście godzin utraty przytomności, czy opowiadanie o "strasznych" krwotokach - jeden z pacjentów twierdził stanowczo, że z małej rany na głowie utracił 1,5 litra krwi). Wywiad to tylko dane podane przez osobę zainteresowaną, a lekarz, nie mając możliwości ich stwierdzenia, może jedynie skonfrontować je z obiektywnymi, stwierdzonymi badaniami obrażeniami. Niejednokrotnie pacjenci przyznają - w związku z odpowiednim pytaniem lekarza - że w momencie zdarzenia byli pijani, niektórzy otwarcie nawet mówią, że "urwał im się film" i zdarzenia nie potrafią opisać. Dla nikogo nie będzie niespodzianką stwierdzenie, że w przeważającej części przypadków upojenie alkoholowe jednej ze stron lub obu odgrywa zasadniczą rolę w przebiegu zdarzenia. O ile bezpośrednio po zdarzeniu pokrzywdzeni korzystają z doraźnej pomocy lekarskiej (Pogotowie Ratunkowe, ostre dyżury specjalistyczne), przedkładają lekarzowi dokumentację (Kartę Informacyjną) z wynikami przeprowadzonych badań dodatkowych - przede wszystkim badań rtg.

Samo badanie sądowo-lekarskie składa się z badania ogólnego i szczegółowego badania miejscowego, pole-

gającego na oględzinach całego ciała i opisie istniejących obrażeń, z uwzględnieniem ich charakteru, kształtu, umiejscowienia i wpływu na czynność danego narządu, którego dotyczy (np. ręki, oka, nosa itp.).

Pokrzywdzeni zazwyczaj wcześniej przeprowadzają sami lub przy udziale najbliższych oględziny swego ciała i wskazują obrażenia lekarzowi; niejednokrotnie jednak nie wszystkie, a poza tym niektóre ujawniają się dopiero w kilka lub kilkanaście godzin po zdarzeniu. Obrażenia ludzi są tak różnorodne, że nie sposób ich nawet podać ogólnie; najpospolitsze obrażenia to otarcia naskórka, sińce, krwiaki, rany, ale bywają także bardzo ciężkie, np. czaszkowo-mózgowe czy uszkodzenia narządów wewnętrznych.

W przypadku jednego urazu, np. uderzenia pięścią w twarz i stwierdzenia jednego obrażenia (np. krwiaka oczodołu) badanie jest w miarę proste, a działanie sprawcy można uznać za "humanitarne". Czasami jednak i to wcale nierzadko (dotyczy to zwłaszcza żon bitych przez pijanych mężów) opis zdarzenia budzi grozę. Sprawca wykorzystuje bowiem wszelkie możliwości, np. bije pięściami, kopie, dusi, przewraca, ciąga za włosy po podłodze, wykręca ręce, używa do bicia różnych przedmiotów. Obrażenia są wówczas tak liczne, że dochodzą do kilkudziesięciu i świadczą niezbicie o znęcaniu się fizycznym.

Lekarz może stwierdzić jedynie obiektywnie istniejące ślady urazów. Pacjenci wskazują niejednokrotnie różne miejsca na ciele, w których odczuwają ból lub odnoszą subiektywne wrażenia "spuchnięcia" (dotyczy to zwłaszcza "guzów na głowie", które w badaniu okazują się fizjologicznymi guzowatościami czaszki) - lekarz może jedynie opisać zgłaszane dolegliwości, nie jest to jednak równoznaczne z uznaniem urazu.

Ukoronowaniem badania jest wydanie opinii sądowo-lekarskiej zawierającej zwięzłe określenie rodzaju obrażeń, podanie rodzaju narzędzi, które mogły je spowodować oraz ustalenie stopnia ciężkości tych obrażeń w oparciu o wymogi odpowiednich artykułów Kodeksu Karnego.

Skrótowo podając, obrażenia ciała, jakich może doznać człowiek, dzieli się na ciężkie (art.155 k.k.), umiarkowane "średnie" (art.156 §1 k.k.), "lekkie" (art.156 §2 k.k.) oraz najłżejsze, będące naruszeniem nietykalności cielesnej (art.182 k.k.).

Tylko ciężkie i "średnie" obrażenia ciała podlegają oskarżeniu publicznemu, tj. sprawę prowadzi prokuratura a koszty sprawy ponosi Skarb Państwa. Łżejsze obrażenia podlegają tzw. oskarżeniu prywatnemu (są pewne wyjątki) i koszty sprawy ponosi pokrzywdzony (z możliwością późniejszego zwrotu ich przez sprawcę). Zrozumiałe jest zatem, że pokrzywdzeni zainteresowani są w uzyskaniu "dobrego" świadectwa i np. zarzucają lekarza mnóstwem skarg, nieadekwatnych do istniejących obiektywnie obrażeń, sądząc, że to wystarczy do uzyskania pożądanej opinii. Są często zawiędzeni, bo subiektywnie czują się znacznie bardziej pokrzywdzeni aniżeli ocenił to lekarz. Ostatnio zdarzył się nawet przypadek, że pacjent, niezadowolony z treści opinii, zażądał albo jej zmiany, albo zwrotu opłaty za badanie, a jego zachowanie było, łagodnie mówiąc, nieodpowiednie. Zdarzają się próby przekupienia lekarza - pomaga tu zagrożenie wezwania policji. Pacjenci uprzedzeni przez policję, że tylko przy uzyskaniu odpowiedniego "świadectwa" zajmą się sprawą, wykorzystują wszelkie możliwości nacisku na lekarza; nie mają one jednak żadnych szans powodzenia. Oczywiście w uzasadnionych przypadkach - np. wystąpieniu już po badaniach powikłań, zmieniających stan pourazowy lub ujawnieniu się nowych zmian - biegły może zmienić i zazwyczaj zmienia opinię.

Próby - zazwyczaj nie mających szans drobnych oszustw - też nie są nam obce. Jedną z kobiet np. namalowała ołówkiem kłopotliwym na ciele "sińce", w licznych przypadkach pacjenci usiłują wmówić lekarzowi, że niewątpliwie stare sińce (żółto-zielone) pochodzą od pobicia sprzed kilku godzin.

Są na szczęście pacjenci, których zachowanie jest rzeczowe, obrażenia stwierdzane u nich są adekwatne do wywiadu i kontakt z nimi jest odpowiedzialnym dla lekarza - obducenta.



Kupuje komputer ...

- Dzień dobry - zaczynam odważnie.
- Dzień dobry, czym mogę panu służyć?
Rozglądam się nerwowo. Przecież miałem to już w głowie. Do brze, że wziąłem tę kartkę. Ale gdzie ona jest?

- Spokojnie, niech pan się nie denerwuje. Proszę powiedzieć, czego pan potrzebuje, spróbujemy pomóc - kontynuuje sprzedawca, uśmiechając się pod wąsem (część z nich ma wąsy, większość ma śnieżnobiałą koszulę i krawat, a prawie wszyscy się uśmiechają i pytają, w czym mogą pomóc).

- Wie pan, chciałem kupić komputer - wykrztusiłem z siebie, go-rączkowo grzebiąc jedną ręką w kieszonce torby, a drugą w kieszeni marynarki. Jest! Zaplała się między kilkoma banknotami, które przy jakiejś okazji włożyłem luzem do kieszeni. Szybko przebiegłem po niej wzrokiem i już pewniejszym głosem zacząłem na nowo:

- Chciałem kupić komputer typu IBM, a właściwie kompatybilny z IBM.

Sprzedawca jeszcze raz uśmiechnął się i zataczając szeroko prawą ręką zapytał:

- Ale który? Wszystkie komputery, które pan tutaj widzi, są kompatybilne z IBM. - Widząc moją niepewną minę dodał: - W początkach lat 80-tych, a nawet nieco wcześniej, dzięki postępowi technologicznemu stało się możliwe skonstruowanie komputera mieszczącego się na biurku, mającego jednocześnie moc obliczeniową dorównującą wielokrotnie większym jednostkom. Ofert rynkowych było wiele. Utrzymał się produkt firmy IBM, znanej dotąd z produkcji dużych jednostek obliczeniowych, wykonany z istniejących już na rynku i używanych do innych celów elementów (obudowa, monitor). Nic specjalnego. Od początku raził przestarzałymi rozwiązaniami, miał kanciaste kształty i hałaśliwy wentylator. Wydawało się, że nie ma szans. Jednak nie. Zdecydowano się na bardzo śmiałe posunięcie - opublikowano całą dokumentację techniczną i, z wyjątkiem kilku nielicznych szczegółów, nie zastrzeżono jej patentowo. Na efekty długo nie czekano. W ciągu następnych kilku miesięcy i lat (trwa to do dzisiaj) pojawiły się wręcz niezliczone kopie i "klony" tego komputera, wytwarzane przez różnych producentów na całym świecie. Jeżeli ktoś potrzebował jednak sprzętu pewnego, niezawodnego i miał więcej pieniędzy, to wybierał produkt firmy... IBM. A o to przecież chodziło. Dzisiaj sytuacja trochę zmieniła się. W

czółówce znajduje się jeszcze kilka innych renomowanych firm. W tej stawce IBM bynajmniej nie przewodzi. Ba, walczy z trudem o utrzymanie się. Ale wracając do sprawy pierwszego komputera osobistego, bo tak go nazwano - stąd skrót PC (Personal Computer), była to jednostka mająca - z dzisiejszego punktu widzenia - bardzo skromne możliwości, porównywalne mniej więcej z... ZX Spectrum. Była wyposażona w niewielką pamięć operacyjną i dwie stacje dysków elastycznych. O czymś takim jak dysk twardy jeszcze nie było mowy. System operacyjny zamówiono w praktycznie nieznanej wówczas nikomu małej firmie o nazwie... Microsoft. Kolejnym znaczącym modelem był IBM PC XT. Rzeczywiście hit. Pamięć operacyjna 640 kB (według ówczesnych szacunków zapotrzebowanie na RAM o większej pojemności miało wystąpić dopiero po... 2000 roku), wmontowany twardy dysk o zawrotnej pojemności... 10 MB. Wielu marzyło o takim "sprzęcie". Chociaż dzisiaj jego możliwości budzą co najwyżej uśmiech na twarzy, ten komputer rzeczywiście zasługuje na miano protoplasty dzisiejszych maszyn. "Chodzą" na nim w zasadzie wszystkie programy DOS-owskie, zwłaszcza te sprzed kilku lat. Jest to z jednej strony wielką zaletą, a z drugiej pewnego rodzaju kulą u nogi dla konstruktorów dzisiejszego sprzętu i oprogramowania. Kończąc zachowanie zgodności "w dół", zmusza ich do karkołomnych sztuczek i różnego rodzaju obejść technicznych, aby najnowsze superszybkie komputery "rozumiały" i radziły sobie ze starymi, pisanymi dawniej programami. Niestety, o ile nowy komputer potrafi z powodzeniem "udawać" starego wysłużonego PC XT (tak jak BMW potrafi jechać z szybkością malucha), to sytuacja odwrotna jest najczęstszą niemożliwością. Dzisiejsze programy graficzne, których typowym przykładem jest Windows, mają tak duże wymagania (pamięć, szybkość, karta graficzna), że w żaden sposób nie da się ich uruchomić na starym sprzęcie.

Przejdźmy jednak do konkretów. Chce pan kupić u nas komputer. Z pewnością, ma on służyć panu do pracy, a także, jak się domyślam, dzieciom do nauki i zabawy?

- Tak, dokładnie tak - odparłem z ulgą.
- Przypuszczam, że orientuje się pan tylko w niektórych zagadnieniach - uprzejmie dodał wąsaty sprzedawca.

- T...tak - pośpiesznie potwierdziłem.
Spojrzał na mnie a potem na stojący po prawej stronie rząd nowiutkich maszyn i rzekł:

- Niezależnie od tego, jakich programów będzie pan używał w najbliżej czasie, a może nawet za rok czy dwa, to standardem, do którego trzeba będzie się dopasować jest Windows. Jeżeli pan to zlekceważy, będzie pan miał pewnie niedługo do czynienia... hm, choćby z własnym synem. Tak więc, należy dokonać zakupu trochę na wyrost, różnice cen między poszczególnymi modelami są niewielkie. Na dzień dzisiejszy, jeżeli myśli pan o nowym komputerze, absolutnym minimum jest 386SX, w miarę możliwości nie 25 a 33 MHz, 2 MB RAM, dysk twardy 80 MB, jedna stacja miękkich dysków 3.5 cala (druga stacja 5.25 cala podraża całość o mniej więcej 1.2 mln zł), karta SVGA z czarno-białym monitorem. Jeżeli pan przewiduje poważniejszą pracę z programami graficznymi (prawdopodobnie "myśli" o tym pana syn), to wydaje mi się, że powinien Pan wybrać komputer co najmniej 386 DX 40 MHz z 4 MB RAM-u, dyskiem o pojemności 120 MB wzmocnionym, w miarę możliwości finansowych, kolorowy monitor. Jest to dzisiaj najlepiej sprzedawany zestaw. Czas w naszej branży biegnie bardzo szybko. Jeszcze mniej więcej 2-3 lata temu prym wiodły maszyny klasy 286. Dzisiaj, w razie ich naprawy, mamy kłopoty ze zdobyciem niektórych części.

- A co z XT? - zapytałem.
- Z XT? Proszę pana, można je jeszcze spotkać tu i ówdzie. Zwłaszcza w placówkach, które przed laty jako pierwsze wyposażyły się w te właśnie komputery, zwykle dużym kosztem (za cenę PC XT można było wówczas kupić samochód!), a teraz nie mogą sobie pozwolić na nic innego. Ale muszę panu powiedzieć, że były to egzemplarze zwykle dobrej jakości, większość z nich do dzisiaj jest sprawna i służy swoim właścicielom... - Sprzedawca zamyślił się i westchnął. Potem dodał:

- Więc na co pan się decyduje?
- Prawdę mówiąc chciałbym się jeszcze zastanowić - odparłem. - Chyba odłożę to do jutra.
- Tak będzie najlepiej.
- Do widzenia - pożegnałem się, idąc do wyjścia.
- Zapraszam więc jutro, do widzenia panu - odpowiedział kłaniając się nisko sprzedawca (niektórzy sprzedawcy tak właśnie się kłaniają).

Wyszedłem pośpiesznie ze sklepu, szukając na nowo kartki. Na odwrocie miałem zanotowany telefon znajomego. Chyba jednak poproszę go o pomoc.

Michał Sroka

Procesor - podstawowa część elektroniczna. W komputerach typu IBM i kompatybilnych w 95-100% używane są procesory firmy INTEL o nazwach 8088, 8086, 80286, 386, 486, a ostatnio nawet procesor o nazwie Pentium (zrezygnowano z różnych względów z nazwy 586). Wyraźną mniejszość stanowią "kości" takich firm jak Cyrix i ADM.

Drukarka - podstawowe obok monitora urządzenie "wyjściowe" komputera. Obecnie używane są następujące ich ty-

S ł o w n i c z e k

py: mozaikowe lub igłowe (9 lub 24), atramentowe (tzw. plujki) i laserowe.

Najpopularniejszymi typami drukarek na rynku Polskim są Epson, Star, Seikosha, OKI, Hawlett-Packard (drukarki laserowe).

Filtr ekranowy - osłona na ekran monitora mająca za zadanie zredukować możliwie do minimum jego szkodliwe oddziaływanie na operatora. Typy filtrów: siatkowy z plastiku, siatkowy z włókna węglowego, szyby plastikowe i

szklane z różnego typu dodatkowymi warstwami: odprowadzającą ładunki elektrostatyczne (bardzo dokuczliwe) oraz usuwającą odbłaski światła poprzez jego podwójną polaryzację (z bardzo dobrym efektem). Szczególnie zalecane jest używanie filtra do pracy z monitorem kolorowym oraz pracy z monitorami starszych typów.

Obudowa - oto jej podstawowe odmiany: Compact - pozioma (najbardziej popularna), Baby - nieco mniejsza (węż-

Kodowanie i standaryzacja danych medycznych

Kazimierz Frączkowski

Konieczność czy dodatkowe koszty komputeryzacji zarządzania służbą zdrowia?

Już pierwsze próby zastosowania komputerów w medycynie, 15 lat po skonstruowaniu pierwszego komputera ENIAC w 1945 r w USA, napotykały na różnorakie przeszkody. Choć od tego czasu minęło ponad 30 lat, stopień przygotowania służby zdrowia do informatyzacji, szczególnie w Polsce, nadal jest mierny. Dziś werbalnie i oficjalnie już prawie nikt nie kwestionuje celowości szerokiego wprowadzania informatyki we wszystkich sferach służby zdrowia, ale pomijając czynnik psychologiczny, pozostaje w dalszym ciągu szereg problemów związanych ze specyfiką służby zdrowia, które poważnie opóźniają lub ograniczają ich pełne wykorzystanie.

Do podstawowych trudności zaliczyć należy:

1. zbeletyzowaną i opisową formę przekazywania i dokumentowania danych medycznych;
2. niewielki stopień formalizacji i pewną dowolność w opisie danych medycznych;
3. mały wybór obowiązujących standardów lub ich poważne trudności we wprowadzeniu (ICD-9, ICD-10 itp.);
4. brak w kraju ośrodków, które centralnie dla potrzeb krajowej służby zdrowia określają format i sposób zbierania, przekazywania danych medycznych (pomiędzy jednostkami służby zdrowia oraz MZiOs);
5. brak popularyzacji, popierania,

preferowania oraz odpowiednich środków na informatykę medyczną ze strony MZiOs.

6. rozproszone i nieskoordynowane prace projektowo-programowe w wielu ośrodkach w kraju;

7. inne;

Szczególnie jaskrawo te zagadnienia są widoczne i utrudniają dynamiczny rozwój informatyki, w tych placówkach służby zdrowia, gdzie informatyka wyszła poza obszar lokalnych jednodzielinowych systemów medycznych tylko dla wąskiej grupy użytkowników. Tych spraw nie można "załatwić" doraźnymi pracami rozproszonych zespołów informatyków i medyków.

Aby zwiększyć zakres możliwych korzyści płynących z komputeryzacji, w Anglii w 1990 r. zostało powołane specjalne narodowe centrum służby zdrowia - NHS Centre for Coding and Classification (NHS CCC), którego zadaniem jest:

- opracowanie zasad i techniki kodowania informacji medycznych;
- organizacja i tworzenie interdyscyplinarnych grup specjalistów z poszczególnych działów i specjalności medycznych (uzgodnienie dopuszczalnych synonimów, podziału klasyfikacyjnego itp.);
- koordynacja pracy zespołu do ścisłego przedstawiania problemów medycznych;
- ścisła współpraca z Departamentem Zdrowia NHS;

Aktualnie pracuje 45 zespołów, które przedstawiają problemy i wy-

niki swych prac na corocznej konferencji organizowanej przez Medical of Royal Colleges. W NHS CCC jest reprezentowanych 11 medycznych towarzystw naukowych, instytucje państwowej służby zdrowia, łączność, telekomunikacja oraz instytucje zajmujące się badaniami statystycznymi. Dyrektor NHS CCC - dr James Read, przewiduje na dzień 1.04.1994r. zakończenie prac nad standardem klinicznego tezaury, który będzie obowiązywać w NHS (Państwowa Służba Zdrowia).

Wydaje się, że pierwszym, ale nie ostatnim krokiem ze strony naszego MZiOs, jest przedstawienie ogólnych wymogów co do programu komputerowego, którego zadanie polega na generowaniu sprawozdania według wzoru Mz/Szp-11. Daleko ważniejszy wydaje się również obieg informacji wewnątrzszpitalnej, ponieważ stamtąd generuje się informacja stanowiąca przedmiot wszelkich analiz i sprawozdań. Stan przygotowania szpitali do informatyzacji jest bardzo różny, niejednokrotnie nawet w szpitalu o kilku oddziałach i podobnym profilu leczenia obowiązują różne formularze karty historii choroby.

Redakcja rubryki:

Dr inż. Kazimierz Frączkowski (tel. 681515 w.474)

Dr inż. Marek Lubicz

Lek. Jacek Kubica

Lek. Michał Sroka (tel. centr. 256115)

Adres do korespondencji:

Michał Sroka
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
ul. Kamieńskiego 73a

sza), Slim li - ne - pozioma, płaska, Mini tower - stojąca mała, Big tower - stojąca wysoka.

Dwie ostatnie obudowy są polecane do komputerów większej mocy ze względu na lepszą cyrkulację powietrza wewnątrz takiej obudowy a także większe możliwości ew. rozbudowy.

Desktop, Portable, Laptop, Notebook, Palmtop - typy komputerów PC uszeregowane wg zmniejszającej się wielkości. Uważa się, że graniczne wymiary pozwalające jeszcze na wygodną pracę ma Notebook. Jest to komputer wielkości

S ł o w n i c z e k

mniej więcej kartki A4, o ciężarze 2.5-3.5 kg, wyposażony w diodowy, podświetlany, coraz częściej kolorowy monitor, umieszczony na wewnętrznej stronie pokryw. Dzięki wbudowanym akumulatorom możliwa jest 2-4 godzinna praca bez zasilania zewnętrznego. Komputer taki wyposażony jest we wszystkie standardowe możliwości typowego PC, różni się tylko od niego wielkością.

Pamięć operacyjna = RAM, układ ele-

ktroniczny, umożliwiający odczyt i zapis (z zapamiętaniem) dowolnych danych, aktualnie

przetwarzanych przez komputer. Procesy te zachodzą automatycznie, bez wiedzy użytkownika. Po uruchomieniu dowolnego programu jest on wczytywany z twardego dysku do RAM i dopiero na tej "platformie" odbywa się jego "realizacja". Część pamięci RAM może zostać oddzielona i "udawać" twardy dysk (tzw. RAM-dysk). Ma on wszystkie właściwości typowego HDD, ale działa do kilkuset razy szybciej i oczywiście przestaje istnieć po wyłączeniu komputera.

O respiratorach raz jeszcze

Uprzejmie informuję, że w *Biuletynie* Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, numer lipiec-sierpień ukazał się artykuł pt. *Jakiego respiratora anestezjolog potrzebuje*, który mnie zastanowił i zmusił do głębokiej refleksji. Artykuł ten bowiem ukazał się w prasie regionu dolnośląskiego, który w moim przekonaniu powinien zabiegać o utrzymanie dobrego imienia i dobrego poziomu działających tam firm.

W artykule tym oprócz tego znajduje się dużo nieścisłości, niejasności i nieprawdy. Nieprawdą jest, a napisano to w artykule, że firma Kalmed produkuje sprzęt w kooperacji z firmą Dräger.

Dla ścisłości firma Kalmed jest wyłącznym importers aparatury firmy Dräger, posiada równocześnie autoryzację prowadzenia serwisu zakupionej aparatury. Nieprawdą jest również, że firma Kalmed będzie wystawcą na tegorocznej Wystawie Sprzętu Medycznego towarzyszącej XI Zjazdowi Anestezjologów we Wrocławiu. Wystawcą będzie firma Dräger, natomiast firma Kalmed będzie pomagała w obsłudze stoiska.

Dlaczego ZTM Wrocław w ww. wystawie nie biorą udziału, jest dla mnie proste i logiczne. Koszty udziału i wystawiennicze na Zjeździe Anestezjologów są znaczne, a przy zadłużeniu zakładów w granicach 14 mld zł absencja jest całkowicie uzasadniona.

W artykule tym zastanawia mnie jednak ocena przydatności produkowanych przez ZTM w kooperacji z firmą Dräger respiratorów. Autor artykułu dokonał porównania respiratorów dwóch różnych klas, tj. respiratora średniej klasy w cenie 185 mln zł, do której należy ten produkowany przez ZTM i respiratora wysokiej klasy w cenie 400 mln zł, posiadającego rzeczywiście rozbudowany system alarmowy i możliwość kontroli wentylacji zaprogramowanej z rzeczywistością. Respirator produkowany przez ZTM jest respiratorem objętościowym, sterowanym pneumatycznie (bez zasilania elektrycznego, co w przypadku zaniku napięcia jest zaletą), za pomocą pneumatycznych układów logicznych, posiadający podstawowe sposoby wentylacji jak IPPV, asyst., IMV, SIMV i CPAP. Istnieje tu także możliwość stopniowego odwyuczania pacjenta od respiratora i według opinii nadzoru krajowego anestezjologów jako respirator średniej klasy może zabezpieczyć on 80% potrzeb sztucznych wentylacji.

Nazwanie w artykule produkowanego urządzenia wręcz prymitywnym dyskwa-

lifkuje autora.

Jakość i niezawodność aparatury firmy Dräger znana jest polskim anestezjologom doskonale. Aparatura zakupiona przed 40 laty pracuje do chwili obecnej amortyzując się kilkakrotnie.

Kooperacja z ZTM we Wrocławiu prowadzona była i jest przez najlepszych specjalistów z firmy Dräger. Wykorzystuje się oryginalne części posiadające standard światowy. Serwis tej aparatury prowadzony jest przez wysokokwalifikowanych specjalistów od ponad 35 lat.

Zastanawia mnie podtekst tego artykułu, napisanego nieobiektywnie, mającego na celu storpedowanie kooperacji z firmą Dräger, która daje przecież miejsca pracy naszym specjalistom.

*Dyrektor F-my Kalmed
inż. Jan Kalkowski*

Redakcja *Biuletynu* Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Dziwię się, że artykuł Pani Katarzyny Pajdzik *Służba Zdrowia: biedna i rozrzućna* (*Biuletyn* DIL Nr 6/38 z czerwca 1993 roku) nie został opatrzony zastrzeżeniem "tekst sponsorowany". Jest to po prostu kryptoreklama Zakładów Techniki Medycznej we Wrocławiu. Postaram się udowodnić, że nieuzasadniona, bo skoro jest to tak wspaniała firma, to dlaczego jest z nią aż tak źle.

Jeśli jest się monopolistą w danej dziedzinie i jest się w tym aż tak dobrym, jak można wnioskować z artykułu, to sytuacja firmy powinna być wręcz komfortowa. Nie sądzę, że jedyną przyczyną złej kondycji ZTM jest niedostatek pieniędzy w szpitalach na zakup sprzętu i jego konserwację.

Na tę sytuację ZTM zapracowały sobie same. W mojej opinii (i nie tylko) jest to firma nieuczciwa i niesolidna, nawet z prostego tylko, kupieckiego punktu widzenia. Nota bene, nasz szpital zapłacił z góry zryczałtowaną opłatę za usługi za cały rok 1993. Pozycja monopolisty powoduje lekceważenie klientów i nieuzasadnione mniemanie o własnej doskonałości.

Dbałość Zakładów Techniki Medycznej we Wrocławiu o klienta kończy się wraz z zainkasowaniem pieniędzy. Ponieważ, kto raz się sparzył na interesach z ZTM, nie chce mieć więcej z nimi do czynienia, to firmie tej ubywa klientów. Stąd żądania gwarancji zakupów przez

ministerstwo, próby spowodowania nakazów korzystania z usług ZTM przez lekarzy wojewódzkich i tym podobne chwytły. Jeszcze trochę, a powróci nieśławna komisja rozdziału sprzętu medycznego, która wiedziała najlepiej, kto zasługuje na dobry importowany sprzęt, a kto na buble rodzimej produkcji.

Na poparcie mojego sądu o Zakładach Techniki Medycznej we Wrocławiu pozwolę sobie przytoczyć następujące fakty:

1. W 1985 roku ZTM w Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej zainstalowały nieprodukowany już wtedy od kilku lat monitorujący sprzęt produkcji Zabrzeńskich ZTM - pozbyto się szmelcu zalegającego magazynu. Już w tym czasie w Polsce montowany był sprzęt firmy S A W (Biały Białystok). Uczciwa firma jest także "przyjacielem" w doradztwie optymalnych rozwiązań, czego w tym przypadku nie można powiedzieć o ZTM.

2. W tym czasie w Specjalistycznym Szpitalu Chirurgicznym ZTM zainstalowały urządzenie głośno-mówiące Telvox bez dostarczenia spisu abonentów. Mimo naszych monitów i obietnic ze strony wykonawców, że spis abonentów zostanie dostarczony, nie uczyniono tego do dziś. Z tego powodu sprzęt ten nie jest wykorzystywany. Jak w tym świetle wygląda załamywanie rąk przez pracowników ZTM nad zalegającym magazynem szpitalne i nie wykorzystywanym sprzętem.

3. W końcu 1992 roku szpital zakupił w ZTM 2 respiratory Pulmolog montowane z podzespołów firmy Dräger i sprzętarkę konieczną do ich pracy. W dniu montowania okazało się, że jeden z modułów jest niesprawny - sprzęt nie został uprzednio sprawdzony przez sprzedającego. Po moich protestach na próby "naprawy" przy pomocy młotka i śrubokręta dyrektor Działu Marketingu, inż. Trojański polecił przywieźć nowy moduł, na co trzeba było czekać ponad tydzień, mimo codziennych monitów.

4. Jednocześnie ZTM sprzedają przeterminowane elektrody tlenowe (cena jednej sztuki 5 mln zł - w tym czasie sprzęt inwestycyjny), co przedstawiciel firmy sprytnie ukrył. Jedna elektroda przestała działać już po 1 miesiącu, druga w pierwszym dniu pracy. Mimo zobowiązań gwarancyjnych, monitów telefonicznych i pisemnych, elementy te nie zostały wymienione. Kiedy szpital nasz miał pieniądze na zakup, dyrektor działu marketingu potrafił dzwonić nawet po

O respiratorach raz jeszcze

trzy razy dziennie, z chwilą zainkasowania pieniędzy stał się nieuchwytny.

5. Przy sprzedaży sprzętu zapewniano, że jedna sprężarka może zapewnić sprężone powietrze dla dwóch respiratorów, co okazało się nieprawdą. Po prostu chodziło wtedy o sprzedaż 2 respiratorów, a ZTM dysponowały tylko jedną sprężarką.

6. W trakcie pracy okazało się, że w przewodach zasilających w sprężone powietrze ulega skropleniu para wodna, co grozi uszkodzeniem respiratora. Wezwany pracownik ZTM był w stanie doradzić nam to, co i sami wiedzieliśmy z instrukcji obsługi: "woda w przewodach sprężonego powietrza - należy wezwać upoważniony serwis." Niesprawność ta nie została usunięta, co stało się przyczyną uszkodzenia respiratora. Za naprawę tego z kolei zażądano zapłaty (sprzęt w trakcie gwarancji), twierdząc, że usterka została spowodowana próbą naprawy przez użytkownika.

Inny pracownik serwisu wezwany w innym terminie, być może obeznany z tymi machinacjami stwierdził, że sprężarka przedstawia stan znacznego zużycia nieproporcjonalny do czasu eksploatacji w naszym oddziale. Prawdopodobnie była ona przez dłuższy czas używana przez ZTM w czasie prezentacji sprzętu na wystawach sprzętu medycznego.

Zakłady Techniki Medycznej we Wrocławiu chętnie się swoją kooperacją z firmą Dräger, znaną ze swej solidności, dla nas zakup owoców tej współpracy stał się przyczyną nieustających kłopotów. Ciekaw jestem reakcji firmy Dräger na taką antyreklamę.

7. Lokalne ambicje spowodowały uruchomienie filialnych zakładów naprawy i powierzenie konserwacji skomplikowanej aparatury medycznej pracownikom nie mającym pojęcia o jej działaniu. Na skutek tego o mało nie doszło do tragicznych powikłań. O tej sytuacji powiadomiłem listownie dyrektora ZTM.

Biorąc pod uwagę powyższe fakty mogę tylko ubolewać, że wdałem się w "przygodę" z ZTM. Za pieniądze stracone w tej firmie można było zakupić wysokiej klasy respirator, np. posiadane przez nas, bardzo dobrze spisujące się Bennetty lub podobnej klasy.

Za to posiadam odgrzany przez ZTM produkt Drägera, najczęściej nie nadający się do użytku.

Powyższa sytuacja jest potwierdzeniem znanej prawdy, że tanich rzeczy, jak

się jest biednym, nie należy kupować. Tylko rozrzutny może pozwolić sobie na korzystanie z usług Zakładów Techniki Medycznej we Wrocławiu.

Podaję to pod rozważę ewentualnych przyszłych klientów ZTM.

Argumentacja za wyposażeniem karettek reanimacyjnych przez ZTM to też niepełna prawda. Jeżeli zakupi się za granicą furgon bez wyposażenia medycznego, zostanie on ocłony jak zwykły samochód, jeśli jest to już pojazd specjalistycznie przystosowany do funkcji karetki, jest szansa na zwolnienie z cła i cała kalkulacja staje się już inna. Zależy to tylko od widzimisiej celników z Urzędu Celnego we Wrocławiu. Jeśli jest to pojazd dla Wrocławia, to może zostać zwolniony z cła, jeśli dla innego województwa, to jest to już zwykły furgon i podlega ocłonie. Dzięki takiej dowolnej interpretacji przepisów zakupiony za granicą reanimacyjny Volkswagen został zablokowany w Urzędzie Celnym we Wrocławiu (stoi tam od 3 czerwca 1993 r.) i oczekuje bezskutecznie na zwolnienie z cła.

Tymczasem chorych wozi się starą nyską wymagającą napraw prawie na każdym dyżurze. Pod Legnicą przebiega autostrada, korzystają z niej zapewne celnicy (Zgorzelec - Wrocław), zdarza się na niej także dużo wypadków. Cóż, kiedyś może nyska nie dojechać na czas. Ale dotyczy to już innej instytucji - także monopolisty w swej dziedzinie.

*Z poważaniem
Adam Szczeniowski
Ordynator Oddziału Intensywnej Terapii
Szpitala Chirurgicznego w Legnicy*

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej zgłasza szereg zastrzeżeń w stosunku do zamieszczonego w Pańskim Biuletynie artykułu pani Katarzyny Pajdzik pt. *Służba zdrowia: biedna i rozrzućna* (Biuletyn nr 6 z czerwca 1993), w którym zawarte są nieprawdziwe informacje godzące w dobre imię Ministerstwa.

Zakłady Techniki Medycznej we Wrocławiu nie podlegają Ministerstwu (jak to podała autorka), ale wyłącznie wojewodzie wrocławskiemu, który sprawuje nad nimi nadzór poprzez Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej nie ma wobec ZTM żadnych zobowiązań, ani też

żadnych możliwości ingerencji w działalność ZTM.

Uzgodnienia kooperacyjne między firmą "Dräger" a ZTM w latach 1990-1991, w wyniku których ZTM są zadłużone wobec partnera, były zawarte bezpośrednio między ww. firmami, bez udziału MZiOS oraz Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu. Obciążenie zatem Ministerstwa winą za zaistniałą sytuację jest bezzasadne. Ministerstwo ze swej strony nigdy nie gwarantowało pokrycia długów ZTM wobec firmy Dräger, choćby z tego powodu, że nie ma do tego żadnego tytułu.

Po bankructwie ZTM również kto inny, nie Ministerstwo, będzie musiał zająć się zobowiązaniami firmy, która jest zaskładem budżetowym, a więc działa według prawa budżetowego, które powinno być znane dyrekcji zakładów. Próby przerzucenia ciężaru obciążeń firmy na barki Ministerstwa są więc nieporozumieniem.

Oferowane przez ZTM respiratory są starej generacji, natomiast ich cena-bardzo wysoka. Podobne respiratory, tylko nowsze i bardziej wydajne można kupić u innych producentów za cenę o 30-40% niższą.

To nie polityka MZiOS, które chce rozsądnie gospodarować powierzonymi środkami, powinna budzić zdumienie (jak sugeruje autorka), a polityka ZTM, które drogą różnych nacisków chcą wymusić na Ministerstwie "upłynnienie" swoich zapasów. Ministerstwo wyraziło ze swej strony chęć przyjęcia z pomocą ZTM w sprzedaży aparatów, ale pod warunkiem uzyskania pozytywnej opinii o wyrobie ze strony niezależnych ekspertów oraz obniżenia ceny do wysokości porównywalnej z cenami innych tego typu urządzeń. Nie ma żadnej uzasadnionej przyczyny, dla której MZiOS miałoby wykupić zalegające zapasy ZTM i to po cenie zawyżonej.

Chcielibyśmy również podkreślić, że Ministerstwo nie ponosi odpowiedzialności za gospodarkę sprzętem i aparaturą medyczną w szpitalach podległych urzędowi wojewódzkim. Bylibyśmy natomiast zobowiązani Redakcji za podanie adresu szpitala, w którego magazynie znajdują się niepotrzebne inkubatory transportowe. Tego adresu ani nazwy szpitala nie ma w artykule.

Od 12 lat ZTM produkowały karetki reanimacyjne na bazie samochodu "Nysa".

ciąg dalszy na str. 20

O respiratorach raz jeszcze

ciąg dalszy ze str. 19

Pojazd ten nie spełnia wymagań technicznych i eksploatacyjnych nowoczesnej karetki reanimacyjnej. Ministerstwo próbowało zainteresować zachodnie firmy samochodowe kooperacją z ZTM. Przykładem są kontakty z dealerem CITROEN-a w Łodzi - OPLA-ISUZU z Poznania. ZTM wykonały prace adaptacyjne tych pojazdów w celu przerobienia ich na karetki reanimacyjne. Karetka taka otrzymała ocenę negatywną zespołu powołanego przez ówczesnego Podsekretarza Stanu, panią Krystynę Sienkiewicz. Zespół stwierdził wiele usterek w wyposażeniu karetki. Również cena karetki była znacznie wyższa od innych pojazdów tej klasy oferowanych przez producentów zagranicznych.

Obowiązujące od 1992 roku przepisy celne powodują, że nie ma obecnie możliwości sprowadzania bez cła samochodów bazowych (furgonów) z przeznaczeniem do adaptacji na karetkę sanitarną. Sprowadzane karetki z zagranicy dzięki posiadanemu uzbrojeniu mogą być zwolnione z opłaty celnej, a ich koszt wynosi około 500 mln zł, a nie 1 miliard, jak sugeruje autorka artykułu.

Zakup karetek po 1,05 mld zł przez Wojskowy Szpital Kliniczny był niezależny od MZiOŚ, ponieważ wojskowa służba zdrowia podlega MON i jest finansowana z budżetu tego ministerstwa. Nie zostało natomiast w artykule wyjaśnione, dlaczego ZTM sprzedawały swoje wyroby przez pośrednika, a nie bezpośrednio.

Jak wynika z przytoczonych wyżej uwag artykułu pani Katarzyny Pajdzik wymaga sprostowania, którego domagamy się na łamach Waszego *Biuletynu*.

*Dyrektor Departamentu
Techniki Medycznej MZiOŚ
dr inż. Zygmunt Niechoda*

Artykuł Służba zdrowia: biedna i rozrzućta został napisany na podstawie rozmowy z panią mgr Lucyną Jaroch, dyrektor Zakładów Techniki Medycznej. Tekst był autoryzowany i sprawdzony pod względem merytorycznym przez ww. panią oraz przez radcę prawnego wskazanego przez dyrektor ZTM.

Katarzyna Pajdzik

Między pragnieniami a rzeczywistością

ciąg dalszy ze str. 8

Według Balinta pomyślna praca terapeutyczna zawsze jest wynikiem gry pomiędzy przeniesieniem pacjenta a przeciweniesieniem terapeuty (jego reakcjami, tj. uczuciami, nastrojami, impulsami postępowania).

Tymczasem nauczono nas na studiach i specjalizacjach, że w relacji z pacjentem musimy wygłuszyć wszystko co subiektywne, wg zasady: im bardziej bezosobowy stosunek tym obiektywniejsza diagnoza i leczenie. To jest potrzebne do prowadzenia precyzyjnej obserwacji somatycznej. Jednocześnie nie uwrażliwiono nas na międzyludzką interakcję pomiędzy lekarzem a pacjentem. Obecnie silniej wpływają na tę naszą interakcję mocno utrwalone postawy bezosobowe niż problemy psycho-społeczne przyniesione przez pacjenta. Relacja ludzka pomiędzy lekarzem a pacjentem odbywa się nieco komicznie za pośrednictwem narządów wewnętrznych: "Jak działa Pana żołądek, jak tam z wątrobą, czy był stolec?".

Lekarz tworzy sobie wyobrażenie o pacjencie a pacjent o lekarzu na podstawie wyglądu, postawy, usposobienia, otoczenia, także na podstawie wcześniejszych informacji, nawet uprzedzeń, wpływ mają również wielkość zajmowanego miejsca, projekcje i nieświadomione fantazje. Tak pacjent jak i lekarz mają zinternalizowane wcześniejsze doświadczenia, które aktywizują się w czasie spotkania. Po obu stronach powstają niewypowiedziane życzenia dotyczące wzajemnej relacji. Nie jest wcale łatwo, jak to mogłoby się wydawać, doprowadzić do słownej wymiany tych życzeń. Wymaga to dojrzałości, której pacjent nie podoła a i od nieprzygotowanego lekarza nie zawsze można jej oczekiwać. Przez to obie strony obstarają często przy dziecinnej, pełnej wyrzutów postawie oczekiwania.

cdn.

*Za zgodą autorki
do druku przygotował
dr hab. med. Jan Łazowski*

Palić? Nie palić? A właściwie dlaczego?

ciąg dalszy ze str. 7

Wróćmy jednak do problemów społecznych. Bądźmy świadomi, że sytuacja z XVI wieku nie jest wcale niepowtarzalna. Każdy dzień bezdeszczowej pogody to ileś tam hektarów podpalonych lasów, ileś podpalonych stodoł lub domów, tak właśnie podpalonych przez pijanych przygłupów, rzucających niedopałki. I, czy aby na pewno przygłupów?

Od połowy zeszłego wieku wiadomo, że społeczeństwo ma dwie klasy: Klasę Wyższą i Klasę Niższą. Ową Klasę Wyższą, Doskonałą, Absolutną obserwuję stale na Dworcu Wschodnim, na Brzeskiej itd. Koncentruje Ona w sobie same cechy "pozytywne", bo skoro jest przodująca, to trzeba ją uznać za wzorzec: butelka, "czy się stoi, czy się leży", "Me-re-trix Mater Tua", łamanie młodych drzewek, wyrwanie aparatów z budek telefonicznych, cięcie nożem foteli w tramwaju... (bardzo dużo tych kropek). Towarzyszy temu palenie, bo co właściwie zrobić z rękami. Klasa Wyższa stoi ponad prawem, właśnie dlatego, że jest wyższa. Ostatecznie w tramwaju pod napisem "palenie wzbronione" pali jedynie motorniczy.

Oczywiście nie gardzą papierosem członkowie Klasy Niższej, nawet intelektualni. Jest to odruch zmierzający do zbliżenia się do Klasy Wyższej. Profesorowie uczelni wprawdzie ciągle jeszcze nie niszczą nowo posadzonych drzew, coś im się jeszcze w głowie kołocze z tego, co przekazała im matka, a więc tą drogą nie wywindują się. Denaturat może zaszkodzić wątrobie. Zostaje więc papieros. Tyle tylko, że Doskonałości i Absolutu trzeba przyjść na świat. Jeśli szczyt jest poza zasięgiem, nie ma sensu się wdrapywać, ale pokornie i bez podlizywania się pozostać w Klasie Niższej.

Co do mnie: nie palę, bo nie wierzę, abym tym sposobem osiągnął awans klasowy, bo nie chciałbym być w Anatomikum przedmiotem pokazu przerzutów do mózgu, bo... proszę Państwa, po prostu nie znoszę smrodu.

Ludzie palcie, jeśli chcecie, ale miejcie litość dla niepalących.

*Prof. dr hab. Stefan Kruś
(Przedruk z miesięcznika
"Terapia i Leki" Nr 10/92)*

Pierwsze kroki

(odcinek III)

Zdzisława Abraszko

Lokum dostałam na drugim końcu miasta. W ciągu jednego dnia zwiedziłam dwa szpitale i wszystkie, to jest trzy, linie tramwajowe. Teraz znajduję się w pokoju służbowym, a raczej pokoiku o wymiarach 2,5m x 3m. Łóżko, szafa, stolik, dwa krzesła, żarówka bez klosza, gołe okno, a za nim wysoki parkan. Bardziej przypomina salę chorych lub pokój aresztancki. "Nie podoba mi się tu. - pomyślałam - Straszą mnie wszędzie. Dyscypliną, Ruskimi. Niechętni pacjenci. Nie zostanę tu dłużej. I ten okropny pokój."

Muszę z konieczności rozebrać się i przespać tę pierwszą noc. Nie zdążyłam kupić coś na kolację. Nie widziałam po drodze żadnego sklepu. Teraz wypić wodę z kranu i położyć się spać. W czasie rozpakowywania znalazłam kawałek domowego ciasta. Wzruszyłam się. Moja kochana mama myślała o mnie. Zjadłam ciasto, wypiliśmy zimną wodę. Z pełnym żołądkiem i w spokoju myśli się inaczej. Nie mogę się przejmować, że nie pracuję, tam gdzie chciałam, że pacjenci nie cenią mnie - boją się czy lekceważą?

Wtem ktoś zapukał do drzwi.

- Dzwoni kierownik Pogotowia Ratunkowego. Chce rozmawiać z panią doktor - zgłosił portier.

"Czyżby to był mój znajomy? Chce się spotkać ze mną na tym pustkowiu?" Zeszłam do portierni.

- Tu mówi kierownik Pogotowia Ratunkowego - ustyszałam - nazywam się X, mam prośbę do koleżanki. Lekarz dyżurny zachorował i nie może dyżurować. Byłbym zobowiązany, gdyby koleżanka wzięła ten dyżur w pogotowiu.

Zatkało mnie. Samodzielny dyżur w pogotowiu. Ale nie mogę odmówić. Zarobię trochę pieniędzy. Może to jakaś szansa dla mnie. Zgodziłam się. Kierownik ucieszył się, powiedział, że wysłała po mnie karetkę.

- Idę na dyżur w Pogotowiu Ratunkowym - powiedziała do portiera.

Bałam się w poradni, ale samodzielny dyżur i wyjazd karetką do chorego to nie zwykły strach, to super maxi strach. Na wszelki wypadek zapytałam dyspozytorkę, do jakiego chorego jedziemy.

- Nieprzytomny - odpowiedziała.

Potem wiedziałam już na całe życie, że wyjazd pogotowia ratunkowego to: chory jest nieprzytomny, albo nie oddycha, atak serca, straszny ból albo gorączka 42 stopnie.

Jedziemy więc do nieprzytomnego. Serce mi wali. Czy zdążymy? Na miejscu okazało się, że chory nie był nieprzytomny, od dawna choruje na serce, zabrakło mu leków. Poszedł do poradni, tam nie zarejestrowali go z powodu braku numerków. Jest chory i boi się, że bez leków pogorszy się stan jego zdrowia.

Zbadałam go, posłuchałam serce, zmierzyłam ciśnienie i wypisałam recepty.

- Gdyby powiedział pan rejestratorce, że potrzebuje tylko te same leki, każdy lekarz przepisałby receptę. A tak zatrudnia pan cały zespół pogotowia ratunkowego. Może jakiś inny chory potrzebuje pomocy.

- Nie każdy lekarz chętnie przepisze mi leki. Rejestratorka musi znaleźć kartę chorobową, iść do lekarza, poprosić. Może lekarz ofuknie ją, pomyśli, że to dla znajomego. Taka sprawa kosztuje, a ja jestem rencistą. Jestem ubezpieczony i wszystko mi się należy, nawet karetka.

Szkoda dyskusji. Trudno. Trzeba jeździć na każde zgłoszenie. Niech ktoś spróbuje odmówić, zginie w kryminale.

Następny pacjent rzeczywiście był nieprzytomny. Choruje na padaczkę. Dzisiaj zdenerwował się, upadł i wystąpiły u niego drgawki.

- Pił dzisiaj lub wczoraj wódkę? - zapytałam żonę.

- On w ogóle nie pije. Lekarz mu zabronił.

- Jednak pił dzisiaj.

- Dzisiaj spotkał się z kolegą z partyzantki. Wypili po kieliszku. Jakie tam picie! - zdenerwowała się.

Mój węch nie zawiodł. Zastanawiam się, co mam zrobić z chorym.

- Czemu nie powiesz prawdy lekarzowi - odezwała się starsza kobieta wchodząc do pokoju. - Co rusz spotyka się z kolegami, a to z partyzantki, a to ze szkoły, nie pija, a chleją.

"Pijany, niepijany - pomyślałam - jest nieprzytomny i wymaga opieki. Zawiozę

go do szpitala."

- Niech go potrzymają dłuższy czas. Będzie trochę spokoju w domu - powiedziała starsza kobieta.

Siostra dyżurująca w Izbie Przyjęć, zobaczywszy pacjenta, zawołała:

- Chaborka dopiero dwa dni temu wypisano do domu, a jakie były problemy z wypisaniem!

Lekarz dyżurny szpitala zobaczywszy pacjenta zaatakował mnie:

- Po co koleżanka przywozi pijanego. Nie widzi pani, że jest spity jak bela? Jak pani zechce zwozić takich pacjentów, nie wystarczy łóżek!

- Nie ja go spiłam, nie jest to brat ani swat. Jest chory i trzeba go leczyć - odparłam zdenerwowana.

- Niech więc pani go leczy. Wypisany dwa dni temu, w dobrym stanie, z zakażeniem przyjmowania alkoholu. Myślę, że życzliwa rodzina stara się, żeby pacjent przebywał jak najdłużej w szpitalu. Nie może pani odróżnić pijanego od nieprzytomnego?

- Nie mogę - odparłam - a czy kolega może?

- Trzeba się dużo uczyć - odparł nieco weselej.

- Czy kolega jest pewny, że chory nie uderzył się w głowę? - zapytałam.

- Zaraz pani wyciągnie ciężką artylerię na pomoc. Pewnie myśli pani o krwaku podtwardówkowym? - powiedział złośliwie.

- Jeśli szanowny kolega uważa, że to tylko pijany, to proszę podpisać odmowę przyjęcia chorego do szpitala - zakończyłam dyskusję.

- Co pani taka bojowa? - zapytał - Pierwszy dyżur? Oj, trzeba dużo się uczyć. Na wszelki wypadek przyjmę tego chorego do szpitala.

- Jeśli jestem taka niedouczone, to niech kolega nie opuszcza Izby Przyjęć. Pewnie zaraz coś ciekawego przywiezie - powiedziałam.

cdn.

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

Wrocław

Uprzejmie informuję, że z dniem 1.09.1993 roku na terenie m. Wrocławia i woj. wrocławskiego zostają wprowadzone zmiany w zasadach przyznawania szkielek okularowych dla osób uprawnionych do bezpłatnej pomocy leczniczej.

Wiąże się to z rygorystycznym przestrzeganiem rejestracji i wydawania recept okularowych, do czego zobowiązani zostają wszyscy lekarze okulisci działający na naszym terenie.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, osobie uprawnionej do bezpłatnej pomocy leczniczej przysługuje 1 raz na 2 lata recepta okularowa, upoważniająca do otrzymania w punkcie optycznym jednej pary okularów składających się z oprawki oraz szkielek korekcyjnych oraz jednej pary okularów do blizy.

Dzieci do 16 roku życia w uzasadnionych przypadkach mają prawo do otrzymania jednej pary okularów co 6 miesięcy.

Jedyną podstawę do wydania osobie dorosłej recepty na szkielek okularowe przed upływem 24 m-cy stanowią szczególne zmiany wzroku wymagające korekcji (co najmniej 1,0 D).

Od dnia 1.09.1993 roku nieodpłatnie uzyskać będzie można jedynie okulary według aktualnie obowiązującej najniższej ceny krajowej na szkielek danej mocy

oraz oprawki. (...)

W związku z powyższym należy:

1. Posiadany zapas recept okularowych przekazać do Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. J. Babińskiego we Wrocławiu, w celu ich zarejestrowania jako druki ścisłego zarachowania. (...)

5. Z treścią niniejszego pisma należy odpowiednio wcześniej zapoznać wszystkich zatrudnionych w podległych placówkach lekarzy okulistów i zobowiązać na piśmie do przestrzegania podanych zasad. (...)

*Dyrektor
Wydziału Zdrowia
Stanisław Cebra*

Legnica

**Wojewoda Legnicki
ponownie ogłasza
konkurs na stanowiska
dyrektorów:**

- Zespołu Opieki Zdrowotnej w Legnicy,

- Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Legnicy,

- Górniczo-Hutniczego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lubinie.

Kandydaci powinni spełniać następujące warunki:

- wykształcenie wyższe - preferowane kierunki: ekonomiczny, prawniczy, organizacja i zarządzanie,

- wyższe medyczne ze specjalizacją II lub I stopnia w dziedzinie medycyny,

- 5-letni staż pracy, w tym co najmniej 2 lata na stanowisku kierowniczym,

- dobry stan zdrowia.

Wynagrodzenie zgodne z obowiązującym w służbie zdrowia taryfikatorem płac. Mieszkanie na ogólnie obowiązujących zasadach. Kandydaci zostaną poddani testom psychologicznym.

Oferta powinna zawierać:

- podanie wraz z motywacją ubiegania się o stanowisko,

- dokumenty stwierdzające posiadane kwalifikacje zawodowe,

- opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,

- kwestionariusz osobowy,

- opinię pracy z ostatnich trzech lat pracy zawodowej,

- zaświadczenie o niekaralności w tym za przewinienia zawodowe,

- opracowaną koncepcję funkcjonowania jednostki, którą będzie kierował.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu winni złożyć dokumenty w terminie 30 dni od daty ukazania się ogłoszenia w opieczętowanej kopercie z napisem "konkurs" pod adresem Wydziału Zdrowia UW w Legnicy, Plac Słowiański 1. Decyduje data stempla pocztowego. Termin rozpatrzenia wniosków - w 7. dniu od daty upływu terminu zgłoszenia.

Pierwsze Targi Pro - Life w Zurychu

Na początku czerwca br. odbyły się w Zurychu pierwsze Targi Pro-Life, poświęcone przede wszystkim rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Wzięło w nich udział ponad 200 wystawców ze Szwajcarii i z zagranicy. Zaprezentowano nowoczesny sprzęt ułatwiający życie osobom niepełnosprawnym oraz przedstawiono urządzenia służące osobom zdrowym. Można było obejrzeć aparaturę do masażu, zdrową żywność, testy dotyczące ogólnego stanu zdrowia, medycynę naturalną.

Dużym zainteresowaniem klientów cieszyły się stoiska:

1) poświęcone testom na ogólny

stan zdrowia - prowadzono tu badania poziomu cukru we krwi, badania wzroku, słuchu, wydolności płuc, mierzono wzrost, wagę, ciśnienie krwi, badano muskulaturę mięśni,

2) prezentujące nowoczesne fotele z urządzeniem do przeprowadzania masażu kręgosłupa,

3) wystawiające specjalne pończochy i rajstopy przeciwko żylakom oraz przeciw cellulitis, a także przeciw pękaniu naczyń krwionośnych,

4) ze sprzętem rehabilitacyjnym, np. nowoczesnymi automatycznymi wózkami, specjalnymi wannami, m.in. do kąpieli w bardzo drobnych, sproszkowanych kryształkach szkła (

przeciw odleżynom), sprzętem specjalnym do ubierania, jedzenia, komputerami etc.,

5) popularyzujące zdrową żywność.

Zwiedzający mieli możliwość zakupu różnorodnych artykułów po obniżonej cenie, a przedstawiciele wielu firm - możliwość nawiązania kontaktów handlowych.

Mimo że Targi Pro-Life w Zurychu dobiegły końca, główny ich cel - pomoc osobom niepełnosprawnym i ich rehabilitacja - propagowany jest w Szwajcarii nieprzerwanie.

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

Dyrektor
Specjalistycznego Szpitala Zespołowego we Wrocławiu, ul. Traugutta 116

ogłasza

konkurs na stanowisko ordynatora

Oddziału Neonatologii Szpitala im. Falkiewicza (w organizacji).

Kandydaci obowiązani są przedłożyć:

- 1) podanie,
- 2) dokumenty stwierdzające posiadanie kwalifikacji zawodowych wymaganych stosownie do obowiązujących przepisów (specjalizacja II st. z neonatologii lub pediatrii),
- 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej,
- 4) opinie o pracy z okresu ostatnich 3 lat pracy zawodowej,
- 5) oświadczenie o niekaralności, w tym za przewinienia zawodowe.

Podanie wraz z ww. dokumentami należy składać na adres Dyrekcji Szpitala: Wrocław, ul. Traugutta 116 - w terminie 30 dni od dnia ukazania się ogłoszenia, z adnotacją "konkurs".

O terminie konkursu zainteresowani zostaną powiadomieni.

Szpital nie oferuje mieszkania.

Regulamin postępowania konkursowego zainteresowani mają do wglądu w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej lub w sekretariacie szpitala.

Zarząd Główny
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 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.

Przewiduje się wykłady zaproszonych gości z kraju i z zagranicy oraz prezentacje prac oryginalnych, sesje plakatowe, wystawy firm farmaceutycznych. Koszt uczestnictwa wynosi 200 000 zł, osoby towarzyszącej 100 000 zł. Koszt zakwaterowania około 300 000 zł za dobę. Termin przysyłania zgłoszeń udziału i wpłat kosztu uczestnictwa do dnia 10.01.1994 r. Formularze zgłoszeń dostępne są w Oddziałach PTHiT i w Klinikach Hematologii. Termin przysyłania streszczeń: 28.02.1994.

Komunikat nr 2 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.Kielbiński

Przewodniczący Komitetu
Organizacyjnego
prof.dr hab. S.Kollarek-Haus

Fundacja Rozwoju Nauki Polskiej
I
Zakład Chirurgii Stomatologicznej
Studium Stomatologicznego - CMKP

uprzejmie informują, że w dniach 23 październik, 6 listopad i 13 listopad 1993 r. (3 soboty) odbędzie się trzydniowy kurs na temat:

"Objawy chorób układowych występujących w jamie ustnej oraz wskazania do postępowania lekarza stomatologa w przypadkach tych schorzeń"

Kurs jest przeznaczony dla specjalistów wszystkich specjalności stomatologicznych oraz lekarzy stomatologów przygotowujących się do specjalizacji na I i II stopień we wszystkich specjalnościach stomatologicznych. Zajęcia będą odbywały się w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego Warszawa, ul. Marymoncka 99 (sala "A" - parter).

Początek zajęć o godz. 9.30. Wypełnione przez słuchaczy formularze zgłoszeń prosimy przysyłać bezpośrednio na adres: Zakład Chirurgii Stomatologicznej Studium Stomatologicznego - CMKP Warszawa ul. Fieldorfa 40 po uprzednim dokonaniu opłaty kursu w kwocie 450.000 zł na konto Fundacji Rozwoju Nauki Polskiej 01-698 Warszawa, nr konta PKO BP X Oddział Warszawa 1603 - 500252 - 131, zaznaczając jednocześnie, że jest to wpłata za uczestnictwo w kursie nr 93164 - 16 - III.

Do wypełnionego formularza zgłoszenia prosimy dołączyć kserokopię dowodu wpłaty, a oryginał zachować. Uczestnik kursu w celu otrzymania zaświadczenia o jego ukończeniu zobowiązany jest do wysłuchania wszystkich referatów (wykładów), jakie będą wygłoszone w wyżej wymienionych dniach. Uczestnictwo w kursie prosimy zgłosić w terminie nie późniejszym niż 11 października 1993 r.

Rektoskop nowy sprzedam,
67-62-03

Szanowna Pani Doktor,
Szanowny Panie Doktorze,

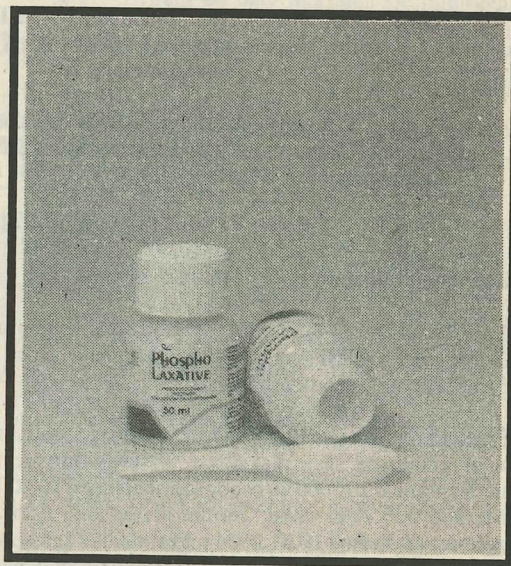
Z inspiracji środowisk lekarskich, a w szczególności chirurgów i ginekologów podjęliśmy w naszym Przedsiębiorstwie produkcję preparatu Enema, będącego gotową do użycia wlewką doodbytniczą, opartą na hipertonicznym roztworze soli fosforanowych (wg U.S. Pharmacopea) w opakowaniu do jednorazowego użytku.

Preparat ten jest jedynie z pozoru banalny. Według szacunkowej oceny w Polsce wykonuje się co najmniej milion takich zabiegów w szpitalach. W jakich warunkach i jaką metodą zabieg ten jest wykonywany, każdy z nas wie. W wiodących szpitalach i placówkach naukowych wyposażonych często w tomografy komputerowe i aparaturę do pomiaru rezonansu magnetycznego zabieg ten wykonywany jest techniką XIX-wieczną, tzn. przy użyciu gumowego zbiornika lub gruszki oraz ebonitowej kaniuli wielokrotnego, żeby nie powiedzieć masowego użytku. Płynem powszechnie stosowanym do oczyszczania jelita grubego jest woda kranowa lub mydliny (!!!). O sterylizacji instrumentów do wykonywania wlewek nie można nawet marzyć, ponieważ ten archaiczny sprzęt nie zniosłby takiego zabiegu. Wszystko to dzieje się w środku Europy w epoce epidemii AIDS.

Nie ma kraju o cywilizowanej medycynie, w którym lewatywy wykonuje się tak jak u nas. Wszyscy wiemy, że nasza służba zdrowia jest biedna, że szpitale nie mają pieniędzy. Możemy jednak dać pacjentowi szansę i poinformować go, że Enema jest dostępna w aptece. Wprowadzając na rynek Enemę dajemy pacjentowi, pielęgniarce i lekarzowi to, co zna już od dawna cały cywilizowany świat.



Pozwalamy sobie dołączyć również informację o preparacie Phospho-Laxative. Jest to doustny środek przeczyszczający, który w zależności od dawkowania służy do zwalczania zaparć, bądź też do pełnego skutecznego oczyszczenia przewodu pokarmowego przed badaniem diagnostycznym lub zabiegiem chirurgicznym. W tym ostatnim przypadku stosuje się łącznie z Enemą.



Producent:



**Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne
"RiC"**

02-677 Warszawa, ul. Cybernetyki 11 tel. 43-23-31 fax 47-24-32

Dystrybucja:

- Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne "RiC"
- Sieć Cefarm-ów oraz lokalnych hurtowni

Preparat dostępny w każdej aptece

Polskie Towarzystwo Lekarskie

Oddział w Wałbrzychu

**Katedra i Klinika Gastroenterologii
Akademii Medycznej
we Wrocławiu**

oraz

**specjalista wojewódzki w zakresie chorób wewnętrznych
zapraszają na**

konferencję naukowo-szkoleniową na temat

"Przewlekłe zapalenie trzustki"

która odbędzie się na zamku Książ k. Wałbrzycha, 13 listopada 1993 roku.

Początek konferencji: godz. 10.00

Program:

Referat główny: prof. dr hab. Jan Dzieniszewski (Warszawa) -
Etiologia i patofizjologia przewlekłego zapalenia trzustki

Konferencja okrągłego stołu:

Klinika, diagnostyka i leczenie przewlekłego zapalenia trzustki

Moderator: prof. dr hab. Zbigniew Knapik

Uczestnicy: prof. dr hab. Zdzisława Bem, prof. dr hab. Jan Dzieniszewski, prof. dr hab. Wanda Lubczyńska-Kowalska, prof. dr hab. Stanisław Świtka (Warszawa), dr hab. Zygmunt Grzebieniak, dr hab. Leszek Paradowski, dr med. Hanna Birecka, dr med. Jan Ceder, dr med. Zbigniew Sajewicz.

*specjalista wojewódzki w zakresie chorób
wewnętrznych
dr hab. Leszek Paradowski*

*przewodniczący Oddziału Wojewódzkiego
PTL
dr med. Sławomir Suchocki*

*kierownik Katedry i Kliniki
Gastroenterologii
prof. dr hab. Zbigniew Knapik*

Oddział Wrocławski

MEDECINS DU MONDE

(MmM)

zawiadamia wszystkich chętnych do reaktywowania powyższego stowarzyszenia na Dolnym Śląsku.

Oferty pracy i współpracy proszę przesać na adres Dolnośląskiej Izby Lekarskiej: ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław z dopiskiem "MmM", do końca października 1993 roku.

Maciej Przestalski

W dniach 13 i 14 października 1993 roku (środa, czwartek) odbędzie się symposium pt.

"Schorzenia reumatyczne w praktyce szpitalnej i sanatoryjnej"

organizowane przez Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa (PTS), Okręgowy Szpital Kolejowy we Wrocławiu i Kolejowe Sanatorium Narządu Ruchu we Wleniu. Miejscem obrad będzie Sanatorium Kolejowe we Wleniu (woj. jeleniogórskie) ul. Jaśkiewicza 1.

Oprócz sesji naukowej przewiduje się wycieczkę szlakiem zamków piastowskich i spotkanie towarzyskie.

Bliższe informacje można uzyskać w Oddziale Wrocławskim Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa przy Okręgowym Szpitalu Kolejowym - tel. 68-50-30 lub 68-50-96 (kol. Lech Lenkiewicz, kol. Piotr Wiland).

Uczestnicy symposiumu ponoszą jedynie koszty wyżywienia i wycieczki. Symposium sponsorowane jest przez firmę farmaceutyczną Smith Kline Beecham.

Za Komitet Organizacyjny

Prezes	Sekretarz
Oddziału	Oddziału
Wrocławskiego PTS	Wrocławskiego PTS
Lech Lenkiewicz	Piotr Wiland

Informujemy, że w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych we Wrocławiu dr Kucharska prowadzi szkolenia z orzecznictwa o czasowej niezdolności do pracy (wydawanie druków L-4 w gabinetach prywatnych). Zainteresowani mogą zgłaszać się telefonicznie (61-60-11 w.336) w środy, w godzinach 8.00-13.00.

Lekarka, lat 38, zamieszkała i pracująca we Wrocławiu nawiąże kontakt z odpowiedzialnym kawalerem do lat 40, po studiach.
(adres znany redakcji)

Zostawić ślad na drodze przemijania

Raz tylko będą wędrował po ziemi. Jeśli więc mogę człowiekowi albo zwierzęciu uczynić coś dobrego lub miłego, uczynię to natychmiast i nie będę odkładał do jutra. Bo raz tylko będę wędrował po ziemi i drogi mojej więcej nie powtórzę.

Słowa Galsworthego otwierające tomik wierszy Wiesława Prastowskiego "Zostawić ślad..." wskazują na prolematykę utworów. Spośród 25 aż 16 ma charakter refleksyjno-filozoficzny, mówią o człowieku, jego miejscu we wszechświecie, poszukiwaniach sensu życia i nadrzędnych wartości.

Wszechświat podlega stałym zmianom. Z chaosu wyłania się materia, która nieustannie zmierza ku formom doskonalszym. W toku ewolucji pewnego dnia pojawił się człowiek. Wydaje się wyjątkowym tworem natury, *bowiem tylko człowiek wierzy i ufa, kocha i nienawidzi, zdolny jest zabić lub życie swoje poświęcić drugiemu* ("Wystarczy być człowiekiem"). Sprzeczne możliwości tkwiące w człowieku wynikają z samej natury świata, którego jedną z właściwości jest antynomia: współistnienie światła i ciemności, procesów powstawania i rozpadu, integracji i dezintegracji, dobra i zła. Człowiek obdarzony wolą i rozumem może dokonać spośród nich wyboru. Dla podmiotu lirycznego wartościami nadrzędnymi stają się dobro i miłość. W wierszu "Miłości niczym nie da się zastąpić" mówi:

Miłość jest uczuciem i działaniem

W miłosnym zespoleniu stajemy się jednością

Od Boga dana jest nam umiejętność kochania

*Miłość to nieustanne wyzwanie
To ruch i niepokój a nie stan spoczynku*

To miłość pozwala nam przejść samego siebie

I być bliżej BOGA

Oddaliśmy się od siebie gdy znikną

Miłości niczym nie da się zastąpić

We fragmencie tym pojawia się Bóg. Charakterystyczne, że występuje w utworach dotyczących miłości i śmierci, również w "Modlitwie", nie ma go natomiast w rozważaniach nad wszechświatem, nad jego pochodzeniem i przyszłością. Tu podmiot liryczny powołuje się na Kanta, filozofię realistyczną opartą na myśli Arystotelesa i Tomasza z Akwinu, wreszcie XX-wiecznych egzystencjalistów. Przytacza znane twierdzenia i prawdy, popularne antynomie, utrwalone frazeologizmy. Osobiście sędzę, że ta znajomość filozofii raczej szkodzi utworom: erudycja zabija poezję - "ekspresję duszy". Brakuje mi oryginalności, niepowtarzalności, świeżości myśli, nieoczekiwanych skojarzeń, a tego właśnie szukam w wierszach. Monotonne wyliczenia, piętrenie antytez, potoczne frazeologizmy, liczne powtórzenia i paralelizmy składniowe utwierdzają mnie w powyższym przekonaniu. Rażą również usterki stylistyczne: pleonazmy, ("etyka i moralność") i nieporadne zdania (Że wszystko co natura zdziałała / Uczyniła to bez udziału mózgow).

Na zakończenie warto powiedzieć parę słów o autorze. Wiesław Prastowski ukończył w 1961 r. Wydział Lekarski Akademii Medycznej we Wrocławiu. Specjalizował się w dziedzinie chorób wewnętrznych, w 1970 r. uzyskał doktorat. Interesuje się poezją, literaturą i filozofią.

(Wiesław Prastowski: Zostawić ślad... Wydawnictwo I-BiS, Wrocław 1993)

(j.c.)

Pani dr Jadwidze Budzińskiej serdeczne wyrazy współczucia z powodu zgonu Ojca składają koleżanki i koledzy z Kola Ziemi Oleśnickiej DIL

Wyrazy współczucia drowi n.med. Zbigniewowi Małachowskiemu z powodu śmierci żony Hanny

składają lekarze Kola DIL przy Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Babińskiego.

13 sierpnia 1993 roku zginął w Alpach lekarz medycyny Wiesław Okniński, absolwent wrocławskiej Akademii Medycznej.

W Wieśku straciliśmy szlachetnego człowieka, najlepszego przyjaciela, troskliwego syna, brata i męża, wspaniale zapowiadającego się lekarza.

Pogrążona w smutku żona

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 7 września zmarł po długiej chorobie w wieku 61 lat lek.med. Jan Stebnicki. Był specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii, pracował w ZOZ Wrocław Fabryczna.

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

W dniu 1 sierpnia 1993 roku zmarł we Wrocławiu lek.med. Hieronim Bartoszewski. Z głębokim żalem żegnamy pioniera wrocławskiej i dolnośląskiej pediatrii, wybitnego organizatora opieki nad matką i dzieckiem

Rada Dolnośląskiej Izby Lekarskiej

Odeszli od nas...

Prof. Włodzimierz Józefowicz urodził się 15 kwietnia 1932 roku w Łodzi. Podczas II wojny światowej wielokrotnie zmieniał miejsca zamieszkania pod przybranym nazwiskiem - Klimczak.

W 1948 roku ukończył Gimnazjum im. Stefana Żeromskiego, a w 1951 roku Państwowe Liceum Techniki Dentystycznej w Łodzi. W roku 1955 ukończył z odznaczeniem Oddział Stomatologii Akademii Medycznej w Łodzi, a w 1966 roku Wydział Lekarski tejże uczelni.

Jako student IV roku stomatologii w 1954 roku rozpoczął pracę w Zakładzie Protetyki Stomatologicznej jako asystent. Przeszedł kolejne etapy awansu akademickiego, był docentem, profesorem, a od 1985 r. kierownikiem Zakładu Protetyki.

W latach 1971-1978 piastował funkcję dyrektora Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Łodzi.

W latach 1978-1980 pracował jako profesor w Zakładzie Protetyki Stomatologicznej Uniwersytetu Gapydus w Benghazu w Libii.

W latach 1981-1986 pełnił funkcję prodziekana Wydziału Lekarskiego AM w Łodzi ds. stomatologii.

W 1965 roku uzyskał stopień doktora nauk medycznych, a w 1969 r. - doktora habilitowanego. W 1978 roku nadano mu tytuł profesora nadzwyczajnego.

Żonaty, miał dwoje dzieci.

Za swój trud i osiągnięcia w pracy naukowej, zawodowej, dydaktycznej i organizacyjnej odznaczony m.in.: Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Złotym Krzyżem Zasługi, Odznaką "Za wzorową pracę w służbie zdrowia".

Należał do wielu prestiżowych towarzystw naukowych, gdzie pełnił wysokie godności. W latach 1981-1985 był prezesem Łódzkiego Oddziału PTS, a w latach 1985-1993 - prezesem Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego. Od 1986 roku należał do Międzynarodowego Towarzystwa Stomatologicznego FDI, był również członkiem Zarządu Europejskiego Towarzystwa Stomatologicznego ERD. W latach 1991-1992 Prezydent, a od 1992 Past Prezydent Europejskiego Towarzystwa Protetyki Stomatologicznej EPA.

Niezastąpiony organizator i współorganizator wielu konferencji naukowych, krajowych i międzynarodowych oraz dwóch - VII i VIII - kongresów stomatologów polskich.

Jeden z inicjatorów powstania izb lekarskich. Skarbnik, członek Prezydium i Rady NIL. Powołany przez Lecha Wałęsę do Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencie.

27.08.1993 r. odbył się w Łodzi pogrzeb profesora Józefowicza. Tłumy uczniów, kolegów i pacjentów żegnały tego wspaniałego człowieka, świetnego fachowca, cenionego przez wszystkich pacjentów, wyśmienitego nauczyciela, który wychował rzeszę stomatologów, wspaniałego kolegę i człowieka. Miał wiele planów, które będą realizować jego współpracownicy i wychowankowie.

Ryszard Łopuch
Jan Wnukiewicz

LISTY DO REDAKCJI



NIELEGALNE PRAKTYKI LEKARSKIE

Od redakcji

Poniżej przedstawiamy pismo wystosowane przez Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej do ministra sprawiedliwości.

Szanowny Panie Ministrze,

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Pana Ministra w następującej sprawie:

W ostatnich latach coraz częściej ujawniane są na terenie kraju przypadki nielegalnego prowadzenia praktyk lekarskich, głównie przez osoby przybywające ze wschodu. Chodzi zarówno o osoby nie posiadające w ogóle dyplomu lekarza, jak też o lekarzy, którzy nie uzyskali stosownie do obowiązujących w Polsce przepisów prawnych-prawa wykonywania zawodu lekarza.

Według przepisu art.26 w związku z art.1 ustawy z dnia 28 października 1950 roku o zawodzie lekarza (Dz.U. nr 50 poz.458 z późniejszymi zmianami) wykonywanie czynności polegających na rozpoznawaniu, leczeniu i zapobieganiu chorobom, a także wydawanie orzeczeń lekarskich stanowi ścigane z urzędu przestępstwo.

Kierując się treścią tego przepisu okręgowe rady lekarskie skierowały do prokuratur około pięćdziesięciu zawiadomień o ujawnionych przypadkach nielegalnego wykonywania zawodu lekarza. Jak wynika z informacji uzyskanych przez Naczelną Izbę Lekarską z okręgowych izb lekarskich, w żadnej z zakończonych w prokuraturach spraw (o których zakończeniu izby zostały powiadomione), nie wniesiono aktu oskarżenia. Podjęto w nich decyzje bądź o odmowie wszczęcia postępowania, bądź o umorzeniu postępowania przygotowawczego-z powodu niestwierdzenia przestępstwa, w tym także z uwagi na znikomy stopień szkodli-

wości społecznej czynu.

Nie jest intencją niniejszego wystąpienia podważanie zasadności decyzji prokuratorów w poszczególnych sprawach. Kierujemy się troską o to, ażeby w imię zapewnienia społeczeństwu fachowej, kompetentnej i w pełni odpowiedzialnej opieki lekarskiej skutecznie przeciwdziałać nielegalnym praktykom, które naruszając obowiązujący porządek prawny, równocześnie szkodzą tak rozumianej opiece lekarskiej. Niewątpliwie przeciwdziałanie to powinno być prowadzone przy użyciu wielu, różnorodnych środków. Jednym z nich jest z całą pewnością ściganie karne.

Pragniemy zwrócić uwagę Pana Ministra na zdarzające się przypadki ewidentnie szkodliwych dla zdrowia pacjentów skutków stosowania wobec nich nielegalnych praktyk lekarskich. Szczególnie drastyczny przypadek zgłosiła Prokuratura Wojewódzkiej w Bielsku-Białej tamtejsza Okręgowa Rada Lekarska.

Po zastosowaniu swoistych metod "leczenia" przez terapeutę w Ustroniu tylko natychmiastowa pomoc udzielona w szpitalu uchroniła pacjenta przed śmiercią.

Na tle przedstawionej sytuacji Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zwraca się do Pana Ministra z prośbą o zainteresowanie się problematyką ścigania nielegalnych praktyk lekarskich, o uwzględnianie przez prokuratorów szerokiego aspektu szkodliwości społecznej tych praktyk, a w rezultacie o doprowadzenie do większej skuteczności przeciwdziałania tym praktykom, także środkami karnymi.

Byłoby równocześnie pożądane rozstrzygnięcie kwestii uznawania uprawnień izb lekarskich do wnoszenia zażaleń na postanowienia prokuratorów kończące postępowanie.

Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej będzie wdzięczne za informacje o zajęciu przez Pana Ministra stanowisku.

Wiceprezes
Naczelnej Rady Lekarskiej
dr Bożena Pietrzykowska



LEKARZ POLSKI W STANACH ZJEDNOCZONYCH

Od redakcji

Otrzymałem w ostatnich dniach list od lekarza pracującego w USA. Fragmenty tego tekstu - wyjąwszy oczywiście część osobistą - mogą być jak sądzę ciekawe dla naszych czytelników.

Włodzimierz Bednorz

12 lipca 1993

Kochany Włodku:

Bardzo Ci dziękuję za obszerny i wspa-
niały list z załącznikami (*Sztuka i Medy-
cyna, Biuletyn*). Gratuluję Ci takiego
wspianego wydawnictwa. Przyjemnie
jest spotkać znane mi nazwiska osób, z
którymi studiowaliśmy i którzy dzięki
swoim zdolnościom tak wysoko wybili
się w życiu Uczelni albo środowiska le-
karskiego. Widzę, że bardzo jesteś zaan-
gażowany w tej działalności, którą
można prowadzić bez żadnych represji,
jak to było za moich czasów. Mogę Ci
tylko życzyć sukcesów w tej dziedzinie i
trochę pozazdrościć, z jaką wielką łatwo-
ścią przychodzi Ci używanie pióra jako
skutecznej i nieszkodliwej dla życia "cu-
downej broni". Wpisz mnie na jej prenu-
meratę.

Niestety, jak widzisz, ja rzadko chwy-
tam za pióro, a właściwie za komputer,
stad popełniane błędy, za które musisz mi
wybaczyć. Co do moich wspomnień, to
osobny rozdział i może być z tego niedu-
ża książka, która musi być na razie odlo-
żona. Wszystko, co udało mi się do tej
pory osiągnąć w Stanach, to zasługa Naj-
wyższego, który chronił mnie przed nie-
bezpieczeństwem ze strony różnych
ludzi, najczęściej psychopatów lub tutej-
szych "komisarzy". Niestety dano mi wy-
czuć, że ze względu na moją przeszłość
w Polsce moja kariera zawodowa ma
pewne ograniczenia, których nie będę
mógł przekroczyć. Dlatego też musiałem
rezygnować z działalności twórczej na
polu naukowym i poświęcić się całkowi-
cie pracy lekarskiej.

Teraz jest to już mój trzeci rok samo-
dzielnej praktyki lekarskiej, która pozwa-
la mi być w pełni zadowolonym i
usatysfakcjonowanym, a przy tym po-
zwala poprawić swój status materialnie i
zapewnić całej rodzinie względny byt.
Wymaga to jednak całodzienniej pracy z

częstymi telefonami od pacjentów lub ze
szpitala o różnych porach dnia. Praktycz-
nie jesteś uwiązany do swojego kieszon-
kowego "odbiornika", na którym podany
masz numer, na jaki odpowiedzieć.

Obecnie przymierzam się do otwarcia
własnego gabinetu prywatnego w nowo-
postawionym budynku. Jest to po domku
największa moja inwestycja i chyba naj-
ważniejsza, bo daje mi większą samo-
dzielność i niezależność. Ciekawe to
jest w tutejszych warunkach. Kiedy wła-
ściciel gabinetu, od którego wynajmuję
mój dotychczasowy gabinet, dowiedział
się o tym, zaproponował od razu obniże-
nie mojego czynszu z umową na wiele lat,
jeżeli pozostanę u niego. Ale wcześniej
byłem zmuszony załatwiać umowę na
wynajęcie gabinetu poprzez adwokata i
podpisać wiele stron różnych głupstw,
którymi się zabezpieczał właściciel,
abym przypadkiem nie wykupił jego
własności. Dużo pomogła mi w tym moja
żona, która szybko zorientowała się, że
wynajęcie gabinetu będzie kosztować
więcej z każdym rokiem, jak tylko pra-
ktyka się powiększa i właściciel (kapita-
lista) stara się wyciągnąć od ciebie jak
najwięcej. Chyba nie spodziewał się, że
tak szybko się wybudujemy, bo inaczej
byłby przyjemniejszy dla mnie.

Mam też parę innych posad: kierownik
Ośrodka Leczenia Odwykowego dla Nar-
komanów (jako internista, oczywiście,
który zajmuje się tylko dolegliwościami
ogólnymi tych pacjentów), kierownik
medyczny w więzieniu dla
najgroźniejszych przestępców, lekarz
ogólny dla najbiedniejszych pacjentów
raz w tygodniu w przychodni szpitalnej,
opisywanie EKG dla szpitala (jestem opła-
cany za to uczciwie: raz na kwartał
otrzymuję czek, który może pokryć dwu-
miesięczne wynajęcie gabinetu), a także
mam swoich prywatnych pacjentów w
szpitalu, których odwiedzam codziennie.
Dodaj do tego jeszcze funkcję lekarza
szkolnego i prowadzenie szkoleń pody-
plomowych w szpitalu. Ten cały system
jest dość skomplikowany przy pier-
wszym spojrzeniu, ale daje Ci wyobraże-
nie, że, jeżeli chcesz, możesz pracować,
gdzie tylko chcesz i w pełni możesz wy-
korzystać swój czas i wiedzę. W ten spo-
sób lekarz jest tutaj maksymalnie
wykorzystany, w sensie pozytywnym,
oczywiście. Z miejscami w szpitalu nie
ma zazwyczaj problemów, bo dba się,
aby pacjent nie leżał zbyt długo, a wszel-
kie badania można zrobić pacjentowi w
gabinecie.

Swoją wolny czas, niewiele go zostaje,
spędzam na pracy w domku. Mamy włas-
ny ogródek, który sami założyliśmy na
naszej posiadłości. Także trochę zabawy
z małym, ale szybko rosnącym pieskiem
oraz trochę sportu na urządzeniach gi-
mnastycznych (bardzo tu popularnych).

Na telewizję nie ma już czasu, chociaż
wybór jest ogromny. Muszę czytać na
bieżąco literaturę i odnawiać punkty, aby
otrzymać zezwolenie co roku do przy-
mowania pacjentów w szpitalu. Każdy
szpital określa minimum punktów (cre-
dits), jakie musisz w ciągu roku zdobyć,
czy to poprzez uczestniczenie w wykładach
lekarskich czy też korespondencyj-
nie poprzez różne kursy. Jest to typowe
dla szkolenia podyplomowego w Sta-
nach.

Myszę, że gdybyś miał trochę czasu, to
wpadnij do nas, to zobaczysz to lepiej z
bliska.

P. Sidorowicz
Dolnośląska Izba Lekarska



PANI PREMIER MIJA SIĘ Z PRAWDĄ

Proszę, w imieniu Koła DIL przy
Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-
Epidemiologicznej we Wrocławiu, o
zaprotowanie przeciwko mijają-
cym się z prawdą wypowiedziom pa-
ni premier Hanny Suchockiej, która
tłumaczy wielomilionowe podwyżki
w administracji państwowej - pod-
wyżką, którą "budżetówka" otrzy-
mała w kwietniu.

Są to kpiny w żywe oczy, mówione
publicznie.

Nie możemy tego przemilczeć, bo
tak, jak służbę zdrowia robi się bez-
czelnie "w konia", tego nie czyni się
w stosunku do żadnej grupy społecz-
nej, chyba że emerytów.

Nie mieści się w głowie podwyżka
w administracji w zestawieniu z
kwietniową w służbie zdrowia, gdzie
słusznie niejednokrotnie stracili finan-
sowo. Niektórzy otrzymali 50 tys. zł,
inni kilkaset a większość straciła na
tych manipulacjach 140 tys. zł.

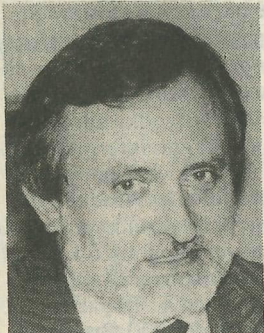
Bardzo przekonująco pani pre-
mier obwieściła Polsce o podwyżce
w budżetówce w kwietniu. Teraz
wiemy, dlaczego podwyżka (fakty-
czna) w administracji była zawieszona.

Uważamy, że DIL musi panią pre-
mier lub pana prezydenta poinformo-
wać, jak została przeprowadzona
podwyżka w służbie zdrowia, żeby
nie musiała się Ona kompromitować
- a nam, żeby nie "otwierał się nóż w
kieszeni" z powodu nieustającej aro-
gancji władzy i stałego traktowania
nas jak głupców.

Za Koło DIL
Przewodnicząca i delegat
Danuta Dobrucka

WHO IS WHO?

Włodzimierz Bednorz



Przewodniczący Rady DIL, przewodniczący Komisji Informacji DIL, sędzia Sądu Naczelnego w NIL, redaktor naczelny "Biuletynu DIL" oraz "Sztuki i Medycyny".

Dyplom lekarza uzyskał w 1969 roku na AM we Wrocławiu. Jest specjalistą (II stopień) w dziedzinie chorób wewnętrznych.

Pracuje we wrocławskiej Katedrze i Klinice Endokrynologii jako adiunkt. Za swoje osiągnięcia w życiu zawodowym uważa "kilku wyleczonych pacjentów".

Zona - również adiunkt - pracuje w Klinice Nefrologii Pediatricznej AM, dzieci (17-letnia córka i 18-letni syn) uczą się w liceum. Pasjonują go polityka, książki i prasa. Chętnie podróżuje, lubi spacerować po lesie.

"Wiele Koleżanek i Kolegów włożyło ogromnie dużo zaangażowania w pracę Izby. Poświęcili swój wolny czas, swoje siły i swoje pieniądze po to, aby samorząd lekarski mógł reaktywować się po wielu latach niebytu. Aktywnie działali w kołach, spędzali czas na często nudnych naradach, organizowali spotkania towarzyskie i naukowe. Byli dla kilkudziesięciu członków Rady prawdziwą inspiracją i działającą bez przerwy komisją rewizyjną. Chciałbym im wszystkim wyrazić słowa szczerzego uznania i podziękii.

Waldemar Jastrzębski



Członek Rady i Prezydium DRL.
Absolwent AM we Wrocławiu z 1977

r. Specjalista II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Jest zastępcą ordynatora Oddziału Kardiologiczno-Internistycznego w Górniczo-Hutniczym Specjalistycznym ZOZ w Lubinie.

Zonaty, dwóch synów. Lubi muzykę i wodne sporty.

Postuluje: "Więcej tolerancji. Jeśli chcesz być szczęśliwym - bądź nim."

Pierwszą kadencję izby znamionowały:

"Bardzo dużo niezwykle pracochłonnych działań organizacyjnych. Bardzo mało efektów błyskotliwych, spektakularnych i wymiernych. Potrzebna bardzo pilnie większa przebojowość w środkach masowego przekazu. Za główny mankament tej kadencji uważam fakt, że Izba (zwłaszcza Naczelna Izba Lekarska) nie zdołała wypracować sobie odpowiednio silnego autorytetu i pozycji opiniującej przy formułowaniu i wprowadzaniu w życie aktów prawnych dotyczących środowiska lekarskiego."

Ryszard Łopuch



Zastępca przewodniczącego DRL, członek Rady DIL i Prezydium DRL, członek Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, przewodniczący Komisji ds. Reformy Służby Zdrowia.

Dyplom lekarza uzyskał w 1968r. we wrocławskiej AM. Specjalizował się w stomatologii ogólnej. Kieruje Przychodnią nr 20 w ZOZ Fabryczna we Wrocławiu. Za ważne w swoim życiu zawodowym i publicznym uważa działalność w Polskim Towarzystwie Stomatologicznym oraz w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

Zonaty, dwoje dzieci (13-letnia córka i 11-letni syn).

Jego hobby stanowią sport i literatura piękna.

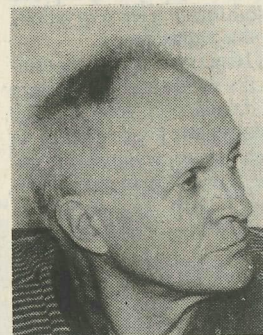
Dewiza życiowa: "uczciwość - szczerść - przyjaźń".

"Za osiągnięcia pierwszej kadencji Izby na pewno można uznać: zorganizowanie administracji, porad prawnych i pożyczek dla kolegów, również dobrze działającego działu socjalnego. Sprawnie działają terenowe koła Izby, które integrują środowisko, tworzą również własne

kluby. Ogrom pracy włożony przez kolegów działających w Izbie nie zawsze jest dostrzegany przez jej członków. Zła ustawa o izbach lekarskich nie pozwala na prowadzenie walki zgodnie z prawem o sprawy bytowe lekarzy. Świadczą o tym spory dotyczące opłat za dyżury - w odpowiedzi na interwencje rzecznika praw obywatelskich dowiedzieliśmy się, że decyzyja o niepłaceniu lekarzom za dyżury jest zgodna z konstytucją.

Wśród niepowodzeń w działalności Izby na pewno należy wymienić niekorzystne stosunki z administracją województwa wrocławskiego - wojewodą i dyrektorem Wydziału Zdrowia. W pozostałych województwach - jeleniogórskim, legnickim i wałbrzyskim - stosunki te układają się dobrze. Niepokoi mnie również mały wpływ Izby na zmiany w reformie służby zdrowia."

Jerzy Szkarłat



Zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej.

W 1955 roku ukończył Akademię Medyczną we Wrocławiu. Jest specjalistą anestezjologiem. Pracuje we wrocławskim Okręgowym Szpitalu Kolejowym na stanowisku ordynatora Oddziału Intensywnej Terapii i Anestezjologii. Wśród znaczących faktów w życiu zawodowym wymienia pobyt w klinice uniwersyteckiej w Utrechcie (w latach 1969-70 i w 1973r.) oraz przewodniczenie sądowi Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologów (1989r.).

Zonaty. Lubi kino, książki i turystykę.

Słowa: "Nie myśl, że jesteś posiadaczem jedynej recepty na Prawdę" - przyjął za własne.

O pierwszej kadencji Izby mówi:

"Trudny okres 'docierania się' ludzi dobrej woli. Nauka dyskusji, demokracji i tolerancji. Upadek wielu przesadnych ambicji. Uświadomienie, jak wielkie szkody, szczególnie w ludziach, spowodował system totalitarny. Przez to trzeba przejść i to częściowo mamy za sobą."

(kp)



**JEŚLI MASZ GABINET -
- WPISZ SIĘ DO EWIDENCJI**

Szanowna Pani
Dr Bożena Pietrzykowska
Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej
Warszawa

w związku z Pani pismem z 23 czerwca b.r. (NRL/JP/904/93/2834) przedstawiam poniższe stanowisko w sprawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej prywatnych gabinetów lekarskich.

Według ustawy z 23 grudnia 1988 r. o działalności gospodarczej (Dz.U. Nr 41, poz. 324 z późn.zm.) każda działalność usługowa prowadzona w celach zarobkowych i na własny rachunek jest działalnością gospodarczą i podlega wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej. Udzielanie świadczeń medycznych przez prywatnie praktykujących lekarzy należy uznać za tego rodzaju działalność.

Zgodnie z art. 10 przywołanej wyżej ustawy zgłoszeniu do ewidencji nie podlega m.in. podjęcie działalności gospodarczej, która wymaga uzyskania koncesji lub - na podstawie innych ustaw - wymaga zezwolenia. Żadne uregulowania prawne nie przewidują koncesji lub zezwoleń na wykonywanie prywatnej praktyki lekarskiej.

Zgodnie z ustawą z 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 30, poz. 158 z późn.zm.) okręgowe rady lekarskie stwierdzają prawo wykonywania zawodu lekarza. Stwierdzenie takie oznacza, iż lekarz posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz spełnia inne ustawowe warunki wymagane do prowadzenia samodzielnej praktyki lekarskiej. Chodzi tu więc o stwierdzenie uprawnienia do wykonywania zawodu, nie zaś o zezwolenie na prowadzenie działalności gospodarczej w tym zakresie.

Tak więc w przypadku prywatnych gabinetów lekarskich za zasadny należy uznać wpis do ewidencji działalności gospodarczej, nie zaś rejestrację przez okręgową izbę lekarską.

Z wyrazami szacunku
Jan Rokita



**DYŻUR ZAKŁADOWY
OBOWIĄZKIEM LEKARZA**

Dolnośląska Izba Lekarska
Odpowiadając na pismo znak:
DIL/1996/93 z 24.08.93 r. Departament
Kadr Ministerstwa Zdrowia i Opieki Spo-

łecznej uprzejmie informuje, że sprawę dyżurów zakładowych regulują postanowienia rozdziału 3 rozporządzenia Rady Ministrów z 27 grudnia 1974 r. w sprawie niektórych obowiązków i uprawnień pracowników zatrudnionych w zakładach służby zdrowia (Dz.U. Nr 51, poz. 326, z późn.zm.).

Z ww. postanowień wynika m.in., że:

1. Lekarz zatrudniony w komórce organizacyjnej, do której zadań należy zapewnienie pacjentom opieki całodobowej oraz inni lekarze specjaliści zatrudnieni w danym zakładzie służby zdrowia mogą być zobowiązani do pełnienia dyżurów zakładowych.

2. Za pełnienie dyżurów zakładowych przysługuje odrębne wynagrodzenie, a czasu ich pełnienia nie wlicza się do czasu pracy.

Zatem pełnienie dyżuru zakładowego jest obowiązkiem lekarza, będącym konsekwencją zawartej umowy o pracę i nie wymaga zawierania odrębnej umowy. Harmonogram dyżurów zakładowych ustala kierownictwo zakładu.

3. Zasady odrębnego wynagrodzenia za każdą godzinę pełnienia dyżuru zakładowego reguluje 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 2.07.1992 r. (Dz.U. Nr 55, poz. 273, z późn.zm.).

4. Przy obliczaniu wynagrodzenia za czas urlopu wypoczynkowego należy uwzględnić wynagrodzenie za dyżury zakładowe na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Spraw Socjalnych z dnia 21.10.1974 r. w sprawie pracowników urlopów wypoczynkowych (Dz.U. Nr 43, poz. 259, z późn.zm.).

Wicedyrektor
Departamentu Kadr
Leszek Galera



Neurolog z I o specjalizacji poszukuje pracy i mieszkania na terenie Dolnego Śląska z możliwością kontynuacji specjalizacji II o.

Kontakt: 50-131 Wrocław 3, skr. poczt. 1005

Dział Anestezjologii Szpitala Miejskiego w Brochowie poszukuje lekarza, najchętniej z rozpoczętą specjalizacją I o z anestezjologii i intensywnej terapii. Przepuszczalny termin zatrudnienia od stycznia 1994 roku.

Kontakt:
lek.med. Jarosław Terpiński
Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii
tel. 20-94-59, 20-94-50 lub tel. dom. 21-11-15

Gminny Ośrodek Zdrowia w Osiecznicy z siedzibą w Kliczkowie przyjmie do pracy stomatologa.

Oferujemy mieszkanie i dobre warunki płacowe.

Zainteresowanych prosi się o kontakt z kierownikiem GOZ w Kliczkowie. Adres: 59-724 Osiecznica Kliczków 38

tel. Osiecznica 103, lub Bolesławiec 12-103

Zakład Lecznictwa Otwartego w Bogatyni (woj. jeleniogórskie) zatrudni w wiejskim ośrodku zdrowia w Działoszynie lekarza internistę lub małżeństwo lekarskie. Zapewniamy mieszkanie na terenie ośrodka zdrowia i preferencyjne warunki płacowe. Zainteresowanych prosimy o kontakt listowy lub telefoniczny. Zakład Lecznictwa Otwartego w Bogatyni, ul. Waryńskiego 29, 59-920 Bogatynia, tel. 32-410.

WOZ Pisarowice (15 km od Wrocławia) zatrudni lekarza stomatologa na czas określony - 6 miesięcy. Kontakt: dr G. Piasecka, tel. 171-190.

ZOZ Strzelin zatrudni w przychodni 4 lekarzy stomatologów. Kontakt: dr Biedka, tel. (0-725)21-522.

WOZ Wiązów zatrudni lekarza chorób wewnętrznych do pracy w szpitalu i przychodni. Pracodawca zapewnia mieszkanie 2-pokojowe. Kontakt: Burmistrz, tel. 310-58 lub szpital, tel. 310-99.

WOZ Kucharzowice zatrudni lekarza stomatologa. Pracodawca zapewnia mieszkanie. Kontakt: p. Miecznińska, tel. 312-21.

ZOZ Ziębice zatrudni małżeństwa: lekarz stomatolog i lekarz dowolnej specjalności lub lekarz stomatolog i nauczyciel języka niemieckiego (angielskiego). Pracodawca zapewnia mieszkanie 2-pokojowe.

ZP ZOZ Wabienice (tel. 146-643) zatrudni małżeństwa: lekarz pediatra i lekarz stomatolog lub lekarz pediatra i lekarz ogólny. Domek jednorodzinny w Bierutowie.

Spółdzielnia VITA (tel. 443-201) zatrudni lekarza stomatologa (minimum 1 rok pracy).

Rejnowa Przychodnia w Sobótce zatrudni lekarza pediatrę. Pracodawca zapewnia mieszkanie. Kontakt: dr Zadrożna, tel. 162-904.

Oddział Regionalny Polskiego Towarzystwa Lekarskiego Ziemi Lubuskiej
zaprasza
na konferencję naukowo-szkoleniową poświęconą tematom:

**Rola zaburzeń gospodarki tłuszczowej
w patogenezie miażdżycy sercowo-naczyniowej**

**Kliniczne i praktyczne problemy
okresu klimakterycznego u kobiet**

która odbędzie się 16 października 1993 r. w Domu Kultury Zagłębia Miedziowego
(sala kina "Muza") w Lubinie przy ul. Armii Krajowej 1 w godzinach 10.00 - 15.00.

Konferencja sponsorowana jest przez firmy farmaceutyczne:

**Merck Sharp & Dohme
Ciba - Geigy**

Program:

Sesja I: Leczenie zaburzeń lipidowych i prewencja pierwotna miażdżycy - przewodniczący: prof. dr hab. Wiktor B. Szostak, Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa (10.00 - 12.00)

1. Patogeneza zmian miażdżycowych - prof. dr hab. Barbara Kowal-Gierczak, kierownik Katedry i Kliniki Angiologii AM we Wrocławiu (30 minut).
2. Leczenie hiperlipidemii w profilaktyce choroby niedokrwiennej serca - prof. dr hab. Wiktor B. Szostak, Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie (60 minut).
3. Założenia programu prewencji pierwotnej choroby wieńcowej w województwie legnickim - dr n.med. Maciej Dałkowski, Oddział Kardiologiczno-Internistyczny w Lubinie (20 minut).
4. Nicotinell TTS - nowy preparat firmy Ciba-Geigy w leczeniu przewlekłego nikotynizmu - lek.med. Przemysław Brzuszka, przedstawiciel firmy Ciba-Gigy (10 minut).

Przerwa 12.00 - 12.30

Sesja II: Patogeneza, diagnostyka i leczenie zaburzeń okresu klimakterycznego u kobiet - przewodniczący: prof. dr hab. Andrzej Milewicz - kierownik Katedry i Kliniki Endokrynologii A.M. we Wrocławiu (12.30 - 14.30)

1. "Profil hormonalny oraz klinika okresu przekwitania" - prof. dr hab. Andrzej Milewicz (30 minut).
2. "Postępy w terapii dolegliwości okresu przekwitania" - dr n.med. Grażyna Bednarek-Tupikowska (30 minut).
3. "Osteoporoza jako problem społeczny okresu przekwitania" - dr n.med. Marek Bolanowski (30 minut).
4. "Estraderm TTS w hormonalnej terapii zastępczej u kobiet po menopauzie" - lek.med. Przemysław Brzuszka, przedstawiciel f-my Ciba-Geigy (20 minut).

Badanie poziomu cholesterolu wykonujemy od godz. 9.30 w dwóch punktach w holu kina (odczynniki i czytnik dostarczony przez firmę Merck Sharp & Dohme). Wyniki badania podajemy w ciągu 5 minut.

**Na zakończenie wszystkich zapraszamy
na "coctail-party" w godzinach 14.30 - 15.30**

**Przewodniczący OR PTL ZL
Prof. dr hab. Janusz Bielawski**

**Sekretarz OR PTL ZL
Lek. Artur Kwaśniewski**

Używane unity stomatologiczne wraz z fotelem, lampą i krzesłem niemieckiej firmy

Emda

oferuje Państwu:

Medfox s.c.

54-314 Wrocław

ul. Elbląska 52

tel. 57-21-45 lub 25-88-77

Przepraszamy za pomyłkę, która wkradła się do podziękowań B. Bruziewicz-Miklaszewskiej (obok tekstu *Polonia medyczna we Wrocławiu*). Serdeczne podziękowania odnosiły się do prof. Jerzego Czernika, rektora AM we Wrocławiu, a nie Jerzego Czarnieckiego.

Redakcja

W ostatnim numerze Biuletynu opublikowaliśmy w rubryce Wydział Zdrowia UW Wrocław pismo dyrektora Stanisława Cebra skierowane do wszystkich dyrektorów jednostek służby zdrowia. Tekst przedrukowaliśmy z pisma *W cieniu czepki* i stamtąd pochodzą błędy - za które przepraszamy.

Redakcja

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
Alicja Sokołowska
Patrycja Malec
Małgorzata Adamczyk**

**Ewidencja
Krystyna Popiel
Beata Kołodziejczyk**

**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 Jolanta Sułkowska
mgr Aleksandra Dziuba**

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 Luśnia
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 Paiuch)**

ZAPISKI EMERYTA

Uwaga - straszy!

W czasie wakacji byłem w pięknych, malowniczych okolicach południowych Czech. Góry tam nieduże, takie "emerycie". Trafi się też jezioro, ale najbardziej podobały mi się pięknie położone tajemnicze zamki. Z reguły nieduże na szczycie góry, ze śladami dawnej świetności. W jednym z nich kupiłem bilet na "straszenie". Wieczorem, około godziny 21-22, za jedyne kilkadziesiąt koron grupa z przewodnikiem wędrowała po ciemnych komnatach i korytarzach. Ruszały się znieściska średniowieczne zbroje, spadały obrazy, słyszeliśmy to przeraźliwe chichoty, to lamentsy uwiecznionych księżniczek. Było to ogromne przeżycie, szczególnie dla moich wnuków.

Wczorajsza ordynacja w moim gabinecie przypominała mi ten tajemniczy zamek. Co pacjent to ofiara rodzimego "straszenia". Drobną przyszc - już doktor-

ka mówi, że to chyba melanoma. Cystka w usg wymaga kilku poważnych badań. Szmerekczek w sercu - vitium cordis. Szeroko otwarte z przerażenia oczy - tachykardia, drżenie całego ciała, chudnięcie, bladeść powłok, spocone ręce - to są objawy straszenia! Osłabiony głos pyta: "Doktorze, czy mam jeszcze szansę?" Ogromnego taktu wymaga wówczas przekonanie delikwenta, że poprzedni kolega miał na myśli to lub tamto, ale badanie fizykalne i doświadczenie lekarskie wskazują, że choroby nie ma. Reakcja jest wówczas dwojaka. Oburzenie: "Co, nie ma choroby? Przecież ja się czuję bardzo słabo, tyłu lekarzy rozpoznawało chorobę, ja przecież muszę być chora!" Inne cieszą się ze stwierdzonego zdrowia.

Jest bardzo trudne i odpowiedzialne podjęcie decyzji co do straszenia chorobą i podjęcie decyzji badań diagnostycznych. Wiele rozwiązań podpowiada tu doświadczenie i lekarski nos. Chyba, że potraktujemy honorarium jak bilet na "straszenie".

dr Józef - emeryt

ENCYKLOPEDIA LIPIŃSKIEGO

TOM V PECHOWY

Bayer - znana na świecie firma farmaceutyczna. Polski odpowiednik firmy Bayer (czytaj: bajer), zakłady farmaceutyczne "Polfa" nie mają już tak jednoznacznej wymowy.

Cud - patrz: cudowne wyzdrowienie.

Cudowne wyzdrowienie - medycyna nie wierzy w podobne przypadki i wszystkie osiągnięcia przypisuje wyłącznie sobie.

Gen - skrót od słowa geniusz. Człowiekowi do życia wystarczają zupełnie geny. Geniusz nie jest potrzebny.

Haczyk - patrz: haczyk w życiorysie.

Haczyk w życiorysie - jednostka chorobowa utrudniająca zrobienie kariery.

Nerwica - gra na własnych nerwach. Patrz: nerwy.

Nerwy - unikalny instrument muzyczny. Najciekawsze utwory można odegrać na nerwach innego człowieka.

Pech - patrz: pomyłka.

Pomyłka - rozpoznanie manii wielkości u dygnitarza.

Remanent - inaczej spis kontrolny. W medycynie: próba komisijnego doliczenia się wszystkich chorób u jednego człowieka. Na ogół stwierdza się superatę.

Temperatura - inaczej ciepłota ciała. Aby znaleźć zrozumienie u lekarzy, pacjent musi być ciepły. Szczególnie lubiany przez medycynę jest pacjent o temperaturze powyżej 40°C.

Wiosna - sezon gorączkowych poszukiwań, nie zawsze wiadomo czego. Patrz: wiosenna gorączka.

Wiosenna gorączka - choroba występująca najczęściej bez przyczyny, wymaga jednak towarzystwa w czasie leczenia.

Wrzód - prywatna rafineria ropy, likwidowana natychmiast przez państwową służbę zdrowia.

Zez - mimowolny sposób patrzenia krzywym okiem obok osoby, na którą się patrzy.

