

STYCZEŃ 1994

Nr 1 (44)

W DNIACH 12-14.12.1993 R. W WARSZAWIE OBRADOWAŁ



Dolnośląscy delegaci fot. K. Pajdzik

III Krajowy Zjazd Lekarzy

Szczegółowe sprawozdanie z przebiegu obrad III Krajowego Zjazdu Lekarzy zapowiedziała "Gazeta Lekarska", na naszych łamach swoje refleksje przedstawia prof. dr hab. Janusz Bielawski. Aby nie powtarzać tych samych faktów, ograniczę się do wystąpienia ministra zdrowia, Jacka Żochowskiego oraz wyborów prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej.

Na zjazd nie przybyli ani prezydent Lech Wałęsa, ani premier Waldemar Pawlak. W ich imieniu krótkie i dość ogólne życzenia złożyli desygnowani urzędnicy. W kuliach zawiedzeni delegaci szeroko komentowali ten fakt, dochodząc przyczyn nieobecności ww. osób na najważniejszym dla całego środowiska lekarskiego forum.

Nie zawiedli pozostali goście: lekarze-senatorowie, marszałkowie, przedstawiciele ZUS, samorządów służby zdrowia i inni. Obszerne przemówienie wygłosił Jacek Żochowski, minister zdrowia. Przedstawił w nim swoje dotychczasowe decyzje i działania oraz program na rok 1994.

Katarzyna Pajdzik

Kasę w ministerstwie zastałem pustą

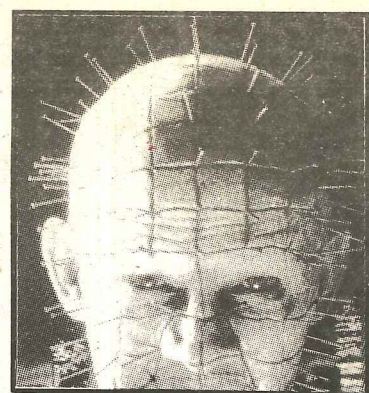
- stwierdził na wstępie minister. - resort zdrowia nie posiada dziś rezerw finansowych, zaś zadłużenie placówek służby zdrowia sięga 4 bln zł. Pierwsze decyzje Jacka Żochowskiego anulowały decyzje jego poprzednika: o zaprzestaniu finansowania branżowych sanatoriów (dzięki czemu pracę straciłoby około 22 tys. pracowników, w tym wielu lekarzy) i o zaprzestaniu finansowania przemysłowej służby zdrowia (której konsekwencją również byłyby grupowe zwolnienia). Nowe rozporządzenie w sprawie żywienia personelu medycznego szpitali podczas dyżurów zostanie podpisane do końca roku 1993 i będzie zgodne z wygasającym właśnie rozporządzeniem w tej sprawie. Zgodnie z kolejnym zapowiedzianym rozporządzeniem MZiOŚ lekarze nie będą musieli zaznaczać na receptach odpłatności za leki oraz wieku pacjenta. Resort zdrowia

Właściwie, po co nam kodeks?

To pytanie zadali sobie dwaj Wielkopolanie i najwyraźniej stwierdzili, że mogą się obejść bez "Kodeksu etyki lekarskiej", wobec czego sformułowali kilkanaście wniosków - poprawek, rozpoczynających się od słów "skreślić artykuł...", "skreślić rozdział...". Wnioskodawcom zabrakło jednak cierpliwości, wyjechali przed rozpoczęciem dyskusji nad kodeksem. Pozostali delegaci stracili sporo czasu nad kolejnymi głosowaniami: skreślić? - nie skreślić!

rozwiązał umowę z austriacką firmą na negocjowanie krótkoterminowego kredytu, zapisanego w ustawie budżetowej, ma zamiar wybrać korzystniejszą ofertę na zorganizowanym przez siebie konkursie.

str.8-9

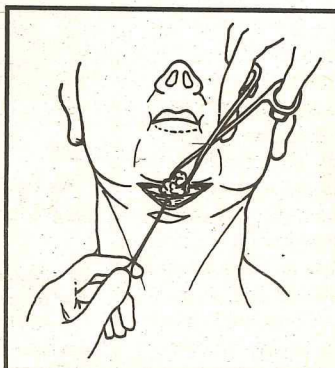


str.11

Mózg elektronowy

Myszę, że to, co przytoczę, można będzie traktować jako początek drogi do budowy komputerów VI generacji, działających bez obciążenia schematem działania komputera z sekwencyjnym wykonywaniem rozkazów wg koncepcji von Neumanna.

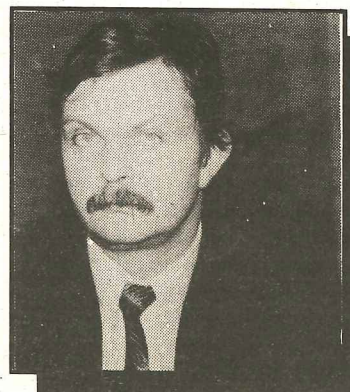
Sądzę, że w państwach, które opanowały kolejne, złożone technologie, zaczął panować pogląd, iż w ciągu 28 lat rozwoju technologii krzemowej stanęliśmy przed progiem jej nieprzekraczalnych możliwości, wyznaczonych przez prawa fizyki.



str.3

Temat numer 1 to mikrochirurgia

Od pewnego czasu tematem nr 1 w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, bo taka jest pełna nazwa, są zabiegi z zakresu mikrochirurgii. Zabiegi, w których przenosi się całe bloki tkankowe, bardzo często złożone ze skóry, tkanki podskórnej, mięśni, czasem kości wraz z szypułką naczyniową i nerwami. Przenosimy to w wybrane miejsca i zespalamy mikrochirurgicznie. Operujemy tak w przypadkach, w których wymagana jest rekonstrukcja dużych ubytków, np. w zakresie kończyny dolnej, gdzie brakuje czasami po dużych urazach i pokrywy skórnej i elementów mięśniowych, i kości.



str.7

Liczę na pomoc i współpracę

W spotkaniu delegatów DIL województwa wrocławskiego (17.12.1993r.) uczestniczył lekarz wojewódzki WZ UW we Wrocławiu, Witold Kowalewski. Gość odpowiadał na pytania zebranych.



ANDRZEJ

WOJNAR

Szpalta Naczelnego

Drogie Czytelniczki i Drodzy Czytelnicy

Jak zapewne zorientowaliście się ze "stopki" dzisiejszego "Biuletynu" z woli Prezesa Bednorza i szacownej Rady DIL zostałem nowym naczelnym redaktorem. Wchodzimy w kolejny rok wydawniczy większym formatem i nową szatą graficzną pisma.

Podobno mówią wielcy tego świata, że prasa to któraś tam władza i zapewne mają rację. Nie chciałbym jednak, by "Biuletyn" był odbierany przez Was jako li tylko przekaznik rozporządzeń władz samorządowych i administracyjnych, lecz ma on być, moim zdaniem, poradnikiem, informatorem, a przede wszystkim forum dyskusyjnym na temat najważniejszych dla naszego środowiska spraw. Dominować ma przekazywanie poglądów, też kontrowersyjnych, szerokiemu ogółowi społeczności lekarskiej czterech województw. Albowiem i mocą ustawy, i naszą wolą chcemy być samorządem grupy zawodowej, a więc sami się rządzimy, sami strofujemy, ale też sami się siebie radzimy i wysłuchujemy. I temu mają służyć łamy "Biuletynu". Gazeta dochodząca na adres domowy ponad dziewięć tysięcy lekarzy to delikatny instrument, który jak skalpel może zrobić najkorzystniejsze cięcie, ale może też nieodpowiednio uchwycony pociąć palce niefachowca. Aby więc ten skalpel był właściwie używany i nie stracił swojej ostrości, zapraszam Was Wszystkich, Koleżanki i Koledzy, do sięgania po pióro i pisanie do nas. Mamy być trybuną naszych nastrojów, oczekiwań i postaw. Trybuną sięgającą co miesiąc do każdego domu lekarskiego na Dolnym Śląsku.

Komisja Informacyjna DIL rozesłała do prominentnych osób wrocławskiego środowiska naukowego zaproszenia do udziału w Kolegium Programowym redakcji "Biuletynu". Sądję, że spotka się to z przychylnym odzewem, a skutkiem takiego działania będzie podniesienie rangi pisma i wzbogacenie merytoryczne jego treści.

Rozpoczyna współpracę z redakcją profesjonalny sekretarz redakcji oraz grafik-plastyk, a także zawodowy szaradziasta. W teren czterech dolnośląskich województw wyrusza reporter, wyposażony w doskonały sprzęt fotograficzny. Wszystko to, myślę, podniesie atrakcyjność naszego miesięcznika.

Moim marzeniem jest, aby nie było biurka lekarskiego, na którym pozostałby nie rozcięty "Biuletyn", a naszem listonoszowi, aby pękała torba od listów Czytelników, nie tylko z tzw. kluczowymi problemami, ale również z wspomnieniami, felietonami czy innymi artykułami.

Życzę miłej lektury

Z ostatniej chwili: Czynność rozcinania "Biuletynu" wzięliśmy już od tego numeru na siebie.

Rozmowa z wiceprzewodniczącym NRL Włodzimierzem Bednorzem



Siódmego stycznia na swym pierwszym posiedzeniu Naczelna Rada Lekarska wybrała swych trzech wiceprzewodniczących. Jednym z nich został nasz Prezes - dr n.med. Włodzimierz Bednorz. Przed oddaniem tego numeru "Biuletynu" do drukarni, zdążyłem jeszcze przeprowadzić krótką rozmowę z nowym wiceprzewodniczącym NRL.

- Jakie masz plany swojej warszawskiej działalności?

- Na początku mojej wypowiedzi chciałbym podkreślić, że uważam wybranie mnie na to wysokie stanowisko za docenienie przez NRL wkładu całej naszej Izby Dolnośląskiej w rozwój samorządu lekarskiego. Chciałbym zająć się przede wszystkim poprawą informacji o działaniach podejmowanych i na szczeblu centralnym i w izbach terenowych, czyli, krótko mówiąc, chciałbym dać odpowiedź tym Kolegom, którzy pytają w częstych rozmowach kulturalnych i towarzyskich, co ta izba właściwie robi.

- W jaki sposób chcesz te cele zrealizować?

- Wydaje mi się, że trzeba nieco zmienić styl naszej "Gazety Lekarskiej" na bardziej agresywny, być może uda się doprowadzić do tego, aby była dwutygodnikiem. Będę dążył do tego, aby informacje o pracach NRL ukazywały się w innych gazetach. Mam nadzieję także na uruchomienie systemu łączności komputerowej między wszystkimi izbami w kraju, w oparciu o fundusze z Komitetu Badań Naukowych.

- Czy są już znane składy poszczególnych komisji NRL?

- Na razie wybrano tzw. liderów kilkunastu komisji, zaś ich przewodniczący zostaną wybrani na następnym zebraniu NRL w dniu 18 lutego. Z przyjemnością pragnę poinformować, że kolegą organizującym prace Komisji Pracy i Placy został wybrany pan dr Ryszard Łopuch, którego pasja i zaangażowanie daje gwarancje sprawnego działania tej komisji.

- Czy nie obawiasz się, że Twoja funkcja w Warszawie odbije się na pracy w naszej Izbie Dolnośląskiej?

- Na szczęście w naszym Prezydium DIL wykształciła się już grupa Koleżanek i Kolegów, którzy mogą mnie w wielu sprawach zastąpić. Z drugiej jednak strony moje doświadczenia z prac Prezydium NRL (będą się odbywały co 2 tygodnie) mogą także pomóc w pracach naszej Rady.

- Nie pozostaje mi nic innego, jak tylko pogratulować i życzyć w imieniu Czytelników sukcesów w zarządzaniu naszą korporacją zawodową na szczeblu kraju.

rozmawiał Andrzej Wojnar

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej UCHWAŁY ZJAZDOWE

DALSZE zmiany systemowe w Opiece zdrowotnej

1. STOMOZ uważa za konieczne dokładne określenie przez władze RP zadań, celów i priorytetów polityki zdrowotnej, aby umożliwić dalsze doskonalenie procesów zarządzania w służbie zdrowia i racjonalne wykorzystanie środków i poprawianie jakości świadczeń zdrowotnych.

2. W zmieniających się warunkach i przy stale niewystarczających środkach, ważnym zagadnieniem staje się poprawa jakości opieki zdrowotnej. STOMOZ uznaje za konieczne podjęcie działań propagujących poprawę jakości w opiece zdrowotnej - tak w procesach zarządzania jak i w zakresie świadczeń zdrowotnych.

3. Niezbędnym jest pilne podjęcie decyzji ustawodawczej określającej zakres świadczeń zdrowotnych gwarantowanych przez państwo i finansowanych ze środków publicznych.

4. Przyjęcie rozwiązań ustawowych w kwestii poruszonych w punkcie 3 zapewni zwiększenie poczucia bezpieczeństwa społecznego w zakresie zdrowia oraz umożliwi wprowadzenie racjonalizacji systemów zarządzania opieką zdrowotną.

5. Dla usprawnienia procesów zarządzania niezbędne są dalsze prace nad standaryzacją kosztów świadczeń zdrowotnych, połączoną z pracami na rzecz upowszechniania zalecanych standardów postępowania medycznego.

6. STOMOZ uznaje za niezbędne kreowanie regulowanego rynku świadczeń zdrowotnych. Uznajemy, że dla jego dobrego funkcjonowania pożądane są zróżnicowane źródła finansowania oraz istnienie instytucji (zakładów opieki zdrowotnej) o różnych formach własności.

7. Rozwojowi regulowanego rynku w opiece zdrowotnej powinien sprzyjać rozwój takich technik zasilania instytucji opieki zdrowotnej, które wykorzystują umowy (kontakty) z instytucjami udzielającymi świadczeń.

OPRACOWANIE programu oddłużania zakładów opieki zdrowotnej

1. STOMOZ opowiada się za koniecznością opracowania programu uregulowania zadłużenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Realiza-

W dniach 27-28.11.1993 r. odbył się w Warszawie IV Walny Zjazd Delegatów STOMOZ, na którym podjęto szereg uchwał - mających zasadnicze znaczenie w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej. Przedstawiamy najważniejsze z nich.

cja tego programu nie może dyskryminować zakładów i województw prowadzących racjonalną gospodarkę finansową a w konsekwencji niezadłużonych.

2. STOMOZ opowiada się za potrzebą przeprowadzenia szczegółowej analizy przyczyn zadłużenia w poszczególnych zakładach i województwach.

3. STOMOZ nie akceptuje tych projektów, które przewidują przydział środków na oddłużenie jedynie tym zakładom, które będą w 1994 r. utrzymywane ze środków przekazanych miastom realizującym tzw. "program pilotażowy".

Oddłużenie jedynie tych zakładów wprowadzi ogromne zróżnicowanie kondycji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej, niezależnie od dotychczasowej gospodarności, skuteczności i efektywności działań ich kierownictw.

4. STOMOZ oferuje swoje współuczestnictwo w opracowaniu racjonalnego systemu oddłużania publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

5. STOMOZ proponuje powołanie przy Urzędzie Rady Ministrów specjalnego zespołu, który przygotuje kryteria oceny przyczyn zadłużenia i zasady oddłużenia, jednolite dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, kto jest dla nich organem założycielskim.

6. STOMOZ uważa, że znaczna część zadłużenia powstała nie z tytułu niegospodarności, lecz z tytułu niepewnienia odpowiednich środków na realizację zadań statutowych.

PODWYŻKA płac dla sfery budżetowej z dodatkowych dochodów budżetowych w 1993 r.

1. STOMOZ z niepokojem przyjął oświadczenie przedstawicieli rządu, że nie jest możliwe ze względów organizacyjnych wprowadzenie zapowie-

dziej wcześniej podwyżki dla pracowników sfery budżetowej (w tym dla służby zdrowia) z tytułu dodatkowych dochodów budżetowych uzyskanych w 1993 r.

2. STOMOZ uważa, że w tak ważnej dla środowiska kwestii, przy powiększających się różnicach między zarobkami pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej a zarobkami innych sfer, w tym również finansowanych ze środków publicznych, względy organizacyjne nie mogą być powodem niewywiązywania się rządu z przyjętych zobowiązań.

3. STOMOZ uważa, że podwyżka płac dla pracowników opieki zdrowotnej z tytułu dodatkowych dochodów budżetowych uzyskanych w 1993 r. nie może być traktowana jako jedna z dwóch podwyżek przewidzianych w projekcie ustawy budżetowej na rok 1994. Te ostatnie powinny pochodzić z dochodów budżetowych roku 1994.

GOSPODARKA finansowa zakładów opieki zdrowotnej, funkcjonujących jako jednostki budżetowe

1. STOMOZ opowiada się za utrzymaniem w ustawie budżetowej na rok 1994 zapisu dotyczącego możliwości prowadzenia kont środków specjalnych, w treści analogicznej jak te, które obowiązywały w 1993 roku, z uwzględnieniem zapisu punktu 2.

2. STOMOZ proponuje wprowadzenie prawa do wykorzystania dochodów środka specjalnego na zakupy inwestycyjne o charakterze odtworzeniowym, związane z działalnością statutową zakładu.

3. STOMOZ ponawia stanowisko przyjęte na III Zjeździe w 1992 r., wskazujące na nagminną praktykę naruszania przepisów prawa budżetowego przez organy założycielskie, polegające na niezatwierdzeniu w ustawowo określonych terminach planu budżetu podległych jednostek bu-

dżetowych.

Brak zatwierdzonych budżetów powoduje, iż organa założycielskie bez sankcji za naruszenie dyscypliny budżetowej dokonują częstych korekt w budżetach jednostek. W tej sytuacji nie jest możliwe prowadzenie racjonalnej gospodarki finansowej i nie jest możliwe skorzystanie z zapisu art.51 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, dotyczącego prawa dysponowania 70% nie wykorzystanych w danym roku środków budżetowych.

ZATRUDNIANIE kierowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej w oparciu o kontrakt menedżerski

1. STOMOZ uważa, że wprowadzenie nowoczesnych systemów i metod zarządzania opieką zdrowotną wymaga zatrudnienia kadry kierowniczej o kwalifikacjach menedżerskich na zasadzie kontraktu.

2. Wprowadzenie kontraktów menedżerskich zapewni stabilność kadr kierowniczych i zwiększy znaczenie profesjonalnego przygotowania do pełnienia tych funkcji w zakładach opieki zdrowotnej.

3. Zjazd upoważnia Zarząd Główny STOMOZ do przygotowania projektów odpowiednich aktów prawnych, umożliwiających wprowadzenie kontraktów menedżerskich i po skonsultowaniu ich z zarządami oddziałów, przedstawienie odnośnym władzom.

NOWELIZACJA rozporządzenia o kwalifikacjach wymaganych od pracowników w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

1. W nowelizowanym rozporządzeniu (Dz.U. Nr 104 poz.477) określano staż pracy dla osób z wykształceniem wyższym niemedycznym na lat 8, a dla osób z wykształceniem medycznym na lat 3. Zwracamy uwagę, że w rozporządzeniu ministra zdrowia, dotyczącym wymagań dla stanowisk kierowniczych we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 30/92 poz.104) odnośny staż pracy wynosi dla wykształcenia niemedycznego lat 3 i dla medycznego lat 5.

cd. str 15

Temat numer 1 to mikrochirurgia

- Został pan przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Chirurgów Plastyków. Jakie obowiązki wiąże się z tą funkcją?

- Jak z każdą tego typu funkcją. Przez okres dwuletni przewodzenie grupie chirurgów plastyków, a po dwóch latach organizacja kolejnego, V już, międzynarodowego zjazdu.

- Czy ma pan jakiś szczególny zamiar, który chciałby pan zrealizować, korzystając ze swych nowych uprawnień?

- Jest rzeczywiście coś takiego. Nasze towarzystwo nie ma do tej pory wydawnictwa, żadnego pisma, w którym można by drukować prace z zakresu chirurgii plastycznej. Marzę więc, żeby w okresie mojej kadencji spróbować coś takiego wydawać. Ale istnieje oczywiście problem pieniędzy.

- Jakie tematy poruszano na ostatnim zjeździe?

- Od pewnego czasu tematem nr 1 w chirurgii plastycznej i rekonstrukcyjnej, bo taka jest pełna nazwa, są zabiegi z zakresu mikrochirurgii. Zabiegi, w których przenosi się całe bloki tkankowe, bardzo często złożone ze skóry, tkanki podskórnej, mięśni, czasami kości wraz z szypułą naczyniową i nerwami. Przenosimy to w wybrane miejsca i zespalamy mikrochirurgicznie. Operujemy tak w przypadkach, w których wymagana jest rekonstrukcja dużych ubytków, np. w zakresie kończyny dolnej, gdzie brakuje czasami po dużych urazach i pokrywy skórnej i elementów mięśniowych, i kości. Wtedy dokonuje się przeniesienia tkanek łącznie z kością.

- Skąd?

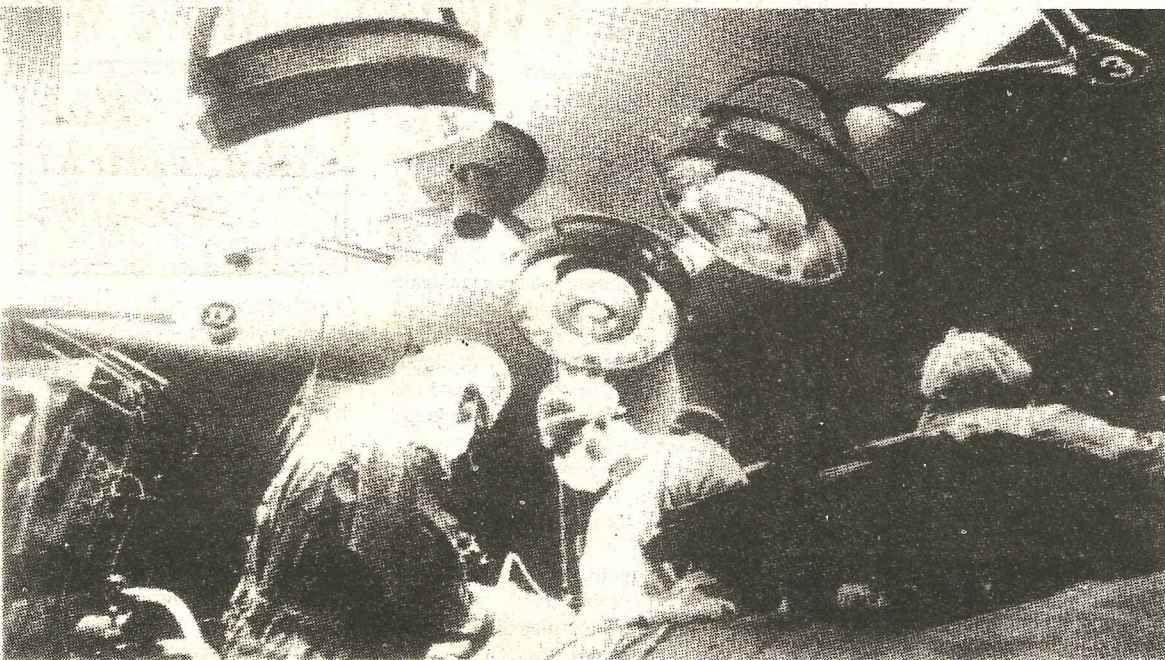
- W tej chwili tych tzw. miejsc dawczych jest bardzo wiele. W zależności od tego, co chcemy uzyskać. Wykonaliśmy np. tu w oddziale jako pierwsi w Polsce przeniesienie wolnego płata z podbrzusza do rekonstrukcji piersi, jednocześnie z amputacją piersi z powodu raka.

- To daje trwały efekt?

- Trwały. Oczywiście, warunek powodzenia to odpowiednie ukrwienie, które daje efekt odżywiania od razu po zespoleniu naczyń. Wtedy płat żyje i efekt jest trwały.

Mamy inne miejsca dawcze, w których używa się również kości, np. brzeg talerza biodrowego czy kość strzałki ze skórą i tkanką podskórną. Jak już powiedziałem, miejsc tych jest bardzo wiele. Są już w tej chwili dokładnie anatomicznie opracowane, przede wszystkim pod względem unaczynienia, bo to podstawa możliwości przyjęcia się przeszczepu.

Tak pracujemy od niedawna. Kiedyś, klasycznie, jak my to nazywamy, przenoszono takie płaty inaczej, np. płaty cylindryczne związało się na brzuchu, później doszywało do ręki, z tą ręką wędrowało się do miejsca, gdzie trzeba było przeszczepić i przyszywało. Przez 21 dni każdego etapu pacjent przebywał w bardzo dziwnych i niewygodnych pozycjach. Było to działanie bardzo długie, bardzo mozolne i czasem kończyło się, niestety, źle. A pacjent przez ileś miesięcy cierpiał. Za to teraz my przejęliśmy część ciężaru działania, dokonując zabiegów trwających wiele godzin. Tak np. podwójna rekonstrukcja dolnej części twarzy z odtworzeniem żuchwy i części miękkich na zewnątrz i



wewnątrz jamy ustnej trwa około 20 godzin.

- Ale okres pooperacyjny jest teraz krótszy?

- Niewątpliwie. Przecież w jednym etapie uzyskuje się od razu efekt końcowy. Oczywiście, należy pamiętać, że pracujemy na bardzo małych naczyniach, grubości, powiedzmy, 1 mm. Na ten 1 mm trzeba założyć około 8 szwów i to musi być jeszcze drobne. Więc możliwość powstawania powikłań jest bardzo duża, ale w przypadku uzyskania drożności, co zresztą widać zaraz po zabiegu, gojenie następuje bardzo szybko.

- Ten czas liczy się w tygodniach, miesiącach?

- W tygodniach. My ciągle jeszcze bardzo się przejmujemy przebiegiem pooperacyjnym, bo jednak zaczęliśmy robić te zabiegi dopiero 2 lata temu. Wykonaliśmy już wprawdzie ponad 30, ale zawsze w tym okresie początkowym człowiek się bardziej przejmuje. Ucząc się, nabywając doświadczenia nabywamy i pewności.

- Tak więc mikrochirurgia i...

- Na zjeździe oprócz tego mówiono o złożonych wadach rozszczepowych u dzieci, o rekonstrukcjach po wycięciu nowotworów w zakresie twarzy, głowy i szyi, gdzie część widoczna powinna być tak odtworzona, żeby pacjent mógł wrócić do społeczeństwa i normalnie w nim funkcjonować.

- Czy w Polsce dokonuje się korekt u dzieci z zespołem Downa, usuwając widoczne znamiona tego zespołu, poprawia się kształt oczu, nos, uszy?

- Robi się te rzeczy, tyle że w naszych warunkach rzadko. My jesteśmy o tyle specyficzną grupą lekarską, że do nas nie przypadek losowy kieruje pacjenta. On musi sam do nas trafić. Może brak informacji o takich możliwościach powoduje, że pacjenci rzadziej lub wcale do nas nie docierają. U nas ciągle jeszcze traci to jakimś wstydem. Ludzie boją się, nie bardzo wiedzą i chcą. Te dzieci z wadami są czasem bardzo biedne. Trafiają z tych części Polski, gdzie dostęp do ośrodków chirurgii plastycznej jest mały albo żaden, w bardzo późnym wieku z tak kosztownymi wadami, że to się po prostu wierzyć nie chce. Siedzą gdzieś tam, zamykane i nie pokazywane ludziom, a czasem naprawdę

Katarzyna Pociękin rozmawia z Dr n. med. Tadeuszem Myczkowskim, specjalistą II stopnia z chirurgii plastycznej, ordynatorem oddziału w Okręgowym Szpitalu Kolejowym we Wrocławiu.

można im pomóc.

- Środowisko lekarzy pańskiej specjalności jest stosunkowo niewielkie.

- Niewielkie. W tej chwili uprawiających chirurgię plastyczną, tzn. członków towarzystwa jest około 200. W tym duża liczba tzw. członków nadzwyczajnych, bez specjalizacji. Tych ze specjalizacją mamy około 90.

- Ilu specjalistów przybywa rocznie?

- Trudno mi powiedzieć, takie statystyki prowadzi Centrum Szkolenia Podyplomowego. W przypadku mojej specjalności...no cóż, jest ona dość trudna. Wymaga posiadania I stopnia specjalizacji z dyscyplin operacyjnych: chirurgii ogólnej, dziecięcej lub ortopedii, później dopiero chirurgia plastyczna. Dyscyplinie tej stawiane są duże wymagania. Doskonalenie odbywa się na wielu kursach, egzamin jest również bardzo rygorystyczny. Nie tak jak w innych specjalnościach, że jeżeli już pracuje się te 3 lata w oddziale to ma się na pewno stopień specjalizacyjny.

- Mówi pan o 90 specjalistach, a ostatnio coraz częściej słyszy się o nowo otwartych gabinetach chirurgów kosmetologów i innych lekarzy, oferujących zabiegi z zakresu działania chirurgii plastycznej.

- Jest to jeden z problemów, nie ma właściwie żadnej ustawy, która by tę sprawę regulowała.

- A to szkodzi dobremu imieniu chirurgów plastyków.

- Tak. Było to poruszane i dyskutowane na zjeździe.

Dzisiaj każdy właściwie może otworzyć gabinet i nikt nie pyta o posiadaną specjalizację, nikt nie pyta nawet o posiadane umiejętności. Opowiadano przecież taką historię, gdzie dwóch reporterów, chyba warszawskiej telewizji, otworzyło gabinet. Uzyskało pieczętki, recepty i możliwość leczenia.

Wszystko więc odbywa się w sposób bardzo żywiołowy.

I tak samo jest z tymi gabinetami. My nie mamy na to żadnego wpływu. Sądzę, że może, izby lekarskie powinny zająć się kontrolą.

Ale to nie tylko nasze problemy. Na zjeździe Francuzi skarżyli się, że i u nich początkowo nawet lekarze weterynarii zajmowali się chirurgią estetyczną, aż w końcu powstały przepisy, normujące taką działalność, warunkowane przynależnością do towarzystwa chirurgii estetycznej. U nas byłaby to przynależność do sekcji chirurgii estetycznej, która na ostatnim zjeździe została powołana i w tej chwili będziemy ją tworzyć formalnie.

- Tak się już dzieje, że gdy mówi się o chirurgii plastycznej to głównie kojarzy się ona z ośrodkiem w Polanicy. Czy tam rzeczywiście mają jakieś większe możliwości techniczne, kadrowe?

- To jest uwarunkowane historycznie.

Właśnie w Polanicy, tuż po wojnie rozpoczął działalność dr Michał Grodzki, który już wcześniej uprawiał chirurgię plastyczną. Wywalczył uzyskanie przez tamtejszy oddział statusu oddziału chirurgii plastycznej i stworzył zespół, z którego wywodzi się m.in. prof. Krauz czy dr Kratochwil.

I to był początek.

Dzisiaj właściwie wszyscy jesteśmy w jakimś stopniu tego ośrodka kontynuatorami. Wszyscyśmy się tam kształcili. Stamtąd jest nasz rodowód i dlatego kojarzymy się głównie z Polanica.

Poza tym nagłośniona jest przecież sprawa budowy tego dużego, nowego ośrodka w Polanicy, która w tej chwili wisi trochę w próżni.

- Ale minister zdrowia ma przejąć budowę pod swój bezpośredni zarząd i ma być lepiej.

- Ech, czy będzie lepiej, to się dopiero okaże. Boję się, że to zbyt poważna inwestycja jak na obecne możliwości tego ośrodka. Ale gdyby została zrealizowana, powstałby w

Polanicy największy ośrodek chirurgii plastycznej w Europie. Zobaczmy.

- Obecnie zakres wykonywanych zabiegów w Polanicy i we Wrocławiu nie różni się?

- Szpital Kolejowy nie ma oddziału dziecięcego i część pediatryczna jest uprawiana po trochu z daleka. Po prostu jeżdżymy do oddziałów chirurgii dziecięcej i tam operujemy.

Poza tym szpital w Polanicy wykonuje tzw. osteotomie czaszkowe, jako jedyny w Polsce i jeden z niewielu w Europie. Są to bardzo specyficzne zabiegi z modelowaniem czaszki, przemieszczeniem oczodołów, z modelowaniem kostnej struktury całej twarzoczaszki. Bardzo skomplikowane operacje, ale zapotrzebowanie na nie nie jest duże, ponieważ dzieci z tymi wadami mamy w polskiej populacji niewiele, więc Polanica wystarcza.

- O jakiej możliwości, danej chirurgii plastycznej marzyłby pan?

- Nasza praca jest bardzo ciężka, szalenie mozolna. Najlepiej byłoby, gdyby każdy z nas miał taki dar jak Kaspirowski: dotknąć i już jest pięknie. Niestety, marzenia marzeniami, a rzeczywistość jest zupełnie inna. Trzeba ciężko pracować, by uzyskać dobre efekty, a głównym arbitrem zostaje pacjent. Przychodzi, chce żebyśmy coś zrobili i później ogląda efekt pracy bardzo dokładnie.

Chirurgzy ogólni nie zawsze zdają sobie sprawę, wykonując rozległe, ratujące życie operacje, z tego, że potem pacjent zgłasza się wielce niezadowolony, bo... ma brzydką bliznę. Nie myśli już o tym wielkim darze: darze życia, zapomina o ciężkiej chorobie i cierpieniu, natomiast przeszkadza mu to, co stale ogląda. I o tym chirurgzy ogólni zapominają, że to też jest ważne.

- Czyli oprócz wiedzy i rzemiosła trochę psychologii, psychoterapii.

- Tak. Zresztą często spotykamy się z ludźmi na granicy zdrowia psychicznego, których wymagania w stosunku do siebie są nadmierne. Czasem po kilku minutach rozmowy orientuje się, że coś jest nie tak i... odsyłam do psychiatry.

- Czy zwykle zgadza się pan dokonać korekty określonego elementu twarzy?

- Czasami długo wyjaśniam i tłumaczę, potem, ponieważ umiem rysować i rzeźbić, staram się i w ten sposób pokazać pewne rzeczy. Ale to nie zawsze skutkuje i przekonuje ludzi. Często więc odmawiam, oczywiście w tych nieuzasadnionych historiach.

Nasza działalność jest przecież działalnością chirurgiczną. Co prawda nazywa się nas plastykami, ale jesteśmy chirurgami.

Inie zapominamy o tym, że każda ingerencja w tkanki może zakończyć się groźnymi powikłaniami. My nie jesteśmy kosmetykami. Każda zrobiona przez nas rzecz jest na zawsze i odwrót od niej jest bardzo trudny lub wręcz niemożliwy. Nie możemy się więc dać zwariować i pozwolić rządzić pacjentom.

Musimy zważać na prawa przyrody, kierować się swoją wiedzą, umiejętnościami i zasadami etyki.

Jesteśmy przecież lekarzami.

- Dziękuję za rozmowę

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

9 grudnia

Kol. Krystyna Kochman omówiła przebieg konferencji prasowej zorganizowanej przez DIL w dniu 1.12.1993r. oraz spotkania z parlamentarzystami dolnośląskimi (6.12.1993r.).

Stwierdziła, że oba spotkania nie przyniosły spodziewanych efektów, ich oddźwięk w środowisku lekarskim jest negatywny. Niepotrzebnie rozmowy sprowadziły się do krytyki dyrektora Wydziału Zdrowia UW - zamiast, jak planowano, dyskusji nad programem konsorcjum dolnośląskiego i przekazywania służby zdrowia samorządom gminnym. Nieprawdą jest, jakoby Dolnośląska Izba Lekarska zwracała się do posła Władysława Frasyniuka o odwołanie - najpierw lekarza wojewódzkiego (R. Dziekońskiego) a teraz - dyrektora Cebra. Takie stwierdzenie padło na spotkaniu z parlamentarzystami, wobec czego DIL jest obowiązana zająć się tą sprawą. Prezydium DIL zwróci się do biura poselskiego posła W. Frasyniuka z prośbą o przedstawienie kopii pism w powyższych sprawach, jakie podobno otrzymał. (Od redakcji: Do chwili obecnej -13.01.- Prezydium nie uzyskało odpowiedzi.)

Po raz kolejny podjęto sprawę ośrodka neuropsychiatrii dziecięcej - administracja wojewódzka proponuje umieścić go we Wrocławiu przy ul. Gdańskiej, gdzie obecnie mieści się dzienny ośrodek rekonescencji dla dorosłych. Kol. Krystyna Kochman zaproponowała wysłać pismo do Wydziału Zdrowia UW w tej sprawie. Izba przedstawi w nim swoje stanowisko: nie wolno likwidować obecnie działającego oddziału na ul. Gdańskiej ani łączyć oddziałów dziecięcego i dla dorosłych, to zdanie zostanie poparte opinią specjalisty wojewódzkiego - dra Leopolda Cyganika. Prezydium poparło tę propozycję.

Spotkania z delegatami wrocławskimi będą odbywać się raz w miesiącu, w piątki. Niektórzy lekarze, przewodniczący kół skarżą się, że w rozmowach z dyrekcją zakładów opieki zdrowotnej o warunkach pracy i płacy - nie są traktowani jako uprawnieni do takich negocjacji. W związku z tym Prezydium przypomniało, że Rada DIL sędowała swoje uprawnienia na przewodniczących kół. Do wszystkich kół zostaną wysłane pisma przypominające o tym fakcie. Jeśli to nie odniesie skutku, w sprawach spornych - po otrzymaniu pisma, Izba będzie interweniowała.

Prezydium zdecydowało, że sprawozdania z działalności kół powinny być nadsyłane co pół roku (nie jak dotychczas - co kwartał).

Sprawozdanie z ostatniego spotkania rzeczników I kadencji, które odbyło się 7.12.1993 r., przedstawił kol. Jerzy Szkarłat.

W latach 1990-93 do naczelnego rzecznika odpowiedzialności zawodowej wpłynęło ogółem 3657 spraw, z czego 280 z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej. Odmówiono wszczęcia postępowania w ok. 1/3 wniosków. Skargi dotyczyły najczęściej śmierci pacjentów, uszkodzeń ciała, nieetycznego zachowania się lekarzy. Sprawy nie zakończone przejmą nowi rzecznicy.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Przyznano 5 mln zł, o które wnioskowało Koło DIL w Zgorzelcu.
2. Delegowano przedstawicieli Rady DIL do komisji konkursowych i na zebrania wyborcze kół terenowych.

16 grudnia

Sprawozdanie z III Krajowego Zjazdu Lekarzy (12-14.12.1993 r., Warszawa) przedstawił kol. Włodzimierz Bednorz (szerzej o zjeździe piszemy w odrębnych artykułach).

O problemach więziennej służby zdrowia mówiła kol. Krystyna Kochman. Prezydium jednogłośnie powołało komisję w składzie: K. Kochman, J. Szkarłat, A. Niedziółka i A. Drak, która zajmie się bliżej tą sprawą.

Kol. Jarosław Terpiński, przewodniczący Komisji Rewizyjnej zaproponował powołać biegłego księgowego, który sprawdzi prawidłowość prowadzenia spraw finansowych Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w ciągu ostatnich dwóch lat. Jednogłośnie poparto propozycję, jej realizacją zajmie się kol. J. Terpiński.

Na koniec zebrani złożyli sobie życzenia świąteczne i podzielili się opłatkiem wigilijnym.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Przyznano zapomogi na łączną kwotę 16 mln zł.
2. Zdecydowano utworzyć komputerowy wykaz przyznawanych zapomóg.
3. Przed przedstawieniem wniosku o zapomogę na posiedzeniu powinien on zostać zaopiniowany przez Komisję Socjalną, skarbnika, księgową, Komisję Finansową.
4. W głosowaniu opowiedziano się za przekazaniem adresów i danych dolnośląskich pediatrów Polskiemu Towarzystwu Pediatrii, pod warunkiem, że nie będą one wykorzystywane w celach komercyjnych.
5. Odmówiono firmie Schottdorf u.a. zorganizowania spotkania z Prezydium DIL.

Z ŻYCIA AKADEMII

Zakres i tryb egzaminów wstępnych na Wydziały AM we Wrocławiu

Wydział Lekarski i Oddział
Stomatologiczny

Egzamin wstępny na studia medyczne w roku akademickim 1994/95 przeprowadzony będzie w formie testowej z biologii, fizyki, chemii oraz wybranego języka obcego, w lipcu 1994 roku. Dokładny termin egzaminu podany zostanie do wiadomości kandydatów przed 30 kwietnia 1994 r.

Do egzaminu wstępnego dopuszczone będą osoby, które złożą w dziekanacie Wydziału Lekarskiego następujące dokumenty:

1. Podanie o dopuszczenie do egzaminu wstępnego, w którym kandydat obowiązany jest zadeklarować, czy stara się o przyjęcie na kierunek ogólnolekarski, czy kierunek stomatologiczny;
2. Kwestionariusz dla kandydatów na studia wyższe;
3. Oryginał świadectwa dojrzałości;
4. Wyniki badań lekarskich wraz z zaświadczeniem lekarskim, zezwalającym na podjęcie studiów w Akademii Medycznej;
5. Cztery fotografie formatu legitymacyjnego;
6. Dowód uiszczenia na konto uczelni opłaty egzaminacyjnej, której wysokość zostanie podana do wiadomości kandydatów przed 1 kwietnia 1994 r.

Kandydaci starający się o otrzymanie stypendium, miejsca w domu akademickim lub posiłków w stołówce studenckiej winni ponadto złożyć odrębne podanie w tej sprawie.

Wyżej wymienione dokumenty przyjmowane będą od 15 kwietnia 1994 r. Maturzyści z lat ubiegłych zobowiązani są złożyć wymagane dokumenty osobiście do 30 maja 1994 r., a maturzyści z roku 1994 uczynić to mogą osobiście, drogą pocztową lub za pośrednictwem szkoły do 15 czerwca (decyduje data stempla pocztowego).

Niedotrzymanie terminu składania dokumentów może spowodować niedopuszczenie do egzaminu wstępnego.

Osoby dopuszczone do egzaminu wstępnego otrzymają pisemne zawiadomienie o miejscu i czasie egzaminu. Ponadto informacje dotyczące miejsca egzaminów ogłoszone będą na tablicach umieszczonych przed budynkiem rektoratu Akademii Medycznej.

Egzamin wstępny na Wydział Lekarski i Oddział Stomatologiczny będzie miał charakter konkursowy.

Rok
akademicki
1994/95

O przyjęciu na studia decydować będzie wyłącznie wynik testu egzaminacyjnego. Liczba miejsc ustalona zostanie przez MZiOŚ, odrębnie dla kierunku lekarskiego i kierunku stomatologicznego i będzie podana do wiadomości publicznej przed 30 kwietnia 1994 r. W ramach przyznanego limitu miejsc przyjęci zostaną bez egzaminu wstępnego laureaci centralnej olimpiady fizycznej, chemicznej, biologicznej i matematycznej, skierowani do uczelni przez Komitet Główny Olimpiady.

Rekrutacja prowadzona będzie oddzielnie dla kandydatów na kierunek ogólnolekarski i kierunek stomatologiczny, a wyniki testu egzaminacyjnego opracowane będą odrębnie dla obu kierunków. O przyjęciu kandydata na studia decydować będzie miejsce w rankingu kierunku, o który się starał. W przypadku uzyskania niewystarczającej liczby punktów niemożliwa będzie zmiana kierunku studiów, nawet jeśli uzyskana punktacja byłaby wyższa od minimum wymaganego na drugim z kierunków.

Lista osób przyjętych na I rok studiów wywieszona zostanie przed budynkiem rektoratu po ostatecznym obliczeniu wyników testu. W przypadku uzyskania przez kilku kandydatów najniższej punktacji uprawniającej do przyjęcia na określony kierunek studiów, wszystkie te osoby zostaną przyjęte na I rok studiów, nawet gdyby wiązało się to z przekroczeniem limitu ustalonego przez MZiOŚ.

Pytania testowe obejmować będą materiał zawarty w podręcznikach i książkach pomocniczych wymienionych w Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Edukacji Narodowej z dnia 15 marca 1993 r. nr 2 poz.7 i Dzienniku Urzędowym Ministerstwa Edukacji Narodowej z 31 maja 1993 r. nr 5 poz.18. Za każdą prawidłową odpowiedź kandydat otrzyma jeden punkt.

Pytania z fizyki i chemii mogą mieć formę zadań. Przy rozwiązywaniu ich będzie można posługiwać się kalkulatorami osobistymi.

Test pozwalać będzie na wybór przez kandydata jednego z czterech

języków obcych: angielskiego, niemieckiego, francuskiego i rosyjskiego. Kandydat ma obowiązek zaznaczyć w karcie odpowiedzi, jaki język wybrał. W przypadku zaniedbania tego obowiązku odpowiedzi na pytania z języka obcego nie będą oceniane.

Na egzamin wstępny należy przynieść: dowód tożsamości, otrzymane zawiadomienie o egzaminie wstępnym, czarny cienkopis, ołówek 2B i gumkę.

Warunkiem dopuszczenia kandydata do egzaminu jest bezwzględne podporządkowanie się regulaminowi egzaminu bezpośrednio przed jego rozpoczęciem.

Wszelkich informacji dotyczących naboru na studia w roku akademickim 1994/95 zasięgnąć można w dziekanacie Wydziału Lekarskiego. Wydziałowa Komisja Rekrutacyjna zorganizuje specjalne spotkanie informacyjne dla kandydatów.

Wydział Pielęgniarski

Zasady przyjmowania na I rok studiów na Wydziale Pielęgniarskim są takie same jak w roku poprzednim. Nie obowiązuje jedynie wymagany w latach poprzednich co najmniej roczny staż pracy.

Egzamin wstępny obejmuje zakres wiedzy z następujących przedmiotów:

- 1) anatomia i fizjologia
- 2) pielęgniarstwo
- 3) język obcy

Egzamin odbywa się w formie pisemnej po 7 pytań z każdego przedmiotu.

Termin egzaminu - początek lipca.

Termin składania dokumentów od 2.V.-15.VI.

Obowiązujące dokumenty: podanie, świadectwo ukończenia liceum medycznego, lub 2-letniego Medycznego Studium Zawodowego, 4 fotografie (3,5x4,5 cm), świadectwo zdrowia.

Wydział Farmaceutyczny z
Oddziałem Analityki Medycznej

Zasady przyjmowania na I rok studiów są takie same, jak w roku poprzednim. Utrzymano dotychczasowy system zdecentralizowanej rekrutacji. Egzamin będzie miał formę testu i obejmie 100 pytań z biologii oraz chemii. Odbędzie się 4 lipca 1994 r. w godzinach popołudniowych. Obowiązują takie same dokumenty, jak przy przyjęciu na Wydział Lekarski.



fol. Paweł Galusik

4 stycznia 1994 r. w Specjalnym Szpitalu Zespołowym im. Marciniaka przy ul. Traugutta przekazano do użytku tomograf komputerowy. Jest to czwarty aparat we Wrocławiu, drugi w publicznej służbie zdrowia.

W uroczystym otwarciu nowej pracowni diagnostyki komputerowej wzięli udział m.in.: wojewoda wrocławski prof. J. Zaleski, ks. kardynał H. Gulbinowicz, wiceminister zdrowia dr W. Jakubowiak.

(ep)

Z ŻYCIA KÓŁ

Przewodniczący kół, kadencja 1994 - 1997

Koło DIL przy ZOZ Zarządu Służby
Zdrowia MSW
przewodniczący Andrzej Czyrek

Koło DIL przy ZOZ w Świdnicy
przewodniczący Konstanty Bałuciński

Koło DIL w Jaworze
przewodniczący Ryszard Sroka

Koło DIL przy Specjalistycznym Ze-
spole Psychiatrycznej Opieki Zdrowot-
nej we Wrocławiu
przewodniczący Bernard Spisła

Koło DIL przy Wojewódzkiej Stacji
Sanitarno-Epidemiologicznej we Wroc-
ławiu
przewodnicząca Danuta Dobrucka

Koło DIL przy ZOZ Psie Pole
przewodniczący Bronisław Toboz

Koło DIL przy Szpitalu Zespolonym
im. T. Marciniaka
przewodniczący Krzysztof Kowalski

Koło DIL przy ZOZ w Świdnicy
przewodniczący Bolesław Simon

Koło DIL w Obornikach Śląskich
przy Wojewódzkim Zespole Szpitalo-
Sanatoryjnym Chorób Płuc
przewodnicząca Małgorzata Koszela

Koło DIL w Brzegu Dolnym
przewodniczący Jan Czyrski

Koło DIL przy Rejonowym Zakła-
dzie Karnym we Wrocławiu

przewodnicząca
Katarzyna Składanowska

Koło DIL w Dzierżoniowie
przewodnicząca Irena Gajdamowicz

Koło DIL przy ZOZ w Złotorii
przewodniczący Krzysztof Kobyliński

Koło DIL przy ZOZ Stare Miasto
przewodniczący Zygmunt Markiewicz

Koło Ziemi Oleśnickiej DIL
przewodniczący Andrzej Wojnar

Koło DIL przy Oddziale Chirurgii
Dziecięcej Specjalistycznego Szpitala
Zespolonego
przewodniczący Leszek Cegielski
(a nie, jak podaliśmy w numerze
grudniowym, Janusz Ćmikiewicz)

Komisja ds. Placy i Warunków Pracy
DIL zwraca się z prośbą o zgłaszanie
się do komisji lekarzy pozostających
bez pracy.

Przewodniczący
Konrad Leśniakowski

Polska Sekcja Lekarek, jako sekcja
Międzynarodowego Stowarzyszenia
Lekarek (Medical Women's International
Association - MWIA) działa na te-
renie Polski od 1982 roku. Powstała z
inicjatywy Pani Prof. dr hab. med.
H. Gadomskiej. Siedziba sekcji i jej se-
kretariat mieszczą się w Instytucie
Matki i Dziecka w Warszawie.

Najbliższy Kongres MWIA odbędzie
się w marcu 1994 roku w Cambridge
w Anglii, a tematami wiodącymi będą:
a) promocja zdrowia kobiet i b) wycho-
wanie zdrowotne dziewcząt i młodych
kobiet. Poszczególne kraje organizują
również własne zjazdy i kongresy. We
wrześniu br. odbył się w Lubecie Kon-
gres Niemieckiego Związku Lekarek
(temat Mamma - Carcinom). Związek
ten zaprosił dr med. K. Stańkowską do
Wuppertalu w celu przedstawienia na
posiedzeniu w dniu 28 września aktu-
alnej sytuacji kobiet, a zwłaszcza ko-
biet lekarek w naszym kraju. Ogromne
zainteresowanie naszymi problemami
wyraziło się między innymi zapowie-
dzą przyjazdu grupy lekarek do Wroc-
ławia wiosną 1994 roku. Wizyta
nastąpi prawdopodobnie między 13 a
16 maja 1994 roku. Dokładne terminy
i dane dotyczące tej wizyty - podobnie
jak informacje o niedawno powstałej
dolnośląskiej Grupie Polskiej Sekcji
Lekarek - podamy w następnych ko-
munikatach.

Przewodnicząca Komisji
Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruzewicz-Miklaszewska

Komisja Współpracy z Zagranicą
przy DIL informuje, że w dniach 17-19
czerwca 1994 roku odbędzie się II re-
gionalne spotkanie lekarzy polskiego
pochodzenia z krajów ościennych.

Przewodnicząca Komisji
dr Barbara Bruzewicz-Miklaszewska

Komisja Współpracy z Zagranicą
składa serdeczne podziękowania dr
Janinie Rybusińskiej i dr Jadwidze Ol-
szewskiej za nadesłanie fachowej lite-
ratury medycznej w celu przekazania
jej polskiemu towarzystwom medycznym
w krajach byłego ZSRR.

W ramach corocznych Dni Walki z
Gruźlicą i Chorobami Płuc odbył się w
Jeleniej Górze 7 grudnia 1993 r. XVII
Dzień Pneumonologiczny - otwarta ses-
ja naukowa, która zgromadziła ponad
110 lekarzy i środowisko medyczne z
całego województwa.

Miejscem obrad była sala wykłado-
wa Wojewódzkiego Szpitala w Budo-
wie, organizatorami: Społeczny
Komitet Walki z Gruźlicą i Chorobami
Płuc - Zarząd Okręgowy w Jeleniej
Górze oraz Specjalistyczny Zespół
Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Gó-
rze, a współorganizatorami Polskie
Towarzystwo Ftyzjopneumonologicz-
ne - Oddział "Bukowiec", Wydział
Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, Wo-

jewódzka Stacja Sanitarno-Epide-
miologiczna i sponsorzy: Polfa SA w
Jeleniej Górze, Herbapol - Wrocław i
firma Upjohn - Warszawa.

W spotkaniu wzięli udział: przedsta-
wiciel wojewody jeleniogórskiego -
dyr. mgr Jan Błażków, członek Rady
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej - dr Aldo-
na Białas, zastępca dyrektora Wydziału
Zdrowia - mgr Alicja Kućba,
przewodnicząca Jeleniogórskiej Izby
Pielęgniarskiej - mgr Barbara Bogusz,
wojewódzki inspektor sanitarny dr -
Zenon Bucki oraz nestor dolnośląskiej
nauki - prof. dr hab. Zbigniew Domosła-
wski.

Przy ciastkach i kawie uczestnicy
wysłuchali wykładów na temat epide-
miologii gruźlicy oraz współczesnych
zasad diagnostyki i leczenia chorób
płuc.

Program sesji przedstawiał się na-
stępująco:

1. Dr n. med. Teresa Grzegorzczuk-
Skibińska: Sytuacja epidemiologiczna
gruźlicy w Polsce i województwie jele-
niogórskim w roku 1992.

2. Prof. dr hab. Zdzisława Bem: War-
tość nowych metod obrazowania w
diagnostyce pulmonologicznej.

3. Prof. dr hab. Tadeusz Kaniowski:
Niespodzianki i pułapki w rentgeno-
diagnostyce chorób płuc i śródpiersia.

4. Prof. dr hab. Tadeusz Orłowski:
Postępy w torakochirurgii - zabiegi me-
todą endoskopową, z filmem własnym
o resekcji zmian tkanki płucnej tą me-
todą.

5. Lek. med. Aleksander Sielużycki,
przedstawiciel firmy Upjohn: Dalasy-
cyna C - lek z wyboru w leczeniu scho-
rzeń układu oddechowego.

Interesujące, bogato ilustrowane
wykłady, doskonały wykładowiec z Aka-
demii Medycznej we Wrocławiu spra-
wili, że pytania i żywa dyskusja
przebiegała się do późna, a sesja
stała się zarazem wartościowym szko-
leniem interdyscyplinarnym.

Miła, koleżeńska atmosfera panują-
ca na sali świadczy o konieczności
kontynuacji tego rodzaju spotkań.

Teresa Grzegorzczuk-Skibińska,
- Karpacz

Ubezpieczenie OC lekarzy

Komisja Socjalna NRL podjęła pra-
ce nad określeniem warunków OC dla
lekarzy. Warunki te przygotował prof.
prawa cywilnego Andrzej Wąsiewicz i
zostały one przedstawione w "Gazecie
Lekarskiej". Jednak do czasu znale-
zienia przez przedstawicieli Komisji
Socjalnej NRL ubezpieczyciela, który
te warunki zaakceptuje, niektóre okre-
gowe izby lekarskie podjęły na swoim
terenach próby ogólnego ubezpieczenia
lekarzy w ramach OC.

Komisja Stomatologiczna DIL skon-
taktowała się w tej sprawie z przedsta-
wicielem PZU S.A. we Wrocławiu i
uzyskała następujące informacje:

Za lekarza wykonującego swój za-
wód i zatrudnionego wyłącznie w pań-
stwowym zakładzie pracy
odpowiedzialność cywilną ponosi pań-
stwo - co wynika z kodeksu pracy.
Jeżeli zaistnieje sytuacja, w której pa-
cjent będzie skarżył lekarza, odszko-
dowanie wypłaci zakład pracy i
obciąży lekarza sumą jego trzykrot-
nych poborów. Gdy lekarz ma własną
polisę OC, całość postępowania od-
szkodowawczego przejmują na siebie
firma ubezpieczeniowa. Stawka ubez-
pieczenia OC dla takich pracowników
wynosi w PZU około 200 tys. zł. Drugi
rodzaj ubezpieczenia, który oferuje
PZU, dotyczy prywatnych gabinetów
lekarskich i obejmuje pełny zakres
odpowiedzialności, tzn. odpowiedzial-
ność deliktową i kontraktową. Odpo-
wiedzialność deliktowa - to ta, która nie
wynika z działalności lekarskiej, np.
pacjent upadł w gabinecie i doznał ura-
zu ciała. Odpowiedzialność kontrakto-
wa jest wynikiem umowy między
lekarzem a pacjentem. Obejmuje ona
również szkody wynikłe z niewykona-
nia lub nienależytego wykonania zo-
bowiązania. PZU ponosi
odpowiedzialność za błąd w sztuce le-
karskiej, z wyłączeniem paragrafu 6
ogólnych warunków tego ubezpiecze-
nia. A są to:

1) szkoda wyrządzona umyślnie lub
rażące niedbalstwo.

2) szkoda wynikła z przeniesienia
chorób zakaźnych, o których istnieniu
ubezpieczający wiedział lub wiedzieć
powinien.

PZU wyłącza również odpowiedzial-
ność za zakażenie wirusem HIV i szko-
dy spowodowane wadą instrumentów
medycznych.

Suma gwarancyjna do 500 mln zł.
Składka uzależniona jest od specjali-
zacji, zabiegów prowadzonych przez
gabinet, ilości zatrudnionych osób. Po-
szczególne oddziały PZU są niezale-
żne i prowadzą własną politykę
finansową i składki mogą być dość
zróżnicowane - inne w Wałbrzychu,
Jeleniej Górze i Legnicy, a nawet róż-
ne w różnych inspektoratach jednego
miasta. Jest to związane z sumą od-
szkodowań, jaka na danym terenie by-
ła wypłacona. PZU może w wyniku
podpisania umowy z Dolnośląską Iz-
bą Lekarską uśrednić te stawki dla wszy-
stkich lekarzy na Dolnym Śląsku, jeżeli
do tej umowy przystąpi znaczna ich
liczba. Oczywiście przedstawiciele DIL
będą z PZU negocjowali korzystne dla
naszej korporacji warunki ubezpiecze-
nia. W najbliższym czasie przedstawi-
my warunki "Warty" - drugiej firmy
ubezpieczeniowej, mającej gwarancję
Ministerstwa Finansów. Zachęcamy
kolegów do wyrażania opinii w tej spra-
wie, czy mamy takie negocjacje w
imieniu naszego środowiska podejmo-
wać.

Alicja Marczyk-Felba

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

6. Podjęto uchwały finansowe przedstawione przez przewodniczą-
cego Komisji Finansowej.

23 grudnia posiedzenie Prezydium DRL nie od-
było się.

30 grudnia (woj. wrocławskie)

W obradach uczestniczył zaproszony Władysław Sidorowicz,
członek DIL, kandydat prezydenta Wrocławia, Bogdana Zdrojewskie-
go, na lekarza miejskiego Wrocławia. Zebrani podjęli dyskusję nad
stanowiskiem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w tej sprawie. Ostatecz-
nie, w tajnym głosowaniu opowiedziano się za poparciem kandydatury
W. Sidorowicza. Zwrócono uwagę, że jako były minister zdrowia
doskonale zna problemy służby zdrowia, ponadto uczestniczył w
pracach nad wydzieleniem we Wrocławiu wydziału zdrowia, który
zajmie się zarządzaniem placówkami zdrowotnymi, przejętymi przez
samorząd miasta.

Nna posiedzenie zaproszono również dra Tadeusza Myczko-
wskiego - projektodawcę godła DIL. Zobowiązano go do przygo-
towania wzoru godła w kolorze, wzór ten będzie wykorzystywany np.
przy graficznym opracowaniu projektu papieru firmowego DIL, wi-
niety "Biuletynu DIL" itp.

6 stycznia

Zebrani dyskutowali nad sytuacją we wrocławskiej służbie zdro-
wia. Zwrócono uwagę, że decyzję o akceptacji kandydatury Włady-
sława Sidorowicza na lekarza miejskiego podjęto na posiedzeniu, w
którym uczestniczyli tylko wrocławscy członkowie Prezydium.

W głosowaniu Rada DIL zdecydowała, że posiedzenia Prezydium
ogólne będą odbywały się co tydzień (zniesiono podział na posie-
dzenia ogólne i w delegaturach).

W kolejnym punkcie obrad skarbnik DIL, kol. Andrzej Szmidla,
przedstawił propozycję preliminarza budżetowego DIL na 1994 r.

W dyskusji nad preliminarzem poruszono następujące sprawy:

1. Utworzenie funduszu kształcenia.

Rozpatrzone kilka propozycji: nietworzenie funduszu szkolenio-
wego, utworzenie centralnego funduszu kształcenia, tworzenie fundu-
szu w kołach, które wyrażą taką chęć (z należnych im środków
finansowych), inne, alternatywne formy pomocy lekarzom w do-
kształcaniu się (stworzenie taniej bazy hotelowej we Wrocławiu,
organizowanie bezpłatnych, krótkich kursów szkoleniowych w sied-
zibie DIL). Ostatecznie Rada DIL w głosowaniu opowiedziała się za
nietworzeniem funduszu kształcenia.

2. Wniosek Komisji Rewizyjnej, aby zmniejszyć wysokość od-
praw pośmiertnych: z 6-krotności średniego wynagrodzenia zmarłego
do 3-krotności, drugą połowę zaś przeznaczyć na fundusz dla sierot
po lekarzach.

Dyskusję zamknęło głosowanie, w którym Rada DIL opowiedzia-
ła się za przyjęciem wniosku.

Wyznaczono termin VIII Zjazdu Delegatów DIL na 12 marca oraz
terminy posiedzeń Rady DIL w 1994 r. (3.02., 3.03., 7.04., 5.05., 9.06.,
8.09., 6.10., 10.11., 8.12.).

W kolejnym punkcie obrad podjęto sprawę "Biuletynu DIL". Kol.
W. Bednorz zgłosił rezygnację z funkcji redaktora naczelnego i zapro-
ponował na swoje miejsce kol. A. Wojnara. Rada DIL wyraziła
aprobatę (w głosowaniu: 3 głosy wstrzymujące, pozostałe - za). W
imieniu Rady kol. A. Koziorowski podziękował kol. W. Bednorzowi
za dotychczasową pracę i życzył powodzenia nowemu redaktorowi
naczelnemu.

Sekretarz DIL, kol. Maciej Przestalski, odczytał wniosek kol. K.
Kochman, że o powierzaniu wysokich stanowisk administracyjnych
(lekarz wojewódzki, dyrektor wydziału zdrowia, lekarz miejski) opi-
nię wydaje Rada DIL, po zasięgnięciu zdania kół terenowych, którymi
ma kandydat zarządzać oraz kół macierzystego. Rada jednogłośnie
opowiedziała się za przyjęciem wniosku.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Zatwierdzono wniosek Komisji Informacyjnej o przyznanie 40
mln zł na organizację spotkania redakcji czasopism izb lekarskich.

2. Opowiedziano się za zorganizowaniem w 1994 r. II Regional-
nego Spotkania Przedstawicieli Polskich i Polonijnych Stowarzyszeń
Lekarskich Krajów Ościennych. Przyznano na ten cel 70 mln zł,
zatwierdzono skład komitetu organizacyjnego.

3. Rozpatrzone wnioski kół i delegatur, podjęto uchwały finanso-
we na łączną kwotę 61 mln zł.

4. Przyznano ryczałty samochodowe członkom Komisji Rewizyj-
nej.

(kp)

MANDELAMINA

MZiS Zezw. nr 5065

SKŁAD: 1 tabl. zawiera:
Methenamini mandelas 250 mg

WŁAŚCIWOŚCI I DZIAŁANIE:

Pochodna heksametylenotetraminy o szerokim zakresie działania bakteriobójczego na drobnoustroje Gram-dodatnie: Gram-ujemne, szczególnie na pałeczkę okrężnicy, gronkowca złocistego i paciorkowca kałowego. Łatwo wchłania się z przewodu pokarmowego i łatwo wydala w stanie nie zmienionym. Działa słabo na florę jelit.

WSKAZANIA:

Stosowana w przewlekłych i ostrych zakażeniach dróg moczowych, szczególnie w leczeniu długotrwałym.

PRZECIWSKAZANIA:

Niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby, ostre uszkodzenie narządów mięsnych, ciąża.
Nie stosować jednocześnie z sulfonamidami.

DZIAŁANIE UBOCZNE:

Niekiedy mogą wystąpić nudności, biegunka a także bolesne i trudne oddawanie moczu. Przekroczenie podanych niżej dawek może spowodować podrażnienie pęcherza moczowego.

DAWKOWANIE:

O ile lekarz nie zaleci inaczej lek podawać doustnie:
- dorosłym: 1-4 tabletek 4 razy dziennie
- dzieciom: 14 mg/kg masy ciała dziecka 2-4 razy dziennie

Uwaga : 1 tabletkę zawiera 250 mg Mandelaminy

OPAKOWANIE:

Stoik ze szkła oranżowego zawierający 50 tabletek.

PRODUCENT:



**Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy
"GALENA"**
ul. Krucza 62 Wrocław
telefon: 610651 telex 712256 fsp

COMMERCIAL UNION

Ubezpiecz to co najcenniejsze...twoje życie

Życie nie da się wycenić. Myśląc jednak o wykupywaniu ubezpieczenia na życie okazuje się, że dla jednych jest ono warte 50 milionów, dla innych kilkadziesiąt miliardów. Na takie sumy ubezpiecza swoich klientów **COMMERCIAL-UNION** Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (Polska). Ta brytyjska firma posiada 130 letnią tradycję i przedstawicielstwa w 80 państwach świata. W Polsce działa od 1992 r. na podstawie zezwolenia Ministra Finansów. Dlaczego ubezpieczenie uniwersalne na życie jest tak korzystne? Jest ono bezterminowe, a wysokość sumy ubezpieczenia nie jest ograniczona. Składki i suma ubezpieczenia są indeksowane, dzięki czemu zachowują realną wartość. Ubezpieczenie nie posiada okresu karencji i jest honorowane na całym świecie przez 24 godziny na dobę. Ubezpieczenie uniwersalne można zmienić w czasie trwania umowy. Świadczenia z tytułu ubezpieczenia są w 100% wolne od podatku i roszczeń wierzycieli. Fundusz inwestycyjny pozwala na gromadzenie kapitału będącego podstawą przyszłych dodatkowych świadczeń rentowo-emerytalnych, a wartość jednostki uczestnictwa nigdy nie maleje. Przypomina to zasadę funkcjonowania funduszu powierniczego **PIONEER**. Co roku osoba ubezpieczona otrzymuje dokładne rozliczenie i może podjąć decyzję: pozostać przy ubezpieczeniu na życie, waloryzowanym corocznie o wskaźnik inflacji, wycofać jednorazowo całą sumę albo przeznaczyć ją na dożywotnie comiesięczne wypłaty sum, będących uzupełnieniem emerytury. Najniższa składka roczna w uniwersalnym ubezpieczeniu na życie wynosi 1 milion złotych. I tak: 35-letni mężczyzna, który ubezpieczył się na 100 mln zł i co rok wpłaca 2,5 mln zł składki, po 30 latach będzie mógł odbierać około 5 mln zł miesięcznie lub jednorazowo około pół miliarda zł.

W **COMMERCIAL-UNION** ubezpieczyli się m.in.: Krzysztof Zanussi, Adrianna Biedrzyńska i hrabia Antoni Potocki. Może więc warto rozważyć tę propozycję? **COMMERCIAL-UNION** oferuje nadto ubezpieczenie młodzieżowe, ubezpieczenie grupowe oraz ubezpieczenie wspólników, kredytobiorców. Po dokładniejsze informacje odsyłamy do **AGENCJI LIFE S.C.** we Wrocławiu ul. Powstańców Śląskich 95 pani Elżbieta Grzegorek tel. 51-92-13 i pan Miroslaw Gierzkiewicz tel. 57-73-33.

Farmaceutyczna Spółdzielnia Pracy
50-984 Wrocław, ul. Krucza 62
tel. centrala 61-06-51; 61-06-52
sekretariat: 61-66-67 fax: 61-66-67
zaopatrzenie: 61-81-10 telex: 0712256

Acetaminophen 500 mg a 20 tabl.
Coffalgan a 20 tabl.
Acenol 300 mg a 20 tabl.
Acenol cum Coffeino a 20 tabl.
Paracetamol syrop 2,4% a 120 ml
Gwarantowana skuteczność, środki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe bez salicylanów (ból głowy, migreny, przeziębienia, grypy).
Pentaerythritol Forte 30 mg a 40 tabl.
Pentaerythritol compositum 20 mg a 20 tabl.
Rozszerza naczynia wieńcowe, ekonomizuje pracę serca.
Mandelamina 250 mg a 30 tabl.
Niezwodna przy ostrych zakażeniach dróg moczowych, działa bakteriobójczo na drobnoustroje Gram-dodatnie, Gram-ujemne

Cyclonamine-Ethamsylate 250 mg a 30 tabl.
Calcium dobesilate 250 mg a 30 tabl.
Skutecznie skraca czas krwawienia.
Stosowane w chirurgii i ginekologii.
Dolomit granulat 100g
Wyrównuje niedobór magnezu i wapnia, poprawia samopoczucie.
Sucram 120g
Rewelacyjny słodzik dla cukrzyków i odchudzających się, zawiera NutraSweet

Dla profesjonalistów dostarczamy na żądanie szczegółowy monogram produktów

Asortyment

Calcium Gluconicum Granulatum a 75g
Coffeinum Natrium Benzoicum a 10 tabl.
Kalium Guajacolosulfonicum a 10 tabl.
Syrop Kalii Guajacolosulfonici a 125g
Kalium Hypermanganicum a 30 tabl.
Lumidrinol a 20 tabl.
Nipas wkładki dożebodolowe a 100 szt.
Chinoksyzol a 100 tabl.
Chinoksyzol subst. 25 g.

Karton zbiorczy

70 op.
100 op.
84 op.
35 op.
100 op.
84 op.
50 op.
50 op.

**G
A
L
E
N
A**

Liczę na pomoc i współpracę

- Na wczorajszym posiedzeniu zaprezentowaliśmy przeciwko trybowi powołania nowego lekarza wojewódzkiego, bez konsultacji ze środowiskiem lekarskim, nasze oświadczenie w tej sprawie przekazaliśmy prasie. Dlaczego przed przyjęciem nominacji nie skontaktował się pan z nami?

- O propozycji dowiedziałem się nieoficjalnie w czwartek wieczorem. Potraktowałem to niezobowiązująco. W piątek rano telefonicznie zaproszono mnie do Urzędu Wojewódzkiego, aby ustalić warunki współpracy. Usiłowałem skontaktować się z kierownictwem Izby, jednak większość członków Prezydium była już w Warszawie na III Krajowym Zjeździe Lekarzy. W poniedziałek dowiedziałem się, że zostałem mianowany i przyjąłem sytuację taką, jaka była. Mam nadzieję, że to się nie powtórzy, nie będzie w przyszłości żadnych niedomówień.

- Jak będą kształtowały się zależności między panem a dyrektorem Wydziału Zdrowia UW?

- Do moich obowiązków ma należeć nadzór nad całym lecznictwem otwartym i zamkniętym, współdziałanie w opiniowaniu zakupów sprzętowych i w tworzeniu budżetu. Ponadto jako lekarz wojewódzki jestem zobowiązany do utrzymywania stałych kontaktów ze środowiskiem medycznym. Liczę na współpracę, pomysły i pomoc lekarzy. Jestem zastępcą dyrektora Wydziału Zdrowia w sprawach ściśle leczniczych. W sporach między lecznictwem a ekonomią głos decydujący należy do wojewody. Mam nadzorować i opiniować, pracuję oczywiście samodzielnie.

- Czy to prawda, że ze szpitala im. Rydygiera został pan zwolniony przez dyrektora Cebrata?

- Nie przez dyrektora Cebrata. W każdym razie nadszedł dzień, kiedy stwierdziłem, że muszę zająć się moją prywatną praktyką.

- W sądzie pracy toczy się wniośna przez pana sprawa przeciwko szpitalowi im. L. Rydygiera. Jeśli wynik postępowania będzie niekorzystny - co pan zrobi?

- Myślę, że ta sprawa dotyczy pewnego minionego okresu w moim życiu, nie powinno to mieć wpływu na moje przyszłe działania. Ze szpitala zostałem zwolniony przez panią dyrektora Kosowską, zgodnie z ustawą o zwolnieniach grupowych z uzasadnieniem ekonomicznym (przy czym nie zwolniono wówczas nikogo poza mną), w terminie skróconym do jednego miesiąca.

- W jakiej kondycji psychicznej pan jest, w końcu czeka pana praca z dyrektorem Cebratem?

- Mam już pewien staż pracy z dyrektorem Cebratem, kilka lat temu współpracowaliśmy w Komisji Zdrowia Urzędu Miejskiego.

- Czy akceptuje pan istnienie i dotychczasowy przebieg konfliktu z wrocławskim Wydziałem Zdrowia?

- Bez względu na to, kto wywołał konflikt, jego trwanie jest dla wszystkich niekorzystne. Myślę, że nadszedł najlepszy czas, aby odwrócić obecną sytuację i izolację.

- Dwuznacznie przyjmujemy pana akceptację. Nie jest usprawiedliwieniem nasza nieobecność we Wrocławiu, właśnie dlatego tak szybko i nagle podjęto decyzję. Pana zgoda wchodzi nam w drogę. Od roku bezskutecznie roz-

Dr med. Witold Kowalewski, lekarz wojewódzki WZ UW we Wrocławiu, jest specjalistą II stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych. Odpowiada na pytania delegatów DIL województwa wrocławskiego

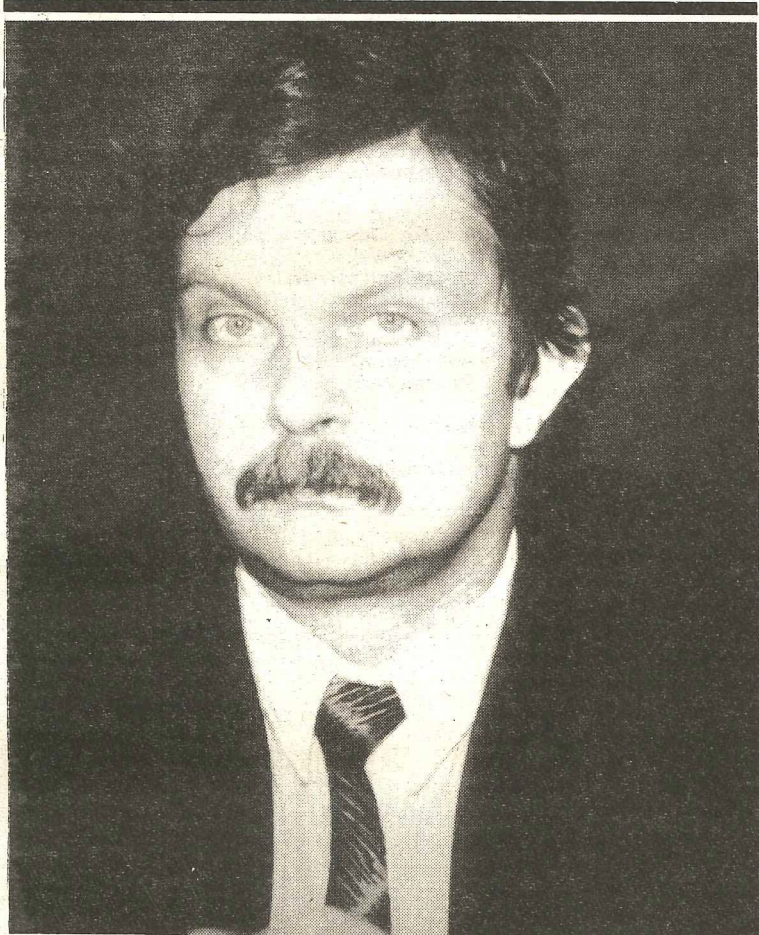


foto K. Pajdzik

mawiamy z wojewodą o konieczności konsultacji ze środowiskiem medycznym nominacji na strategiczne stanowiska w służbie zdrowia. Czy pan wejdzie w konflikt z dyrektorem Cebratem, czy będzie pan kontynuował jego politykę?

- Nie chcę na razie składać deklaracji. Myślę, że po jakimś okresie współpracy będzie można mnie zaakceptować lub nie. Mam reprezentować lekarzy, ich samorząd i organizacje, czuję się związany z moim środowiskiem. Jeśli współpraca z samorządem, lekarskim i dyrektorem Wydziału Zdrowia nie będzie się układała, ustąpię ze stanowiska. Z po-

wodów czysto ambicjonalnych nie byłem, nie jestem i nie będę marionetką. Oczekuję od państwa jednoznacznej opinii, czy w obecnej sytuacji lekarz wojewódzki jest potrzebny, czy nie.

- Nie powinno być konfliktu z Urzędem Wojewódzkim. Nie chcemy wojny, jednak na Cebrata bezwzględnie nie godzimy się. Chętnie widzielibyśmy pana na stanowisku lekarza wojewódzkiego i dyrektora Wydziału Zdrowia, te stanowiska powinny być połączone. Pana sytuacja jest nie do pozazdroszczenia, mimo to życzymy powodzenia.

(ez)

Drugi oddech stażysty

Początek lat osiemdziesiątych. Jedno z wielu dolnośląskich miast. Zdyszany, zmęczony mozolnym wspinaniem się w grubym zimowym palcie na 4 piętro budynku szpitala, staje wreszcie przed drzwiami gabinetu zastępcy dyrektora ds. lecznictwa. Wycieram chusteczką spocone czoło. Półotwarte drzwi. Śmiechy:

- Tak pani Halinko, to był dobry pomysł. Ha, ha, ha. Pewnie do dzisiaj nie wiedzą dlaczego. Wie pani, świetny tort. Gdzie pani dostała orzechy?

Otwieram szerzej drzwi.

- Dzień dobry. Nazywam się Iksiński. Jestem stażystą.

- A to pan kolego, niech pan siada. Więc mówi pan, że panu jest ciężko?

- Tak panie dyrektorze. Rano do 11.00 - oddział, 15 łóżek.

- I nie wyrabia się pan, co?

- Nie, nie o tym chciałem mówić.

A właściwie to o tym. Panie dyrektorze. Roboty na oddziale jest tyle, że rzadko uda się wyjść przed 12.30. Potem na łeb na szyję do przychodni. Minimum 30 minut.

- Jak to 30 minut? No tak, pan jeszcze nie ma samochodu. Jak pan dobrze popracuje, to za trzy lata przydzielimy panu samochód. Pani Halinko, dziękuję. Tak, napiję się kawy. Ma pani neskę? O, gdzie pani ją zdobyła. Ale nie możemy panu przydzielić go już. Co by inni na to powiedzieli? Na przykład doktor Beksiński. Jest już u nas prawie 5 lat. I jeszcze się nie załapał. Albo doktor Cekińska. Biedaczka, 20 lat pracy. I co? Nie ma samochodu i jakoś sobie radzi. Wiemy, że ma pan pierwszeństwo. Lecznictwo otwarte i tak dalej. Cierpliwości. Trzy lata i ma pan samochód. Umowa stoi?

Zostań lekarzem, tym nicponiom to się powodzi

16 i 17 grudnia 1993 roku Senat RP debatował nad projektem ustawy o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej w 1994 roku. W imieniu Komisji Polityki Socjalnej i Zdrowia wystąpił jeleniogórski senator Jerzy Cieślak, informując, że nikt z członków komisji nie popiera ustawy w brzmieniu zaproponowanym przez Sejm. Komisja zgłosiła natomiast wniosek o wprowadzenie takich zmian w tekście, aby ustawa ta wiązała proponowany 2% wzrost wynagrodzeń w sferze budżetowej z rzeczywistym, a nie planowanym (jak zakłada projekt) wzrostem wynagrodzeń w sferze przedsiębiorstw gospodarki narodowej oraz wzrostem cen towarów i usług.

Zarówno wystąpienie senatora Cieślaka, jak i wystąpienia kolejnych mówców były pełne dramatycznych określeń i wręcz katastroficznych wizji.

Ustyszano więc o osiągnięciu przez pracowników sfery budżetowej poziomu krytycznego, o skrajnej pauperyzacji środowiska, która odbija się na jakości pracy, determinacji i gotowości do podejmowania nowych akcji protestacyjnych (senator J. Cieślak), o od lat pokutującym poglądzie, że lekarzom nie trzeba płacić zbyt wiele, bo i tak sobie poradzą, co jest przecież z gruntu fałszywe i szkodzi całemu środowisku (senator Zbigniew Kulak), o tragedii narodowej, jaką jest utrata około 25% absolwentów wyższych uczelni, opuszczających co roku kraj: "kto jest lepszy, mądrzejszy, agresywniejszy w życiu, w działaniu i w pracy, ten wyjeżdża. Zostają gorsi lub tacy idioci jak senatorowie, a wśród nich ja, którzy się godzą z tym wszystkim, bo myślą, że zrobi się kiedyś wreszcie w tym kraju coś mądrego i dobrego" (senator Z. Religa).

Ci senatorowie, którzy apelowali o głosowanie za ustawą, uznali, że jest ona może niewielkim, ale jednak krokiem naprzód i stwarza nadzieję na jakąkolwiek poprawę sytuacji, choć i oni mieli pełną świadomość faktu, że konieczne jest podjęcie natychmiastowych działań ratujących i że proponowane kwoty podwyżek (200, 340 tys. zł?) niczego nie zmienią i nikogo nie zadowolą.

Zdecydowanie przeciwko ustawie opowiedział się senator Zbigniew Religa. Uznał on, że przedstawiony projekt akceptuje społeczną niesprawiedliwość i jako taki nie powinien być przyjęty. Oświadczył, że argument o trudnej sytuacji ekonomicznej kraju powtarzany jest od zawsze i "może już nadszedł czas, by powiedzieć <nie> tego typu tłumaczeniom. My już mamy dosyć. Jeżeli tego nie zrobimy teraz, to będziemy mieć identyczną sytuację za rok, za dwa, za trzy lata, bo przecież nikt rozsądny nie wierzy, że gospodarka poprawi się w ciągu roku". Część senatorów podzieliła jego zdanie.

W głosowaniu zaproponowaną przez Komisję Polityki Socjalnej i Zdrowia poprawkę Senat odrzucił, o czym zadecydowała przede wszystkim konieczność przedstawienia Sejmowi projektu budżetu na 1994 rok w dniu 29.12.1993 r., a ewentualne wprowadzenie poprawki wydłużyłoby czas pracy nad projektem. Przedstawiciel rządu, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Finansów Wojciech Misiąg apelując po raz kolejny o przyjęcie ustawy ostrzegł, że odrzucenie jej oznaczałoby praktycznie rozpoczęcie od nowa prac nad budżetem państwa.

A przyjęcie... Cóż, "zostań lekarzem, tym nicponiom to się wiedzie"! *

* Cytat pochodzi z wypowiedzi senatora Z. Kulaka, który we wstępie do swego wystąpienia przytoczył radę, jakiej udzielił chirurgowi Williamowi Nolenowi ojciec: "Bill, jesteś rozgarniętym chłopcem, zostań lekarzem, tym nicponiom to się wiedzie".

(ep)



rys. Ł. Bartoszewicz

- Tak panie dyrektorze. Ale mam inny problem. Przychodzi do przychodni na 13.00. Wcześniej się nie da. A tu 35 pacjentów. Każdego wypisać, zbadać, wypisać każdy lek na osobnej recepcie. Rzadko zdarza się, że wszystkie są w jednej aptece. Prawie każdy chce L-4. Znowu pisanina. Wyślę pacjenta do neurologa na konsultację, zaraz wraca z zaleceniem: wskazane leczenie sanatoryjne. Walczę wtedy z kolejnym papierkiem. A czas płynie. Co piąty chce iść na rentę. Znowu formularze, skierowania, wnioski. Im się bardziej staram, tym gorzej. Coraz więcej pacjentów i pracy. Panie dyrektorze, chciałem pana zapytać: ile według przepisów wynosi limit przyjęć w ciągu godziny?

- Już panu mówię: sześciu pacjentów na godzinę, dla specjalisty drugiego stopnia.

- A dla stażysty?
- Tego akurat nie wiem.
- Dobrze, panie dyrektorze, ale podobno nam nie wolno przyjmować samodzielnie pacjentów w przychodni.
- Może i tak, ale niech pan w takim razie powie, jak obsadzimy te wakujące pięć rejonów? Kogo tam posłę? Jesteście najmłodsi. Musicie swoje odrobić. Tak jak wszyscy. Niech pan goni. Już 12.45. Pacjenci nie lubią, gdy lekarz się spóźnia.

Szybkim ruchem nałożyłem płaszcz, zarzuciłem torbę. W ekspresowym tempie zbiegłem po schodach. Dziedziniec szpitala. Brama. Przyspieszyłem kroku. Zza zakrętu wyjechał autobus. Puściłem się biegiem. Jeszcze 50 metrów, ale zdążyć. Złapałem oddech. Drugi oddech stażysty.

stażysta



Nie będę palił publicznie,

a w każdym razie nie dam się na tym złapać - odpowiedział Krzysztof Madej na pytanie (Czy zerwie pan z nałogiem palenia?), zadane podczas prezentacji kandydatów na stanowisko prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej

c.d. ze str. 1

Doraźne działania przewidziane na 1994 r.

to przede wszystkim - według szefa resortu: - pilne oddłużenie placówek służby zdrowia, szczególnie szpitali, po uprzednim przeanalizowaniu przyczyn i struktury zadłużenia, ma ku temu służyć

Przeciętny delegat

W holu Sali Kongresowej obradujący mogli obejrzeć tablicę przedstawiającą strukturę społeczno-demograficzną delegatów na III Krajowy Zjazd Lekarzy, opracowaną na podstawie ankiet rozsyłanych przez Komitet Organizacyjny.

Zdecydowaną większość, bo aż trzykrotną, stanowili mężczyźni. "Przeciętny" delegat liczy sobie ponad 53 lata, ukończył studia lekarskie w latach 70. i obecnie jako internista lub stomatolog ogólny pracuje w szpitalu na kierowniczym stanowisku. Mieszka, oczywiście, w dużym mieście.

Najmniej wśród delegatów było lekarzy młodych, urodzonych po 1956 roku, którzy ukończyli studia w ciągu ostatnich ośmiu lat. Wy tłumaczenie tego faktu młodością, tym, że lekarze ci nie zdążyli jeszcze dać się poznać, wydaje się uproszczeniem. Kilkakrotnie, również podczas obrad III KZL (senator Zofia Kuratowska) zwracano uwagę na brak zainteresowania wśród młodych działalnością samorządu lekarskiego. Lekarze ci nie znają tradycji izb lekarskich, nie orientują się, jaki program i jakie możliwości działania mają. Sądzą, że Izba nie może pomóc im w pierwszych zawodowych problemach: znalezieniu pracy, godziwie opłacanej, umożliwieniu specjalizowania się i dokształcania. Istnienie izby odczuwają przede wszystkim jako obligatoryjny nakaz przynależności i płacenia składek.

III Krajowy Zjazd Lekarzy

komisja złożona z dyrektorów szpitali, którzy osiągnęli dobre wyniki finansowe,

- wprowadzenie zmian w polityce celnej i podatkowej dotyczącej polskiego przemysłu farmaceutycznego - zniesienie ceł na surowce i półprodukty oraz odstąpienie od podatku akcyzowego dla konfekcjonowanych leków, obecnie podatkami tymi są obciążone jedynie leki polskie, leki importowane wpływają do Polski szerokim nurtem, bez żadnych konsekwencji finansowych,

- zwiększenie budżetu resortu zdrowia o 1%, a w latach kolejnych systematycznie o 0,5%.

5% dla ministra zdrowia,

wyodrębnione z budżetu działu 85, ma zamiar wywalczyć sobie Jacek Zochowski. Dysponując tymi środkami minister mógłby realizować swoją politykę zdrowotną, a więc przeznaczyćby: 1% - na wyposażenie gabinetów lekarzy ogólnych w sprzęt diagnostyczno-leczniczy, 1% - na restrukturyzację i usprawnienie pogotowia ratunkowego, zgodnie z przygotowaną reformą, 2% - na unowocześnienie wyposażenia i rozszerzenie zakresu usług medycznych szpitali terenowych i 1% - na intensyfikację działań promujących zdrowie.

Ubezpieczenia zdrowotne, profilaktyka i lekarz rodzinny

- te hasła wyznaczają główne kierunki działań długoplanowych ministerstwa zdrowia w latach 1994-1997.

Dolnoślązacy w Naczelnej Izbie Lekarskiej

Wiceprezes NRL
Włodzisław Bednorz

Naczelna Rada Lekarska
Ryszard Łopuch
Krzysztof Krzemień
Maciej Przesłalski

Naczelny Sąd Lekarski
Tomasz Bieleń
Krzysztof Błok
Teresa Bujko
Zygmunt Chojnacki

Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Janusz Andrzejewski
Janusz Dembowski
Andrzej Niedziółka
Aleksander Niedzielski
Halina Nawrocka
Ryszard Rzesutko

Naczelna Komisja Rewizyjna
Andrzej Kierzek

Przed wszystkim zamierzam realizować narodowy program zdrowia przy zatrudnieniu części środków, m.in. z akcyzy, banderolowania papierosów oraz alkoholu, stopniowo wdrażanie powszechnych, obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych w zakresie obejmującym podstawową opiekę zdrowotną oraz ubezpieczeń alternatywnych, dodatkowych, na zasadzie dobrovolności - powiedział Jacek Zochowski. Profilaktyka musi być wreszcie w Polsce zauważona. Największe nawet nakłady na medycynę naprawczą nie poprawiają fatalnego stanu zdrowia społeczeństwa polskiego. Do działań promujących zdrowie minister chciałby zaangażować wszystkie resorty i organizacje służby zdrowia. Ich finansowanie będzie central-

ne (nie z funduszy ubezpieczeniowych, które mają finansować opiekę zdrowotną jedynie w określonym umowie społeczną zakresie). Minister zapowiada wdrażanie systemu jakości usług medycznych, oparte na licencjach, akredytacjach i certyfikacjach, także na standaryzacji wyposażenia w sprzęt i aparaturę. Zamierza dokonywać centralnych zakupów, gdyż można uzyskać przy nich najkorzystniejsze warunki. Jak najszybciej powinno się wprowadzić rodzinna opiekę zdrowotną. W Polsce odpowiednikiem lekarza rodzinnego powinien być - według szefa resortu - przynajmniej trzyosobowy zespół (lekarz ogólny, lekarz pediatra i pielęgniarka).

Dla samorządu moje drzwi są otwarte,

podkreślił Jacek Zochowski. Minister stwierdził, że chętnie będzie się spotykał z przedstawicielami izb lekarskich i podejmował dyskusje nad problemami służby zdrowia.

Najpierw prestiż, potem pieniądze

W wyborach prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej zgłoszono trzech kandydatów: prof. Tadeusza Chruściela, Krzysztofa Kozaka oraz Krzysztofa Madeja.

Prof. Tadeusz Chruściel pełnił funkcję prezesa NRL w I kadencji jej działalności. Rekomendując go Zygfryd Wawrzyniak stwierdził, że prof. Chruściel sprawdził się w tej funkcji, dlatego powinien pełnić ją w dalszym ciągu. Podkreślił również, że kandydat ten jest dla lekarzy niekwestionowanym autorytetem



Nowo wybrane władze NRL

TO, że zostałem delegatem na III Krajowy Zjazd Lekarzy było dla mnie dość nieoczekiwane. Tym niemniej jeżeli już, to funkcję tę postanowiłem potraktować poważnie. Uważam, że do podstawowej powinności delegata należy: obecność na sali obrad oraz świadomy udział w podejmowaniu decyzji w imieniu całej społeczności lekarskiej. Dotyczy to zarówno wyborów do NIL jak i głosowań przy podejmowaniu decyzji zjazdowych. Podczas gdy obecność na sali obrad zależała wyłącznie od dobrej woli delegatów, to gorzej było ze świadomym udziałem w obradach.

Materiały zjazdowe zostały wręczone delegatom przy wejściu na salę. Obejmowały one w pierwszej części sprawozdania organów i komisji problemowych NIL, projekty uchwał zjazdowych, akty prawne dotyczące zawodu lekarza i lekarza stomatologa, samorządu lekarzy, systemu ochrony zdrowia oraz projekty nowych aktów prawnych - łącznie 662 strony druku formatu A-5. Do tego jeszcze dwa oddzielne komentarze do kodeksu etyki lekarskiej oraz rozprawa Tadeusza Nasierowskiego: *Świat lekarzy w Polsce (II połowa XIX w. i I połowa XX w.)* - łącznie ponad 1000 stron. Jak z tego wyliczenia wynika, zapoznanie się z materiałami w czasie trwania Zjazdu było niemożliwe. Tym bardziej, że redakcja materiałów zjazdowych nie ułatwiała tego zadania. Nie wiem dlaczego, np. uchwała II Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie kodeksu etyki lekarskiej została przedzielona od projektu nowelizacji tego kodeksu publikacją projektu samorządowego nowelizacji ustawy o izbach lekarskich, o zawodzie

lekarza itd. (4 pozycje).

Sądzę, że materiały zjazdowe można było zredagować w sposób bardziej komunikatywny, krócej, gdyż, moim zdaniem, część z publikowanego materiału była zbędna. Natomiast znakomitą rozprawę Nasierowskiego: *Świat lekarzy w Polsce...* uważam wręcz za lekturę obowiązkową dla każdego z kolegów działających w izbach lekarskich; bo coż my wiemy o historii i tradycji naszej korporacji za czasów II Rzeczypospolitej, a no że izby były, że dbały o interesy lekarzy, że były reaktywne po wojnie i że komuna je rozwiązała, a resort zdrowia przejął wszystkie prerogatywy korporacji, z których, notabene, obecnie niechętnie rezygnuje.

Tyle o materiałach, bo przecież miało być przede wszystkim o Zjeździe. Oglądając relacje telewizyjne ze Zjazdu, każdy mógł odnieść wrażenie, że sala świeci pustkami, a delegaci lekceważąc obrady spędzają czas w znacznie ciekawszy sposób. Jest to przykład, jak sądzę, niezamierzony manipulacji informacją. Bo nie dociera do wiadomości widza, że sala kongresowa ma ponad 2000 miejsc, a delegatów było poniżej 800. Mimo że quorum było do samego końca Zjazdu, sala robiła wrażenie pustej.

A wracając do telewizji, która zwyczajowo relacjonowała otwarcie Zjazdu, rozkładając akcenty w sposób sobie tylko wiadomy. A potem kiedy była omawiana sprawa plac - telewizji nie było, ale za to przy dyskusji nad nowelizacją kodeksu etyki lekarskiej, mimo że było to w trzecim dniu Zjazdu, nagle się znowu pojawiła.

Uroczyste otwarcie Zjazdu było roz-

BYŁEM DELEGATEM

wkle. Ustami urzędników niższej kategorii przywitali Zjazd pan prezydent Wałęsa, pan premier Pawlak, wicepremier Cimoszewicz. Na tle mniej lub bardziej zdawkowych wystąpień wyróżnia się ciepło, choć nie zawierające wielu konkretnych, przemówienie pana marszałka Sejmu, Józefa Oleksego. Swoją rzeczowością zwracało uwagę przemówienie ministra zdrowia, Jacka Zochowskiego. Myślę, że wymaga ono osobnego szerszego omówienia.

Z samego otwarcia Zjazdu nasuwa się refleksja natury ogólnej - w jaki sposób to najważniejsze wydarzenie w środowisku lekarskim, Zjazd Krajowy Lekarzy, jest oceniane przez prezydenta i rząd. A łatwo to sobie wydedukować z obecności lub nieobecności oficjalnych osób na otwarciu. Również przywitała Zjazd prof. Kuratowska - wicemarszałek Senatu. Jej wypowiedź odebrałem jako labiedzenie polityki, niezadowolonego z wyniku wyborów. A można by się spodziewać, że powie Zjazdowi co, ma zamiar zdziałać dla środowiska lekarskiego w parlamencie. Zresztą o otwarciu Zjazdu wypowiedział się dr Jerzy Moskwa, że znów popełniono błąd - pierwszy dzień zmarnowano na ceremonialne przemówienia i zabrakło czasu na merytoryczne sprawy. Poza tym zbyt skomplikowana

jest ordynacja wyborcza.

O regulaminie wyborów wypowiadałem się po VII Zjeździe DIL. Mało tego, na pierwszym posiedzeniu Rady zostały złożone na piśmie, na ręce prezesa DIL, propozycje zmian. Wprawdzie nie było wyraźnie powiedziane, że te propozycje po ewentualnym skonsultowaniu przez prawników, powinny zostać przedstawione Zjazdowi w Warszawie jako postulat DIL. Jakoś okazało się, że jest to sprawa mało ważna. Ale, jak się okazało, nie tylko ja negatywnie oceniałem regulamin wyborów.

Niejako owocem tej, jak to się wypowiedział jeden z delegatów, przedemokratyzowanej ordynacji, była sprawa wyborów delegatów na Zjazd przez Wielkopolską Izbę Lekarską. Wybór ten został dokonany wg regulaminu różniącego się od zatwierdzonego przez NIL. NIL stanęła na stanowisku, że wybory powinny być powtórzone, do czego Wielkopolska Izba nie zastosowała się. I wobec tego przed Zjazdem stało pytanie - czy delegaci z Poznania, nie wybrani kwalifikowaną większością głosów, są pełnoprawnymi delegatami? Zjazd uznał ważność tych mandatów, ale zajęło to, łącznie z dyskusją i głosowaniem, około półtorej godziny. Sądzę, że jest to doświadczenie, które zostanie spożytkowane przy nowelizacji

regulaminu wyborów w izbach.

Dosyć szybko został wybrany przewodniczący Zjazdu i jego liczni zastępcy. Został nim dr Krzysztof A. Makuch - przewodniczący Warszawskiej Izby Lekarskiej. Potem rozpoczęło się składanie sprawozdań. Nie sposób relacjonować wszystkich. Zatrzymałem się przy dwóch, które wyróżniały się swoją rzeczowością. Sprawozdanie skarbnika NIL, dra Musiałka, uderzało rzeczowością, a zostało przedstawione z wielką swadą. Chciało się zwrócić uwagę na dwa szczegóły sprawy: wozdania. Dr Musiałek powołuje się na sprawozdanie, które miały zostać powołane i dostarczone delegatom. Mimo apelu dra Musiałka, aby doraźnie powołać te załączniki, jakoś nie doszło do tego. A załącznik nr 8 przedstawiał aktualny stan zatrudnienia i plac pracowników biurowych NIL. Dr Musiałek w dalszym ciągu sprawozdania dodaje, że "nie nastąpił oczekiwany skokowy wzrost jakości pracy".

Jestem daleki od wyznawania spiskowej teorii zdarzeń, ale nie wiem, jak występowałoby głosowanie w sprawie NIL, gdyby ten załącznik znalazł się w materiałach zjazdowych. A według planu finansowego na 1994 rok - na funkcjonowanie biura NIL jest preliniowany

moralnym.

Mimo że poprzedniego dnia dyskutowano nad działalnością ustępującej Naczelnej Rady Lekarskiej i udzielono jej absolutorium, pytania skierowane do prof. Chruściela odnosiły się do jego poprzedniej pracy w NRL. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy zarzucał byłemu prezesowi, że samorząd lekarski nie podjął żadnego stanowiska wobec sporu zbiorowego z rządem, w który wszedł ww. organizacja, Naczelna Rada Lekarska nie zdobyła się nawet na poproszenie o wyjaśnienie decyzji dotyczących kosztownego posiedzenia NRL w Krynicy oraz niektórych uchwał finansowych. Prof. Chruściel uchylił się jednak od odpowiedzi na powyższe pytania, twierdząc, że powinny być one zadane podczas poprzedniej dyskusji. Przypomniał również, że decyzje podejmuje Naczelna Rada Lekarska a nie prezes.

Kandydaturę Krzysztofa Kozaka (chirurga specjalisty, zastępcy ordynatora szpitala w Gryficach), wiceprezesa Szczecińskiej Izby Lekarskiej, wysunął Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy. Kandydat ten twierdził, że najważniejszym celem samorządu lekarskiego powinna być zmiana systemu ochrony zdrowia w Polsce, tak by zawód lekarza był zawodem wolnym i dobrze płatnym.

Co prawda doktor Kozak podkreślił kilka nie, że pochodzi z Warszawy (gdzie ukończył studia i gdzie do dzisiaj mieszka jego matka), zna to miasto doskonale i nie będzie miał żadnych trudności z dojazdami (aż z Gryficy!), delegatów chyba nie przekonali.

Krzysztofa Madeja wytypował konwent przewodniczących - gremium powołane na jednym z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej, skupiające wyłącznie przewodniczących okręgowych izb. W swojej rekomendacji Maciej Czerwiński stwierdził, że "pan doktor Madej jest sprawnym organizatorem [wybrany na przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego III KZL - przyp. red.], sumiennym człowiekiem, suwerennym w myśleniu samorządowym, wyrażamy nadzieję, że również w działaniu samorządowym".

Prezydium NRL:

Prezes
Krzysztof Madej

Wiceprezesi
Włodzimierz Bednorz
Andrzej Fortuna
Jerzy Moskwa

Sekretarz
Bożena Pietrzykowska

Zastępca sekretarza
Dorota Sokółowska

Skarbnik
Andrzej Sawoni

Członkowie
Krzysztof Bielecki
Zenon Górniewski
Wiesław Jędrzejczak
Marcin Świąćicki

się w samorządzie przede wszystkim działalnością organizacyjną (w poprzedniej kadencji pełnił funkcję sekretarza OIL w Warszawie), nie zaś - ideologiczną. Zdecydowanie opowiada się za budowaniem pre-



Minister zdrowia Jacek Łochowski stiżu zawodu lekarza, który uważa za ważniejszy od roszczeń placowych. Walkę samorządu lekarskiego o interesy jej członków rozumie jako umacnianie pozycji lekarza w społeczeństwie. Zwrócił uwagę, że samorząd lekarski nie może uzurpować sobie ani nawet marzyć o pełnieniu roli decydenta - głos decydujący należy do państwa. Izba lekarska powinna jednak być partnerem i negocjatorem w tworzeniu prawa ochrony zdrowia.

Krzysztof Madej zyskał miąższą większość głosów: 589, pozostali kandydaci - 89 (Tadeusz Chruściel) i 36 (Krzysztof Kozak).

tekst i zdjęcia Katarzyna Pajdzik

LIST OTWARTY DO PREZYDIUM III KRAJOWEGO ZJAZDU LEKARZY

Zdecydowałem się napisać ten list otwarty, ponieważ nie mogę pogodzić się ze sposobem, w jaki III Krajowy Zjazd Lekarzy pracował nad Kodeksem Etyki Lekarskiej. Mam bowiem świadomość, że Kodeks ten jest najważniejszym dokumentem samorządu lekarskiego. On bowiem określa jego tożsamość, jest jego wizerunkiem. Dlatego musi być opracowany ze szczególną odpowiedzialnością i troską zarówno o jego treść jak i formę.

Zdaję sobie sprawę, że o przyjęciu takich czy innych zapisów w Kodeksie decydują w końcu reguły demokracji i dlatego nie wszystkie muszą być zgodne z moimi poglądami. Chociaż więc mogę na ich temat dyskutować, nawet publicznie (to też należy do reguł demokracji), to muszę się im poddać. Chodzi mi jednak o to, aby sposoby wprowadzania jakiegokolwiek treści do dokumentu tej rangi, co Kodeks Etyki Lekarskiej w maksymalny sposób gwarantowały jego dobrą jakość.

W moim głębokim przekonaniu ten wymóg nie został na III Zjeździe spełniony. Stało się to w wyniku poważnego błędu proceduralnego popełnionego przez prowadzącego w tym czasie obrady Przewodniczącego Zjazdu, który spowodował, że Zjazd najpierw dużą większością głosów przyjął w całości poprawki zaproponowane przez Naczelną Radę Lekarską, a potem do już przegłosowanych poprawek wprowadził zmiany - często całkowicie z nimi sprzeczne - bez reasumpcji poprzedniego głosowania. Które wobec tego głosowanie jest ważne?

Poprawki do Kodeksu można było przyjąć dwiema drogami:

1. Przegłosowanie poprawek zaproponowanych przez NRL w całości, bez dyskusji. Było to możliwe, ponieważ po opublikowaniu ich w "Gazecie Lekarskiej" znane były środowisku od dwóch miesięcy, a ponadto przy zachowaniu ducha Kodeksu ich treść była kompromisowa, możliwa do zaakceptowania przez wszystkich. W następnej fazie rozpatrzoneby wnioski dotyczące części Kodeksu nie objętych poprawkami NRL.

2. Wprowadzenie wszystkich proponowanych poprawek w normalnym trybie ich rozpatrywania koncentrując się na tych, które wprowadzały zmiany merytoryczne.

Tymczasem Zjazdowi został niejasno przedstawiony cel głosowania nad całością poprawek zaproponowanych przez NRL, a po ich przyjęciu przez Zjazd przewodniczący dopuścił do wprowadzenia do nich zmian, nie spowodowany uprzednio reasumpcją poprzedniego głosowania.

W tej fazie Zjazdu zabrałem głos trzykrotnie.

1. Przed pierwszym głosowaniem bloku poprawek NRL zaproponowałem dyskusję nad nimi i zgłosiłem gotowość zespołu redakcyjnego do udzielenia wyjaśnień.

2. Po przegłosowaniu w całości poprawek NRL i przyjęciu ich przez Zjazd zwróciłem przewodniczącemu uwagę, że dopuszcza do ponownego głosowania nad nimi.

3. Przy głosowaniu nad następną poprawką NRL, już przez Zjazd przyjętą, potwierdziłem postawienie przewodniczącemu zarzutu popełnienia opisanego wyżej błędu proceduralnego prosząc jednocześnie o rozstrzygnięcie sprawy przez Komisję Regulaminową.

W tym ostatnim przypadku zabrałem głos mimo bardzo głośnego protestu sali, ponieważ nie miałem wątpliwości, że jest popełniany błąd powodujący nieważność dalszych decyzji Zjazdu odnośnie Kodeksu Etyki Lekarskiej.

W tym momencie przewodniczący Zjazdu zachował się w sposób niedopuszczalny. Stojąc pod zarzutem popełnienia błędu, do którego rozpatrzenia powołana jest Komisja Regulaminowa, przewodniczący poddał pod głosowanie moje prawo zwrócenia się z takim zarzutem do Komisji Regulaminowej i prawo wypowiedzenia się Komisji w tej sprawie, do czego jest ona uprawniona na podstawie regulaminu Zjazdu. Wynik głosowania był oczywiście przesądzone, ponieważ w tym czasie na sali ujawniły się silne negatywne w stosunku do mnie emocje.

Jednocześnie zdecydowano się na

niedobrą w skutkach procedurę polegającą na tym, że wszystkie wnioski na temat Kodeksu zgłoszone do Komisji Uchwał i Wniosków miały być głosowane bez dyskusji.

Mimo to przewodniczący do dyskusji czasem dopuszczał i to niektóre osoby w sposób uprzywilejowany, jak np. trzykrotnie prof. Zarembę, który za pierwszym razem dość długo zabierał czas Zjazdowi swoimi refleksjami na temat zjazdu w Bielsku-Białej, a potem jeszcze dwukrotnie zabierał głos ponieważ nie potrafił sformułować treści proponowanych przez siebie poprawek.

Efektom takiego sposobu prowadzenia obrad było faktyczne wyłączenie zespołu redakcyjnego Kodeksu w decydującej fazie pracy nad nim, tzn. w momencie uchwalania poprawek. Osoby, które przez 4 lata zastanawiały się nad każdym słowem w Kodeksie, analizowały wszystkie listy oraz opinie ekspertów nie miały możliwości wyjaśnienia Zjazdowi swego stanowiska przy wnoszonych poprawkach. Dla ilustracji ważności tej sprawy chcę przypomnieć, że przy omawianiu projektów ustaw o samorządzie i zawodzie lekarza na trybunie prawie przez cały czas był dr Jacek Piątkiewicz i udzielał wyjaśnień. O skutkach opisanego wyżej postępowania będą mogli się Koleżanki i Koledzy przekonać porównując tekst Kodeksu z projektami poprawek NRL ogłoszony w "Gazecie Lekarskiej" z października 1993 r. z tekstem Kodeksu, który zostanie opublikowany po Zjeździe.

Nie wiem, czy to, co piszę, będzie miało wpływ na obecny kształt Kodeksu, chociaż będzie to treścią oficjalnego protestu, który złożę po zapoznaniu się z protokołem Zjazdu. Praca jednak nad doskonaleniem i uzupełnieniem Kodeksu jest stała. Dlatego uznanie popełnionych błędów może ułatwić znalezienie najlepszego systemu pracy nad tym najważniejszym dla naszego środowiska dokumentem.

Stanisław Wencelis
Rybnik (OIL Katowice)
Nr mandatu 679

LEGATEM

4.658.827.000 zł.

Drugą "finansową" sprawą są przewidziane na 1994 rok koszty związane z wydawaniem i kolportażem "Gazety Lekarskiej" w kwocie 6.245.961.000 złotych. Obie te pozycje stanowią około 50% dochodów planowanych na 1994 rok.

Bardzo duże wątpliwości delegatów budziła propozycja wydawania "Gazety Lekarskiej" jako dwutygodnika. W moim przekonaniu "Gazeta" w obecnym kształcie nie ma określonego charakteru, a zasięg czytelniczy jest nieznany. Wprawdzie w numerze grudniowym Grażyna Rzepecka, przytaczając badania socjologiczne przeprowadzone w OIL w Łodzi przez Jerzego Koniarkę, stwierdza, że około 40% lekarzy deklarowało, że czyta "Gazetę Lekarską" dość często i "regularnie" (cudysłowych autorki). Czy to dużo, czy mało? Nie wiem - o zasięgu czytelniczym może świadczyć ilość sprzedanych egzemplarzy. Dla mnie "Gazeta Lekarska" nie ma zdecydowanego oblicza i jest po prostu nudna. W każdym razie bez rzetelnego rozeznania rynku czytelniczego - projekt wydawania "Gazety" jako dwutygodnika jest znakomitą receptą na umocnienie kolejnej, niemałej sumy społecznych pieniędzy. Natomiast godny pochwały jest projekt nabycia

Refleksje z III KZL w Warszawie - prof. dr hab Janusz Bielawski

nieruchomości na potrzeby NIL.

Drugie robiące wrażenie sprawozdanie przedstawił dr med. Michał Kurowski - przewodniczący Naczelnej Komisji Rewizyjnej, między innymi postulując bardziej wnikliwe rozważenie wydatków na "prace zlecone" - usprawnienie prowadzenia zebrań Prezydium, ostateczne ustalenie formy i zasad legalizujących wypływ funduszy z kasy NIL. Ponadto postuluje rozszerzenie uprawnień Komisji Rewizyjnej (w NIL i OIL - przyp. autora) również na ocenę działalności ustawowej, w oparciu o analizę sytuacji finansowo-gospodarczej.

PQ złożeniu sprawozdań. Prezydium NIL otrzymało absolutorium, i rozpoczęły się wybory. Pojawili się też propozycje nieformalnego ciała - konwentu przewodniczących okręgowych izb na stanowiska funkcyjne w NIL.

To wszystko byłoby pięknie, gdyby wszystkie propozycje były trafione tak, jak rekomendacja dra Krzysztofa Madeja

na prezesa NIL, wybranego zresztą przytaczającą większością głosów - 589. W moim przekonaniu obecny prezes NIL posiada wiele cech, które predysponują go na to stanowisko. Jest w odpowiednim wieku - 40 lat, ma dobrą prezentację, logicznie, dobrze po polsku wypowiada się. Na to stanowisko kandydował też poprzedni prezes, prof. Chruściel (89 głosów). W czasie swojej "wyborczej" prezentacji zachowywał się w taki sposób, jakby był już wybrany ponownie.

Dobrze byłoby, gdyby konwent przewodniczących wysuwając pozostałe propozycje miał pełne poczucie odpowiedzialności. Gdyby Panie i Pano wie zebrali się wcześniej, przedyskutowali i proponując pewne opcje ciemnej masie delegatów, mieli świadomość i wolę działania w interesie korporacji. Wydaje się, że w stosunku do pozostałych kandydatów na stanowiska zrobiono to na przysłowiowym kolanie.

Proponowany przez konwent kandydat



na naczelnego rzecznika - prof. Leszczyński po prostu nie nadaje się na to stanowisko. Przepytywany przeze mnie, dlaczego nie wszczął postępowania wyjaśniającego w stosunku do byłej posłanki "ja jako lekarz", Bogumiły Boby - udzielił nie satysfakcjonującej odpowiedzi, że nie było doniesienia. Zachował się w tej sprawie tak, jak to pisze Ewangelista - "patrzyli oczami a nie widzieli, słuchali uszami, a nie rozumieli" (MK 4,12). A może w owym czasie nie starczyło odwagi cywilnej. Zresztą, Naczelna Izba Lekarska też nie zajęła w tej bulwersującej sprawie żadnego stanowiska. A nie sądzę, aby Izba za czasów II Rzeczypospolitej zachowywała się podobnie. W rozmowie kulturalnej dowiedziałem się, że przewodniczący OIL w Katowicach sprawował w Akademii Medycznej we Wrocławiu, czy Boba odbyła studia i ma dyplom. Przynajmniej tyle.

Wybory do ciał kolegialnych NIL odbyły się w podobny sposób, jak do naszej Izby, czyli na oślep.

W trzecim dniu zostały przegłosowane wszystkie poprawki do kodeksu etyki lekarskiej. Przy tej okazji co chwila sprawdzano kworum, które o dziwo było.

Zabrakło rzeczycielów miejsca na merytoryczne dyskusje na takie tematy, jak nowelizacja ustawy o izbach lekarskich, o zakładach opieki zdrowotnej itp. Problem ten podnosili liczni delegaci - np. dr Piątkiewicz, Krzyżanowski, Kulig, Nasierowski, Łopuch, Moskwa. Mimo to w opinii kolegów, którzy uczestniczyli w poprzednich zjazdach, III Krajowy Zjazd Lekarzy był zupełnie inny. Na sali znaleźli się delegaci myślący inaczej niż poprzednio. Inne też było podejście delegatów do omawianych problemów, dys-

kusja była bardziej rzeczowa. Mogę się w pełni podpisać pod wypowiedzią dra Wojciecha Maksymowicza: "Nadal trudno prowadzić Zjazd, choć zmniejszono liczbę delegatów. Może powinno być ich jeszcze mniej... Dziś już możemy uprościć działania proceduralne."

A moje refleksje ze Zjazdu to konieczność spowodowania tego, aby parlamentarzysty - lekarze, przecież członkowie naszej korporacji, byli z urzędu obecni na zjazdach krajowych, przynajmniej z głosem doradczym. Żeby też zdawali coś na kształt sprawozdania ze swojej działalności parlamentarnej, co umożliwiłoby ocenę, na ile ta ich działalność jest zgodna z interesem korporacji.

Myślę też, że nie można znaleźć większych uchybień w organizacji technicznej Zjazdu. A na zakończenie słów kilka o samym prowadzeniu obrad. Dr Makuch, siedzący za stołem prezydiatnym w otoczeniu licznych zastępców niczym w aureoli, prowadził kompetentnie i niezmiernie obrady przez cały czas trwania Zjazdu. A właściwie to procedował. Nie wiem dokładnie, co może to słowo oznaczać. Ponieważ nie zapytałem podczas Zjazdu o znaczenie - sięgnąłem do III-tomowego Słownika języka polskiego, po powrocie do domu. Jest proceder, procedura, proceduralny ale procedowania nie ma. W Małym słowniku języka angielskiego czasownik proceed, co wymawia się oczywiście inaczej niż pisze, znaczy: posuwać się naprzód, prowadzić dalej, przystępować do czegoś, wytoczyć proces. I dalej nie wiem, co to, odmieniane na wszystkie strony procedowanie, miałooby znaczyć. Ale w ustach pana przewodniczącego brzmiało pięknie.

Z KRONIK MEDYCyny SĄDOWEJ

Czy "domowe" sposoby leczenia były wystarczające

Barbara Świątek
- kierownik Zakładu
Medycyny Sądowej AM

U 7-miesięcznego dziecka, dotychczas zdrowego, matka, mieszkanka podmiejskiej wsi, zauważyła objawy chorobowe w postaci: kaszlu, kataru i podwyższonej temperatury ciała (36,9 st.C.). Rozpoznała "przeziębienie" i postanowiła leczyć dziecko domowymi sposobami. Leczenie rozpoczęła od wysmarowania ciała córki olejkami kamforowym i owiniecia pieluchami. W drugim dniu choroby - według oceny matki - nastąpiła poprawa. Stan córki był lepszy, nie stwierdziła niepokojących objawów, nie podejmowała więc żadnych czynności. Trzeciego dnia zauważyła jednak ponowne pogorszenie stanu córki - dziecko było wyraźnie osowiałe, temperatura ciała wynosiła 37 st.C. Matka podała dziecku syrop przeciwkaszlowy i polopirynę. Niestety, czwartego dnia poprawy nie było - matka w ciągu dnia dwukrotnie podawała dziecku polopirynę i syrop, wysmarowała także jego ciało smalcem i owinęła pieluchami. Mimo tych zabiegów, wieczorem temperatura ciała dziecka wzrosła do 39 st.C. Położyła dziecko spać, sama też spała i nic się nie działo. Po obudzeniu się rano (piąty dzień od zachorowania) zauważyła, że dziecko jest bardzo niespokojne, rzuca się, "rusza rączkami i pręży", chwilami "pochrapuje". Około godziny 7.00 wezwała pogotowie ratunkowe. Ponieważ nie przyjeżdżało, drugi raz dzwoniła około godz. 8.00. W dniu tym dyżur w pogotowiu ratunkowym pełnił felczer, który rano nie zjawił się w pracy. Telefonicznie ustalono, że zaspal i wysłano po niego karetkę. Karetka zabrała felczera z domu, wróciła jeszcze do stacji pogotowia (po rzeczy osobiste sanitariuszki) i wyruszyła do wezwania. Wyjaśnić należy, że jako powód wezwania karetki matka dziecka podała jedynie "przeziębienie". W dniu tym warunki atmosferyczne były bardzo złe (styczeń), karetka jechała wolno, a na trasie kierowca zatrzymał się jeszcze na stacji paliw i uzupełniał powietrze w kołach. Na miejsce wezwania karetka przybyła około godziny 9.30 - 10.00. Felczer, po zbadaniu dziecka, zdecydował, że jego stan wymaga natychmiastowej hospi-

talizacji i zabrał do karetki dziecko z matką. W trakcie jazdy matka zauważyła, że z dzieckiem coś złego się dzieje i chyba nie oddycha. Podała dziecko felczerowi - ten stwierdził, że brak jest u dziecka oznak życia. Próbował je ratować, wykonując masaż zewnętrzny serca, ale bez efektu. Nie miał - jak twierdził - możliwości podjęcia innych czynności ratowniczych. W Izbie Przyjęć szpitala lekarz dyżurny potwierdził, że dziecko nie żyje.

Wykonana została, zarządzona przez Prokuratora, sądowo-lekarska sekcja zwłok dziecka. Stwierdzono rozlane, śródmiąższowe zapalenie płuc i uznano je za przyczynę śmierci dziecka.

Matka złożyła w prokuraturze "ustne zawiadomienie o przestępstwie", twierdząc w nim, iż nieprawidłowe postępowanie felczera doprowadziło do śmierci dziecka.

Prokurator przesłał akta do Zakładu Medycyny Sądowej i zlecił biegłemu wydanie sądowo-lekarskiej opinii, odpowiadającej na pytanie: "Czy personel medyczny karetki Pogotowia Ratunkowego wezwanej do dziecka mógł zapobiec jego śmierci?"

W opinii wzięto pod uwagę dwa aspekty. Jeden to niezrozumiałe postępowanie matki, która przez 4 dni choroby dziecka nie próbowała nawet uzyskać pomocy lekarskiej. Drugim aspektem było niewątpliwe, nieuzasadnione przyczynami obiektywnymi opóźnienie pomocy pogotowia ratunkowego (z wyliczeń wynikało, że wynosić ono mogło około kilkadziesiąt minut a nawet więcej). Uwzględnić należało także sam charakter schorzenia. Zapalenie płuc u niemowląt przebiegają bowiem zazwyczaj bardzo szybko i nie leczone prowadzą niejednokrotnie do zejścia śmiertelnego. Najważniejszą dla sprawy była ocena czy opóźnienie przyjazdu pogotowia ratunkowego miało wpływ i, ewentualnie, jak duży na śmierć dziecka. Jednoznaczna odpowiedź na to pytanie była bardzo trudna, wręcz

niemożliwa. Z jednej bowiem strony opóźnienie to pogłębiało zły stan dziecka, z drugiej jednak stan ten związany był z czterodniowym rozwojem schorzenia. Na takim etapie choroby pomoc lekarska, nawet w warunkach szpitalnych (gdyby dziecko zdążyło dowieźć do szpitala) najprawdopodobniej nie uratowałaby życia dziecka. Nie można było więc przyjąć, że w pełni prawidłowe postępowanie "personelu karetki" zapobiegłoby śmierci dziecka. Oskarżenie o nieumyślne spowodowanie śmierci dziecka byłoby - zdaniem opiniujących - nieuzasadnione. Czy zatem nieprawidłowości postępowania personelu karetki nie nosiło znamion czynu karalnego? Moim zdaniem prokurator mógłby rozważyć możliwość oskarżenia felczera i kierowcy (nieprzygotowana karetka do jazdy) o "narażenie człowieka na bezpośrednie niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia" (art.160 k.k.), ale udowodnienie takiego "narażenia" mogłoby także być trudne, nawet przy słusznym w pełni twierdzeniu, że każde opóźnienie leczenia działa niekorzystnie na stan chorego.

A odpowiedzialność matki? Jej nieprawidłowe postępowanie miało przecież zasadniczy wpływ na rozwój choroby i śmierć dziecka. W sprawach, gdy rodzice lub opiekunowie ponoszą, z winy nieumyślnej (lekkoomyślność, niedbalstwo) odpowiedzialność za śmierć dziecka nasz wymiar sprawiedliwości odstępuje zazwyczaj od stawiania ich w stan oskarżenia, osoby te bowiem ponoszą i tak najcięższą z możliwych kar, karą tą jest utrata dziecka.

Na zakończenie chciałabym podzielić się jeszcze jednym spostrzeżeniem, zrozumiałym z punktu widzenia psychologii. Poczucie odpowiedzialności za śmierć dziecka wywołuje u rodziców chęć rozłożenia tej odpowiedzialności także na inne osoby, najczęściej personel medyczny. W wielu sprawach dotyczących tragicznych skutków nieprawidłowej opieki nad dzieckiem, wnoszone są zażalenia na postępowanie lekarskie i prowadzi się przeciwko nim postępowania prokuratorskie.

Etos lekarza

Arnold Gubiński komentuje

"Kodeks etyki lekarskiej"

Art.15

Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia. Wynika to zarówno z poszanowania praw pacjenta jako osoby, jak i z odpowiedzialności, którą ponosi za własne zdrowie.

Tym samym ma on prawo do uzyskania zrozumiałe dla niego sformułowanych informacji. W przypadku planowanych zabiegów diagnostycznych i leczniczych ma prawo zapoznać się ze stopniem potencjalnego ryzyka i spodziewanymi korzyściami, związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami zastosowania innego postępowania medycznego.

Chory, który osiągnął określony wiek, jest świadomy sytuacji i może kierować swym postępowaniem, władny jest decydować o sobie i swym losie, a więc także o tym, czy podda się leczeniu. Z reguły każdemu człowiekowi właściwy jest instynkt życia, chce odzyskać zdrowie i żyć pełnią życia. Współdziała on w procesie leczenia - rozważa propozycję wysuniętą przez lekarza, akceptuje kierunek leczenia. Po to, by podjąć decyzję dotyczącą leczenia, należy udzielić mu wyczerpujących informacji o chorobie, jej przypuszczalnym dalszym przebiegu, proponowanych metodach leczniczych, spodziewanych korzyściach, towarzyszącym im stopniu ryzyka.

Po to, by chory mógł podjąć świadomą decyzję, informacje winny być możliwie wyczerpujące i podane w dostępnej formie. Winna być ona dostosowana do poziomu chorego. Jeżeli lekarz dostrzega, że nie wszystko, co przedstawiał, chory w pełni zrozumiał, winien jeszcze raz przedstawić rzecz, rozproszyć wątpliwości, usunąć niejasności.

Warunkiem umożliwiającym dokonanie czynności przez lekarza jest świadoma zgoda chorego. Tylko w wypadkach określonych przez ustawę (nieosiągnięcie granicy wieku, niepoczytalność, niedorozwój umysłowy) postępowanie diagnostyczne, zapobiegawcze i lecznicze może być przedsięwzięte za zgodą przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego chorego. Zdarzają się wypadki, gdy decyzja może być podjęta przez sąd rodzinny oraz gdy ma miejsce sytuacja "podbramkowa", nie pozwalająca na zwrócenie się (na skontaktowanie się) z przedstawicielem chorego czy z sądem - wówczas lekarz jest władny podjąć samodzielnie decyzję, jeśli to możliwe, po porozumieniu się z innym lekarzem.

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

Lwowska lekarka na Sybirze i w Afryce część II

W 1957 roku, w związku z wymogiem nostryfikacji dyplomu, dr Michalina Kiesler wyjechała do Szkocji na dłuższy staż szkoleniowy w Edynburgu, uzyskując w roku 1959 dyplom angielski, uprawniający do praktyki lekarskiej we wszystkich krajach Wielkiej Brytanii (Commonwealth). Wyszkołała się przy tym w chirurgii i ginekologii, co było konieczne dla lekarza praktykującego w Afryce.

Swą pracę misyjną, którą wykonywała z poświęceniem, energią i wiarą w celowość swego działania, zakończyła w roku 1962, obejmując stanowisko lekarza rządowego w Zimbabwie (dawną Rodezję). Jako lekarz odznaczała się doskonałym przygotowaniem zawodowym i zdolnościami organizacyjnymi. Liczne zaświadczenia z miejsc pracy wyrażają najwyższe uznanie i podziękowania. Przywiązana do swej lekarskiej, społecznej i misyjnej pracy w Zimbabwie marzyła jednak o powrocie do Polski. Z początkiem lat osiemdziesiątych zamieszkała w Krakowie i zarejestrowała się w Krakowskiej Izbie Lekarskiej (1990 r.). Pomimo podeszłego wieku rozpoczęła starania o pracę w jednej z przychodni pediatrycznych. Nie zapomniała jednak o Afryce, którą uważała za drugą swoją ojczyznę. Odwiedzała ją parokrotnie i tam w Harare (stolica Zimbabwe) zmarła 8 kwietnia 1991 roku w wieku 82 lat. Dopiero teraz dotarła do nas wiadomość o jej śmierci.

Bolesław Popielski

mość o jej śmierci.

Przewodniczący Stowarzyszenia Polaków w Zimbabwie - którego była współzałożycielką - emerytowany pułkownik wojsk polskich, Stanisław Masztak, nadesłał do przyjaciół w Polsce obszerny maszynopis, zatytułowany: "Bolesne Pożegnanie", z dokładnym życiorysem i fotografią zmarłej, z którego warto przytoczyć kilka zdań:

"Była zasłużonym lekarzem polskim, najpierw frontowym (lekarz wojskowy 2 Korpusu), a potem "afrykańskim". Na tym kontynencie przepracowała większą część swego życia. Wrosła mocno w polską społeczność w Afryce w ciągu niemal 50-letniego pobytu. Dla nas Polaków była i pozostanie słupem miłowym polskiej tragicznej historii; wraz z matką i młodszą siostrą zostały wywiezione ze Lwowa w roku 1940 do Związku Radzieckiego.

Przez odejście dr Kiesler świat lekarski, Zimbabwe i Polskie Stowarzyszenie stały się uboższe o wspaniałego lekarza, człowieka wielkiej dobroci serca i przyjaciela. Wierna przysiędze Hipokratesa w pełni ją w swym życiu spełniała. Pamięć o wspaniałej polskiej lekarce pozostanie wśród afrykańskiej ludności wieczna. Muszą też o Niej pamiętać



i "biali" tutejsi lekarze. Jej to bowiem zasługą było powstanie Stowarzyszenia Lekarzy w Harare. My, Polacy, którzy byliśmy w Jej zasięgu musimy być dumni, że była z nami i że była Polką. Ciało oddała Afryce - serce Polsce - a duszę Bogu."

Prochy Jej spoczęły w grobie Jej matki Czesławy Kiesler na Worren Hill Cementry, nr grobu 304,

Przed Boski tron poszły nasze modły za Tobą, a że okryłaś nas żałobą - świadczyły nasze tży. Zarząd Stowarzyszenia Polaków - Zimbabwe."

P.S.

Dr Michalina Kiesler, opowiadając przed kilku

laty w Krakowie o okrutnych warunkach życia po wywiezieniu na Sybir i o szczęśliwym uwolnieniu - przekazała mi załączoną fotografię z wizytacji prowadzonej przez nią sierocińca polskich dzieci przez biskupa polowego ks. Gawlinę i wyższych oficerów Wojska Polskiego. Na odwrocie fotografii napisano: "Na pamiątkę odwiedzin J.E.ks. Biskupa Polowego Józefa Gawliny Sierocińca D.P. w Kermine, którego kierowniczką była Pani dr Kiesler Miła, of. tę fotografię Ks.J.Król, Kermine dn. 5. VIII.42 r."

Cześć pamięci tej dzielnej lwowskiej lekarki, mej Koleżanki z Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

KOMPUTER W MEDYCYNIE

Mózg elektronowy

sztuczna inteligencja w świetle badań cybernetycznych (część II)

Na obecnym etapie komputer potrafi myśleć w sposób wycinkowy, ale nie zdaje sobie z tego sprawy. Z drugiej strony, trudno się upierać, że przebiega jakaś ostra linia demarkacyjna między myśleniem a świadomością. Wg W.R. Ashbego wszelkie układy, przetwarzające informacje powyżej poziomu 108 bitów na sekundę winny być świadome. Pomimo nie do końca zdefiniowanego celu dociekań i rozwiązywania problemów z dziedziny sztucznej inteligencji oraz rozmytego charakteru doznań, te śmiałe idee, aby mogły być realizowane, potrzebują bazy hardwarowej (sprzętowej), której docelowo kształt definiuje chęć zbudowania biokomputera - robota myślącego, a nie tylko automatu, wyposażonego w czujniki, manipulatory i program.

Widać z tych rozważań, że praca nad sztuczną inteligencją musi być ściśle związana z badaniami nad poznaniem człowieka w szerokim tego słowa znaczeniu. W tym momencie rozwoju cywilizacyjnego doszło do swoistego sojuszu na niwie biocybernetyki, a mianowicie: komputer - jako narzędzie - wspomaga poznanie funkcji i mechanizmów funkcjonowania organizmów żywych. Wydarte tajemnice ludzkiego fenomenu służą do konstrukcji modelu fragmentów ludzkiego działania.

Należy zatem pochylić czoło przed ojcem współczesnej cybernetyki - Norbertem Wienerem, który zdefiniował ją w tytule swego dzieła *Cybernetyka czyli sterowanie w organizmach żywych i maszynach*.

To sprzężenie zwrotne pomiędzy wzajemnym poznaniem i korygowaniem błędów na podstawie napływu nowych wiadomości powoduje, że budowane przez człowieka modele działania coraz wierniej oddają rzeczywistość.

W tej dziedzinie najbardziej interesujące są prace z zakresu komputerowej symulacji układu nerwowego a właściwie jego fragmentów.

Współczesne metody badawcze opierają się m.in. na metodach rejestracji przy pomocy submikronowych elektrod, umieszczonych w pobliżu pojedynczych komórek w żywych mózgach lub w kulturach tkankowych, dających dużą ilość informacji o funkcjonowaniu komórek nerwowych na poziomie "softwaru i hardwareu".

Do chwili obecnej, na podstawie parametrów fizycznych, trudno odtworzyć

Kazimierz Frączkowski

model submikronowy oparty o te pomiary, a głównie:

- modelowanie struktury w układzie 3-wymiarowym,
- modele elektryczne 2-wymiarowe.

Mimo wiadomości o długości, średnicy itp. nie można było utworzyć 3-wymiarowego modelu, korzystając ze zwykłego mikroskopu. Dopiero mikroskopia skaningowa pozwoliła na poznanie 3-wymiarowej struktury komórki nerwowej. Połączenie właściwości elektrycznych z kształtem 3-wymiarowym pozwoliło modelować pracę komórki nerwowej.

Badania z tej dziedziny (Brainstein Auditory Evoked Potentials - BEAP) w ostatnim okresie zaczęto również rozpatrywać nie tylko w kategoriach wykorzystania ich jako unikalnego narzędzia diagnostyki neurologicznej i otoneurologicznej, ale przede wszystkim z punktu widzenia identyfikacji i określenia biofizycznej struktury i mechanizmów generacji składowych BEAP - wywołanych potencjałów słuchowych z pnia mózgu.

Jak podpatrzeć, jak zrobić ten imponujący "bio-materiał" do konstrukcji przyszłych komputerów - oto wielki temat.

Myślę, że to, co przytoczę, można będzie traktować jako początek drogi do budowy komputerów VI generacji, działających bez obciążenia schematem działania komputera z sekwencyjnym wykonywaniem rozkazów wg koncepcji von Neumanna.

Sądzę, że w państwach, które opanowały kolejne, złożone technologie, zaczął panować pogląd, iż w ciągu 28 lat rozwoju technologii krzemowej stanęliśmy przed progami jej nieprzekraczalnych możliwości, wyznaczonych przez prawa fizyki.

Stopień integracji układów elektronicznych zwiększył się w tym czasie od 50 do 3 milionów odpowiedników tranzystorów w jednym układzie scalonym.

W tej sytuacji alternatywą wydają się biokomputery, zbudowane ze skomplikowanych molekuł organicznych. Prace w tym kierunku prowadzone są w renomowanych instytutach badawczych USA i Japonii. Eksperti z Novall Research Laboratory oceniają, że

przed upływem dziesięciu lat powstaną pierwsze MED - Molecular Electronic Devices (molekularne układy scalone), zwane również bio-chipami.

Rozmiary liniowe tranzystora w zintegrowanym układzie scalonym zmniejszyły się z biegiem lat od około 0,25 mm do około 0,0001 mm (0,1 μ m). W przypadku MED wynosiły one ok. 0,05 μ m.

Jeszcze bardziej imponujące jest porównanie liczby bramek, zawartych w układzie scalonym o powierzchni 1 cm^2 . W dzisiejszych mikroprocesorach jest ona rzędu 250 tys., podczas gdy dla biomikroprocesorów możliwe byłoby opakowanie 10^{15} - 10^{18} bramek w jednym układzie scalonym. W przypadku pamięci dałoby to miliardokrotny wzrost pojemności - od 1 MB dla najnowszych obecnie spotykanych pamięci do GB dla MED. W chwili obecnej liczby te jeszcze sprawiają wrażenie fantastyki naukowej.

Zrealizowanie i pomyślnie zakończenie próby dotyczącej modelu trans-polia-cetyleny, którego "rdzeniem" jest łańcuch atomów węgla, połączonych na przemian wiązaniami pojedynczymi i podwójnymi.

Upraszczając sprawę, podam tylko, że defekt w budowie tych związków uzyskuje się poprzez zastąpienie jednego z wiązań podwójnych - pojedynczym. Z defektem takim związany jest ładunek elektryczny, a ponieważ nie może się on przemieszczać w polu elektrycznym, jest - tak jak elektron w półprzewodniku typu n - nośnikiem ładunku elektrycznego. Pracą tych molekuł steruje się przy pomocy promieniowania ultrafioletowego.

Firma Genex Corporation w USA zrealizowała w 1985 r. taki układ scalony, w oparciu o wyżej podaną technologię. W przeciwieństwie do układów krzemowych, bio-chip nie ma struktury plenernej (warstwowej) lecz trójwymiarową (wielowarstwową).

Próbny biomikroprocesor Firmy Genex Corporation składa się z kilku tysięcy warstw, ma objętość 1 cm^3 , w której znajduje się 10^{10} bramek. Musi być jednak chłodzony ciekłym helem.

Wg twórców biomikroprocesora może on wykonywać około 100 milionów operacji na sekundę, czyli zbudowany w oparciu o ten mikroprocesor biokomputer osiągnie poziom 10^8 bitów na sekundę, co wg wcześniej zacytowanego Ashbega - pozwoli na budowę urządzeń wyposażonych w sztuczną inteligencję.

Mini TAG? - Tak!

Michał Sroka

Za oknem szaro, choć to dopiero godzina piętnasta. Rano było nawet ciepło. Jednak gdy wracałem do domu, padał deszcz i wiał zimny wiatr. Jednym słowem: dzień podobny do wielu innych w czasie tej przedwczesnej wiosny. A może jeszcze jesieni?

Trzymam w ręce pakiet z Mini Tag-iem. Ładne, pomarańczowe opakowanie. Otwieram je. W lewej kieszeni okładki dyskietka, w prawej opis. Jedna dyskietka? Zaglądam do instrukcji. Tak, jedna dyskietka. To dlaczego takie duże opakowanie? Pamiętam rozmowę ze znajomym z jednej z firm informatycznych. Opowiadał, że swego czasu próbował sprzedać stworzony dużym wysiłkiem program dla biznesu. Aby nie był za drogi, zamówił koperty z jednokolorowym nadrukiem (koszt tylko jednej matrycy), całość pakowali do foliowych okładek na dokumenty, takich do segregatora, z gotowymi otworkami. Wyszło naprawdę tanio. Ale szło słabo. Program stał sobie na półce, wśród masy kolorowych pudełek. Był niewidoczny, wyglądał jak jakaś broszura, która przez przypadek przetrwała kolejne zmiany dekoracji, a teraz co najwyżej zwracała uwagę swoją szarżyną. Nie wiedzieli co robić. Wreszcie ktoś im podpowiedział: panowie, program jest dobry, świetny. Kto go kupi - na pewno nie pożałuje. Ale właśnie! Kto go kupi? Panowie, wyobraźcie sobie przedsiębiorcę, który ma komputer, z pewnością dobrej marki - aby się przypadkiem za szybko nie popsuł, z pewnością dobrej klasy - aby się zbyt szybko nie "zestarzał", przedsiębiorcę, który potrzebuje dobrego i pewnego programu, który pomógłby mu robić interesy. W taką rzecz mógłby zainwestować. Ale jakoś tak się składa, że nikogo nie może się poradzić. Zaden z jego znajomych nie zna się na tym. Wpada więc do "sklepu komputerowego". Rozgląda się. Jest! Cała półka programów. Przeciera okulary - zaparowały się. Teraz już lepiej.

- Co panu podać? - pyta uśmiechnięta ekspientka.

- Chciałbym kupić jakiś dobry program do... - tu charakteryzuje krótko swoją działalność (krótko - bo czas jest przecież cenny). I nie czekając na odpowiedź wskazuje: o proszę pani, może ten w tym dużym niebieskim pudle, z dużymi literami z przodu. Nie, nie ten. Bardziej na lewo. Tam koło tej szarej książeczki.

- To proszę pana jest, Borland C++, dla programistów. Raczej nieprzydatny dla pana.

- Borland? Co to jest za program? Niech mi pani parę słów o nim opowie. Może będzie dobry.

- Proponowałabym panu ten w szarej okładce. Mąż go przeglądał. Powiedział, że jest doskonały.

- A ile kosztuje? Ile? Tak mało? Jest pani pewna, że jest rzeczywiście dobry? Proszę mi podać jego nazwę, zapiszę sobie. Za dwa dni będę tu w pobliżu i wstąpię. A teraz do widzenia. Muszę już lecieć. Jestem umówiony.

W ten sposób klient zniknął, a program został. Panowie, to nie jest produkt dla uczniów szkoły podstawowej, którego cena musi być możliwie najniższa. To jest program dla

biznesu, który, jak trzeba, może być droższy. Jeżeli jest dobry, to nawet te kilkaset tysięcy nie gra żadnej roli. Za taką sumę możecie "ubrać" go w ładne, kolorowe pudełko, instrukcję na dobrym papierze, jakieś plakaty reklamowe do zawieszenia w sklepie. Wtedy klient nie będzie miał zbyt wielu wątpliwości. Możecie być tańsi od konkurencji, powiedzmy o 10 czy 20 %, ale nie popadajcie w skrajność. To już nie oszczędność a skąpstwo.

Przypominając sobie jego słowa, oglądałem estetyczne, plastikowe opakowanie Mini Tag-a.

Cena tylko 99 tys. zł. Dlaczego nie 100 tys. zł? Czyżby ze względu na podatki? A może to taki psychologiczny chwyt? Marek powiedział, że Mini Tag jest okrojona, ale w pełni funkcjonalną wersją "dużego" Tag-a, który kosztuje około 1 miliona zł. Mimo że sprzedawany jest prawie po kosztach własnych, to stanowiąc dobrą reklamę droższego produktu przynosi także zyski. W ten sposób i wilk syty, i owca cała. Ja mam taniutki edytor, a producent reklamę droższego produktu. Można i tak.

Nie dalej jak w ubiegłym tygodniu czytałem w prasie artykuł o tzw. Shareware. W krajach zachodnich funkcjonuje bardzo specyficzny rynek oprogramowania. Stale powstają "tony" różnego rodzaju drobnych ale użytecznych programów z najróżniejszych dziedzin. Szeroko pojęta edukacja, zabawa, narzędzia dla programistów. Są pisane często "przy okazji": dla wykonania jakichś doraźnych zadań, na prośbę przyjaciół, jako prezent dla dzieci. Ot, takie perełki, o których szkoda byłoby zapomnieć. Może by się komuś przydały? Istnieją liczne firmy (od jakiegoś czasu także i u nas), które wyszukują i gromadzą takie programy i programiki, kopiuje je na dyskietki i sprzedają za niewielką cenę, pokrywając jedynie koszty dystrybucji i marżę. Natomiast właściwa opłata za program jest regulowana w inny sposób: najczęściej w jego metryczce autor zamieszcza następującą informację: jeżeli uznasz, że program jest ci przydatny i jesteś z niego zadowolony, to wpłać na moje konto taką a taką sumę (najczęściej 10-20 \$). Odpadają koszty opakowania, marketingu. Programy są kupowane legalnie za tanię pieniądze. Przy dużym rynku autorzy mogą zebrać całkiem ładne sumki. System opłat podobno dobrze funkcjonuje w USA, gorzej w Europie Zachodniej. U nas chyba wcale. Ale mimo to w Polsce jest już kilka firm shareware-owych o ustalonej już pozycji (Zbych, TSS i parę innych), które mimo niewielkiej marży prowadzą taką sprzedaż. Problemem nr 1 staje się sposób wyszukania i wyboru potrzebnego nam programu, spośród setek czy niekiedy tysięcy innych, znajdujących się w ofercie. Potrzebne są wyczerpujące katalogi, opisy itd. Ale są to pracochłonne i kosztowne działania... marketingowe. I tak koło się zamyka.

Spojrzałem na zegarek. Chyba nie zdąży już dzisiaj zapoznać się z Mini Tag-iem. Zrobię to jutro rano. Mam przecież wolne. A dzisiaj idziemy do przyjaciół na imieninowe przyjęcie. Muszę jeszcze zrobić zakupy, znaleźć jakiś prezent. A może by tak Mini Tag? Tak!

Stowerniczek

cówek" (banki, duże placówki handlowe, urzędy państwowe, szpitale) i dysponuje się odpowiednio mocnym, zwykłym drogim komputerem centralnym.

Novell - nazwa producenta najpopularniejszego systemu sieciowego NetWare, umożliwiającego połączenie wielu terminali (zwanych tu stacjami roboczymi) w jedną całość. Komputer centralny, zwany serwerem plików jest (w uproszczeniu) jedynie "zarządcą" procesów sieciowych i "magazynem" wspólnych zasobów danych. Każdy z użytkowników pobiera z niego interesujące go dane (np. plik z tekstem rozpoczętego wczoraj wypisu pacjenta) i poddaje go dalszej obróbce "u siebie", w swojej stacji roboczej. Po skończeniu pracy zapi-

suje go ponownie na dysku serwer. W tym momencie może sięgnąć po niego ze swojej stacji roboczej np. sekretarka i "przesłać go na drukarkę". Gromadzenie danych w jednym miejscu umożliwia dostęp do nich (odpowiednio ograniczony systemem haseł i uprawnień) i wspólną pracę zespołu użytkowników. NetWare jest systemem bardzo elastycznym. Umożliwia integrację istniejącego już sprzętu typu PC (nawet różnych producentów) w jedną całość. Nie wymaga tak kosztownego jak w przypadku Unix-a komputera centralnego (choć oczywiście powinien on być jak najmocniejszy).

Redakcja działu:
Dr inż. Kazimierz Frączkowski (tel. 681-515 w. 474), dr inż. Marek Lubicz,
lek. Jacek Kubica, lek. Michał Sroka (tel. centr. 256-115)

Windows - nakładka na system operacyjny, pracująca w trybie graficznym, udostępniająca innym programom (pracującym "pod Windows") znormalizowane środowisko i tzw. "interfejs użytkownika": ramki, okienka, kroje pisma, system pomocy (czyli Help-u), obsługę drukowania i wiele innych. Podstawowym "instrumentem nawigacyjnym" jest tutaj myszka. Niemal wszystkie powstające obecnie programy powszechnego użytku (edytory, arkusze kalkulacyjne, większość gier i inne) pracują pod Windows. Producentem, podobnie jak DOS-u, jest firma Microsoft.

Unix - system operacyjny, odmienny i znacznie bardziej złożony niż DOS, pozwalający m.in. na dołączenie do komputera "bazowego", niezależnie od jego mocy, mniejszej lub większej ilości tzw. terminali (praktycznie klawiatura i monitor). Obróbka informacji czyli tzw. proces odbywa się nie w terminalu, a w komputerze bazowym. System Unix jest stosowany tam, gdzie za założenia potrzebna jest duża liczba "koń-

Konferencje Posiedzenia

Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Dolnośląski Oddział Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii

Katedra i Klinika Gastroenterologii Akademii Medycznej

zapraszają na konferencję naukową pt.

Rak jelita grubego

Konferencja odbędzie się w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ul. Matejki 6, w dniu 16 marca 1994 roku o godz. 9.30.

Program:

1. Prof. dr hab. Zbigniew Knapik Epidemiologia.
2. Prof. dr hab. Antonina Harłodzińska-Szmyrka Znaczenie biologii molekularnej w zrozumieniu patogenezы i możliwości diagnozowania i monitorowania raka jelita grubego.
3. Prof. dr hab. Wanda Lubczyńska-Kowalska Klinika i diagnostyka raka jelita grubego.
4. Dyskusja Przerwa
5. Prof. dr hab. Marian Smockiewicz (Poznań) Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego.
6. Prof. dr hab. Krzysztof Marlicz (Szczecin) Leczenie zachowawcze raka jelita grubego.
7. Dyskusja

Przewodniczący
Dolnośląskiego Oddziału PTL
Prof. dr hab. Mieczysław Ujce

Przewodnicząca
Dolnośląskiego Oddziału PTG
Prof. dr hab. Wanda Lubczyńska-Kowalska

Kierownik Katedry i Kliniki
Gastroenterologii AM
Prof. dr hab. Zbigniew Knapik

Konferencje Posiedzenia

W dniach 17 i 18 czerwca 1994 r. odbędzie się we Wrocławiu XIV Ogólnopolska Konferencja Kardiologiczna Wrocławskiego Towarzystwa Naukowego poświęcona postępowaniu diagnostyki i terapii w kardiologii. Wzorem lat ubiegłych będzie ona zorganizowana w formie sesji panelowych. Omawiane będą m.in. następujące zagadnienia: leczenie hiperlipidemii w profilaktyce chorób układu krążenia, strategie postępowania w migotaniu przedsionków, wykorzystanie heparyny w kardiologii, postępy farmakoterapii w kardiologii, korekcja zastawki mitralnej, tlenek azotu w kardiologii, diagnostyka wtórnych postaci nadciśnienia tętniczego, kojarzenie leków kardiologicznych,

beta-blokery w kardiologii, operacje kardiochirurgiczne u chorych po 65 roku życia, graniczne wskazania do leczenia operacyjnego choroby wieńcowej, problemy kardiologii pozaklinicznej.

Moderatorami paneli, względnie referentami, będą: prof. Maria Krzemińska-Pakuła, prof. Halina Adamska-Dyniewska, prof. Tadeusz L. Chruściel, prof. Wiktor Szostak, prof. Włodzimierz Januszewicz, prof. Wacław Sitkowski, prof. Janusz Zasłanka, prof. Ryszard Gryglewski, prof. Stanisław Sterkowicz, doc. Marian Zembala, doc. Adam Torbicki.

Konferencje Posiedzenia

Polskie Towarzystwo Lekarskie Oddział Regionalny Ziemi Lubuskiej

Oddział Dolnośląski

Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii

zapraszają w dniu 19 marca 1994 roku na VII Regionalne Sympozjum "Współczesne poglądy na patogenezę i leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy", w czasie którego zostaną przedstawione następujące tematy:

1. Historia leczenia choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy - prof. dr hab. Zbigniew Domosławski, Zakład Historii Medycyny i Farmacji AM Wrocław (20 min).
2. Postępy w diagnostyce choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy (metody endoskopowe, ale również USG i RTG) - 60 min.
3. Współczesne poglądy na etiopatogenezę choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy - dr n.med. Zbigniew Sajewicz, Katedra i Klinika Gastroenterologii AM Wrocław (20 min).
4. Rola Helicobacter pylori w patogenezie schorzeń żołądka i dwunastnicy - prof. dr hab. Wanda Lubczyńska-Kowalska, Katedra i Klinika Gastroenterologii AM Wrocław (20 min).
5. Rola alergii w rozwoju choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy - prof. dr hab. Bogdan Romański, I Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM Bydgoszcz (30 min).
6. Postępy farmakoterapii choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy - prof. dr hab. Eugeniusz Butruk, Klinika Gastroenterologii CMKP Warszawa (60 min).
7. Postępy w leczeniu chirurgicznym choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy - prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz, II Katedra i Klinika Chirurgii AM Wrocław (60 min).
8. Leczenie powikłań choroby wrzodowej (60 min).

Zgodnie z tradycją spotkań regionalnych PTL ZL sympozjum towarzyszy:

1. Konferencja stomatologiczna na temat: "Estetyka w stomatologii" - prof. dr hab. Urszula Kaczmarek.
2. Wystawa firm farmaceutycznych (po

raz czwartą)

3. Targi drobnego sprzętu medycznego (po raz trzeci).

Przewodniczący OR PTL ZL
prof. dr hab. J. Bielawski

Sekretarz OR PTL ZL
lek. A. Kwaśniewski

Konferencje Posiedzenia

W dniach 13-15 maja 1994 r. odbędzie się we Wrocławiu Polsko-Niemieckie Sympozjum na temat leczenia otyłości. Wykłady - w językach polskim i niemieckim (z symultanicznym tłumaczeniem) - wygłaszane będą przez wybitnych specjalistów w dziedzinie otyłości z obu krajów.

Wstępna tematyka wykładów obejmuje między innymi: metabolizm komórek tłuszczowych, nowoczesne metody badania składu ciała, eczenie otyłości, otyłość a płodność, zaburzenia hormonalne w otyłości, psychopatologiczne aspekty otyłości, otyłość a nadciśnienie i zespół oporności na insulinę, zespół X.

Ilość uczestników ograniczona. Termin zgłaszania chęci uczestnictwa do 1 marca 1994 roku na adres: Katedra i Klinika Endokrynologii AM, 50-367 Wrocław, ul. Pasteura 4, tel. fax (71) 217349.

Koszt uczestnictwa bez zakwaterowania 500.000 zł. Istnieje także możliwość uczestniczenia jedynie w wykładach (koszt wraz z materiałami 200.000).

Wpłaty prosimy dokonywać na konto Fundacji Rozwoju Endokrynologii, PKO IV O/Wrocław Nr 93549-116945-132

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego
prof. dr hab. Andrzej Milewicz

Konferencje Posiedzenia

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego zaprasza na posiedzenie szkoleniowo-naukowe, które odbędzie się dnia 24 lutego 1994 roku o godz. 12.30 w sali im. E. Biernackiego przy ul. Pasteura 4

Program z Katedry i Kliniki Kardiologii AM we Wrocławiu

1. Maria Witkowska: Zaburzenia czynności rozkurczowej lewej komory serca - patofizjologia, leczenie.
2. Adam Spring, Józef Haczyński, Beata Jolda-Mydlowska, Maria Witkowska: Wpływ leków hypotensyjnych na czynność rozkurczową lewej komory serca u chorych na nadciśnienie tętnicze.

Sekretarz
lek. med. Alicja Kowalska
Przewodnicząca
doc. dr hab. K. Łoboz-Grudzień

Konferencje Posiedzenia

Studium Zarządzania w Służbie Zdrowia

Międzyuczelniane Studium Zarządzania w Służbie Zdrowia utworzone zostało jako konsorcjum dwóch uczelni: Akademii Ekonomicznej i Akademii Medycznej, przy wsparciu wojewody wrocławskiego i Stowarzyszenia "Federacja na Rzecz Rozwoju".

Podstawowym celem studium jest wykształcenie kadry menadżerskiej w dziedzinie finansów i zarządzania jednostkami organizacyjnymi służby zdrowia oraz funkcjonowania towarzystw ubezpieczeniowych w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych.

Adresatami Podyplomowego Studium Zarządzania w Służbie Zdrowia są absolwenci dowolnych kierunków studiów wyższych (posiadający tytuł magistra lub równoważny, w tym tytuł lekarza). Pierwszeństwo w przyjęciu będą miały osoby związane z jednostkami służby zdrowia, przede wszystkim z Dolnego Śląska.

Okres kształcenia w studium trwać będzie 3 semestry, pierwszy semestr wspólny dla wszystkich specjalizacji oraz dwa semestry kształcenia specjalistycznego. Po I semestrze uczestnicy studium mają możliwość dokonania wyboru jednej ze specjalizacji:

1. Jakość opieki zdrowotnej i zarządzanie procesem leczenia - kierunek adresowany w szczególności do pracowników służby zdrowia, bezpośrednio realizujących proces leczenia (lekarze i pielęgniarki).
2. Organizacja i zarządzanie w jednostkach służby zdrowia.
3. Rachunkowość i finanse w służbie zdrowia.

Oba powyższe kierunki przeznaczone są dla osób, które pełnią lub będą pełnić funkcje kierownicze, zajmowały się planowaniem, finansami lub zarządzaniem w szpitalach i innych zakładach opieki zdrowotnej, wydziałach zdrowia urzędów administracji państwowej i samorządowej, a także członkowie rad nadzorczych zakładów opieki zdrowotnej.

4. Systemy ubezpieczeń zdrowotnych - kierunek dla osób pracujących i pragnących pracować w instytucjach ubezpieczeniowych.

Zajęcia odbywać się będą w Akademii Ekonomicznej i Akademii Medycznej. Uzyskanie dyplomu Studium Podyplomowego, jako wspólnego dyplomu Akademii Ekonomicznej i Akademii Medycznej, uwarunkowane jest przygotowaniem i obroną pracy dyplomowej z zakresu realizowanej specjalizacji. Zgłoszenia przyjmujemy do 28.02.1994 r.

Koszt pierwszego semestru wynosi 4 mln zł. Informacji na temat studium udziela sekretariat Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, ul. Matejki 6, tel: 22-50-56 do 58

mgr Barbara Misińska
zastępca przewodniczącego DIL
Ryszard Łopuch

Książki

Poradnik lekarza praktyka

redaktorzy wydania niemieckiego:

J. Braun, U. Renz, A. Schaeffer

redaktor wydania polskiego: Ryszard Scliborski

Książka jest podręcznym, kompletnym kompendium praktyki lekarskiej w szpitalu. Zawiera informacje potrzebne w codziennej pracy na oddziale, diagnostykę różnicową, wykaz nazw rodzajowych i handlowych 2000 najczęściej używanych leków i ich dawkowanie.

Liczne rysunki, tabele i wykazy ułatwiają orientację w przedstawionym materiale.

Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław - Warszawa - Kraków 1993, s. 708, cena 183 tys. zł

Podstawy patogenetyczne leczenia chorób przewodu pokarmowego

Jan Stasiewicz

Wydanie należy do cyklu poświęconego nowoczesnej terapii lekami. W części ogólnej omówiona jest patofizjologia chorób przewodu pokarmowego, w części szczegółowej - zasady leczenia poszczególnych chorób lekami dostępnymi w Polsce.

PZWL, Warszawa 1993, s. 260, cena 83 tys. zł

Badania laboratoryjne w codziennej praktyce.

Wartości referencyjne i interpretacje.

Z. Jakubowski, J. Kabata, L. Kalinowski, M. Szczepańska-Konkel, S. Angielski

Pozycja podaje w układzie alfabetycznym badania diagnostyczne. Prezentacja rozpoczyna się od podania nazwy, synonimów i skrótów, wartości referencyjnych i jednostek. Następnie podstawowe informacje; pomocne w interpretacji uzyskanych wyników badania.

MAKmed, Gdańsk 1993, s. 310, cena 75 tys. zł

Stany zagrożenia życia w pneumonologii i alergologii

pod redakcją Tadeusza Plusy

Zbiór opracowań i zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych u chorych w stanach zagrożenia życia. Informacje podano zgodnie ze współczesnym stanem wiedzy, wyakcentowano zasady postępowania praktycznego.

SANMEDIA, Warszawa 1993, s. 206, cena 110 tys. zł

Podstawowe wiadomości o cukrzycy insulino-zależnej

Luther B. Travis, Wiesława Barńnikowa

Pierwsza oficjalna publikacja Komisji Charytatywnej Episkopatu Polski. Książka przeznaczona dla dzieci chorych na cukrzycę i ich rodzin. Zawiera jasne i zrozumiałe informacje, pomysły rysunki i szkice. Drugie polskie wydanie uzupełniono o aktualne metody insulinoterapii i zasady diety wywnioskowej.

Volumed, Wrocław 1993, s. 305, cena 200 tys. zł

Sekrety ginekologii i położnictwa

tłumaczenie z języka angielskiego

Jedna z pozycji popularnej w USA serii SECRETS, stanowi nietypowy podręcznik wiedzy praktycznej z ginekologii i położnictwa, w formie pytań i odpowiedzi, z jakimi można się spotkać w czasie wizyt lekarskich, w szpitalu.

D.W. Publishing Poland, Szczecin 1993, s. 355, cena 310 tys. zł

Wszystkie ceny proponowane przez "Medical shop" przy ul. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu.

FUNDACJA POMOC KRAKOWSKIEMU HOSPICIUM proponuje polskie tłumaczenie broszury

Leczenie bólu w chorobach nowotworowych

opracowane przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w 1986 roku. Zawiera proste i szczegółowe wskazówki, jak leczyć bóle nowotworowe przy zastosowaniu niewielkiej liczby dostępnych i tanich leków, doboru według "trzy-stopniowej drabiny analgetycznej". Publikacja liczy 71 stron i udowadnia, że możliwe jest skuteczne leczenie fizycznego bólu nowotworowego i że może ono stać się postępowaniem rutynowym. Przeznaczona dla lekarzy i opiekunów chorych na nowotwory złośliwe.

Broszurę w cenie 50 tys. zł za egzemplarz (kwota obejmuje opłatę pocztową) można zamówić w:

FUNDACJI POMOCY KRAKOWSKIEMU HOSPICIUM, ul. Centralna 26, 31-579 Kraków, tel/fax 47-28-03

Guzy nowotworowe wątroby

pod redakcją J.A. Polańskiego

Najnowsze w naszym piśmiennictwie monograficzne opracowanie tematu. Książka zawiera aktualną wiedzę o anatomii patologicznej, objawach klinicznych, możliwościach rozpoznania, wskazaniach do operacji i wynikach leczenia chirurgicznego.

Praca ukazuje ogromne możliwości leczenia chorych z przerzutowymi i pierwotnymi guzami wątroby. Przeznaczona nie tylko dla specjalistów, także dla lekarzy ogólnych i studentów medycyny.

SANMEDIA, Warszawa 1993.

Listy

Redakcja "Biuletynu DIL"

Przesyłam Państwu do opublikowania 3 listy, które napisałem w ciągu ostatniego tygodnia, opisujące problemy, z którymi boryka się lekarz podczas dyżuru w pogotowiu ratunkowym.

Skoncentrowałem się głównie na działalności orzeczniczej na polecenie policji i prokuratury, prawnie trudnej i bezpłatnej. Uważam, że w większości przypadków lekarze są wykorzystywani przez te instytucje, gdyż orzekają na wyrost, niezgodnie z obowiązującymi przepisami (więźniów w areszcie może badać tylko lekarz więzienny i kwalifikować do odbywania kary, stwierdzanie przyczyny zgonu w przypadkach śmierci gwałtownej należy do biegłego lekarza medycyny sądowej), i bezpłatnie (do obowiązków lekarza dyżurnego należy pomoc w wypadkach i nagłych zachorowaniach, wymagających niezwłocznej pomocy lekarskiej, a w końcu pijany kierowca nie jest chory i w stan odurzenia alkoholowego wprowadził się dobrowolnie).

Proszę o opublikowanie tych listów pod pseudonimem, gdyż piszę tylko i wyłącznie w swoim imieniu (po rozmowach z innymi kolegami pracującymi w pogotowiu ratunkowym i myślącymi podobnie).

Myślę, iż trochę opisów pracy pogotowianej przyda się Kolegom klinicytom, narzekającym na ciężki dyżur w oddziale. Też dyżuruję w szpitalu, i sądzę, iż dyżur szpitalny nawet w połowie nie jest tak męczący, jak w pogotowiu ratunkowym.

Jeżeli moje listy spotykają się z życzliwym przyjęciem Redakcji i Czytelników, obiecuję napisać nowe listy - może felietony?

List pierwszy

Uprzejmie proszę o wyjaśnienie na łamach "Biuletynu" problemu przymusowego pobierania krwi osobom zatrzymanym przez policję - na żądanie funkcjonariuszy, a wbrew woli doprowadzonej osoby. Ostatnio podczas pełnienia dyżuru w pogotowiu ratunkowym nie zgodziłem się na przymusowe pobranie krwi mężczyźnie, zatrzymanemu podczas rutynowej kontroli drogowej, podejrzanemu o jazdę po spożyciu alkoholu, gdyż po pierwsze: nie zgadzał się na pobranie krwi, po drugie: twierdził, że choruje na hemofilię i leczy się z tego powodu, a dokumentację lekarską ma w domu w innym mieście.

Naraziłem się w ten sposób na krytykę ze strony policjantów, twierdzących, iż jest przymus prawny pobrania krwi na ich żądanie. Aby spr-

wę wyjaśnić, poprosiłem kierownika pogotowia ratunkowego o zapytanie prokuratora rejonowego o opinię prawną. Dowiedział się on, że: "na podstawie domniemania popełnienia przestępstwa, jakim jest prowadzenie pojazdu w stanie nietrzeźwym, należy zatrzymanej osobie pobrać krew wbrew jej woli".

Osobom, które nie wiedzą jak wygląda taki zabieg, a miałem już "przyjemność" to oglądać, wyjaśnię sposób pobrania krwi:

1. Potrzeba do tego zabiegu 4 funkcjonariuszy policji

2. Jeden z nich siada powalonymu na ziemię podejrzanemu na nogach

3. Dwóch funkcjonariuszy trzyma go za obie ręce, wykręcając je do tyłu i przyniatając kolanami do podłogi

4. Czwarty funkcjonariusz zakłada tzw. "nelsona" (chwyt zgięciem łokciowym za szyję) i zaciska ten chwyt w razie oporu

5. Po chwili, kiedy delikwent opadnie z sił, czy to wskutek braku powietrza, czy ucisku na tętnice szyjne - pobiera mu się krew.

Oczywiście delikwent jest zainteresowany tym, aby akcja spowodowała u niego jak największe obrażenia, by później mógł skarżyć policjantów i lekarza o pobicie. Wyrwa się, wierzga, nawet jak leży spokojnie podczas wkucia igły do żyły - to za chwilę szarpie ręką, chcąc, aby igła przebiła na wylot, czy nawet rozewała żyłę! Naraża to pobierającą krew osobę na duże ryzyko skażenia się igłą i możliwość zakażenia (HIV, HBV, HCV).

Uważam, że należy wyjaśnić fakt, czy rzeczywiście jazda po przysłowiowym "kielichu", gdzie kierowca nie spowodował żadnego wypadku, usprawiedliwia tak brutalne postępowanie policji?

A jeżeli okaże się, iż podejrzanym nie przekroczył 0,5 promila stężenia alkoholu we krwi i oskarży lekarza o nakłuwanie żyły bez ważnego powodu i udział w poniżającym traktowaniu człowieka?

Policjanci się wybronią, w końcu "są na służbie", to lekarz im kazał w ten sposób trzymać zatrzymanego, oni żyły nie nakłuwali. Chyba wszyscy pamiętamy przypadek lekarki pogotowia ratunkowego, która spędziła rok w areszcie "z powodu pobicia chorego"!

Proszę, aby na ten temat wypowiedziała się pani prof. Barbara Świątek jako medyk sądowy, w końcu pewnie ona przygotowywałaby opinie dla sądu w takiej sprawie.

Może wypowie się etyk, czy udział lekarza w poniżającym traktowaniu człowieka (przemoc fizyczna, bolesne zabiegi wbrew jego woli) nie narusza odpowiednich artykułów "Kodeksu etyki lekarskiej"?

Z poważaniem
Lekarz Pogotowiany

Pan
Dr n.med. Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący
Dolnośląskiej Izby Lekarskiej
we Wrocławiu

Szanowny Panie,
W związku z pracami związanymi z realizacją programu pilotażowego, jak również reorganizacją Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu - uprzejmie informuję, że została wycofana od 1 stycznia 1994 r. Oddział Pomocy Doraźnej w Zespołach Opieki Zdrowotnej: Wrocław-Fabryczna, Wrocław-Stare Miasto, Wrocław-śródmieście.

Powyższe działania uzasadnione są faktem, że oddziały te nie podlegają przekazaniu z dniem 1.01.1994 r. gminie, co zostało stwierdzone w załączniku do Zarządzenia MZiOS z dnia 15.10.1993 r. "w sprawie wykazu publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie podlegających przekazaniu niektórym gminom o statusie miasta" (MP nr 54 poz. 506).

Wydzielone oddziały zostaną przekazane Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu jako komórka organizacyjna tego zakładu.

Przekazaniu będą również podległy pomieszczenia, wyposażenie, urządzenia, aparatura, sprzęt medyczny itp. oraz pracownicy zatrudnieni w tych oddziałach - zgodnie z zaleceniami MZiOS w zakresie reformy pogotowia ratunkowego.

Przedstawione zmiany organizacyjne spowodują lepsze wykorzystanie przekazywanych oddziałów pomocy doraźnej, pod względem usprawnienia i racjonalizacji pracy, zarządzania budżetem oraz kadrami w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu.

Biorąc powyższe pod uwagę uprzejmie proszę o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.

Z wyrazami szacunku,
Dyrektor Wydziału Zdrowia
Stanisław Cebrał

W sesji jesiennej 1993 r. egzamin na I stopień specjalizacji zdali lekarze medycyny;

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI

chirurgia ogólna
Piotr Barć, ZOZ Śródmieście, Wrocław

Adam Domasiłowicz, Wojewódzki Szpital Zespolony, Walbrzych

Jarosław Czuwara, PSK 5
Piotr Szulc, Okręgowy Szpital Kolejowy, Wrocław

Wojciech Wilczyński, ZOZ Stare Miasto, Wrocław

Waldemar Szarek, ZOZ Stare Miasto, Wrocław

pediatria
Mariusz Domański, Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych AM

Barbara Wanat, Wojewódzki Szpital Zespolony, Wrocław

Elżbieta Ambrożewicz, Wojewódzki Szpital Zespolony, Wrocław

Faical Alouichek, Wojewódzki Szpital Zespolony, Wrocław

Magdalena Słupska, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Chorób Dziecięcych, Wrocław

Małgorzata Gadowska, SZOZ nad Matką i Dzieckiem,

Wrocław
Elżbieta Jasiak-Palczyńska, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław

Małgorzata Korolik, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, Wrocław

Violetta Frączek, ZOZ Oleśnica

anestezjologia i intensywna terapia
Paweł Stefan Berezowicz, Katedra i Klinika Anestezjologii AM

Marek Prokopowicz, Katedra i Klinika Anestezjologii AM

Ewa Fidzińska-Długosz, PSK 1
Sławomir Nowak, Specjalistyczny Szpital Zespolony, Wrocław

Artur Fuchs, Specjalistyczny Szpital Zespolony, Wrocław

Piotr Borecki, Specjalistyczny Szpital Zespolony, Wrocław

Piotr Ptaszyński, Specjalistyczny Szpital Zespolony, Wrocław

Agnieszka Kaminiarz, PSK 1
Piotr Harbut, Katedra i Klinika Anestezjologii AM

Janusz Nawalaniec, PSK 1
Beata Mielczarek, PSK 1

GRATULUJEMY!

ANKIETA

nie
4. Czy bierze pan/i udział w posiedzeniach naukowych (które są częścią składową szkolenia podyplomowego) poszczególnych Towarzystw naukowych?
tak
nie, dlaczego?

5. Czy wykłady prowadzone przez Oddziały Towarzystwa Lekarskiego i Oddziały Towarzystw poszczególnych specjalności w wystarczającym zakresie poszerzają i/lub utrwalają pana/pani wiedzę medyczną?
tak
nie

6. Czy uczestniczył/a pan/i w kursach szkoleniowych organizowanych przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych?
tak, ile razy?

nie, dlaczego?

7. Czy uczestniczył/a pan/i w kursach szkoleniowych organizowanych przez Centrum Medycznego Podyplomowego Kształcenia w Warszawie?
tak, ile razy?

nie, dlaczego?

a) nie składałem/am zgłoszenia uczestnictwa w tego rodzaju szkoleniach
b) składałem/am zgłoszenie, ale nie byłem/am zakwalifikowany/a
c) inne powody

VERTE

Lasery

dla szerokiego zakresu zastosowań medycznych terapeutyczne, chirurgiczne, koagulujące, do opracowywania twardych tkanek zębów.

Znakomite do wyposażenia gabinetów: urologicznych, stomatologicznych, dermatologicznych, laryngologicznych, ginekologicznych, ... oraz rehabilitacji, reumatologii, odnowy biologicznej, akupunktury

oferuje Centrum Techniki Laserowej Laser Instruments w Warszawie, ul. Kasprzaka 29/31.

U nas kupisz sprzęt najnowszej generacji produkcji własnej na podzespoły zachodnich lub z importu. Oferujemy najnowocześniejsze rozwiązania konstrukcyjno-eksploatacyjne przy bardzo konkurencyjnych cenach. Przy zakupie lasera oferujemy bezpłatne szkolenie.

Przyjedź, zobacz lub zadzwoń, uzgodnij, co Ci potrzeba, tel. 360-073, 361-163, 363-149 w.162 lub 467
Nasi specjaliści są do Twojej dyspozycji codziennie od 8.00 do 17.00, w soboty od 9.00 do 15.00.

Naszym wyłącznym przedstawicielem na obszarze Dolnego Śląska jest

Firma "Ultra Med"

we Wrocławiu, ul. Śniadeckich 10 tel/fax 48-39-66 od 10.00 do 16.00
Zapewniamy szybkie terminy dostaw, serwis gwarancyjny i pogwarancyjny. Zainteresowanym ułatwiamy otrzymanie dogodnego kredytu na zakup. Prowadzimy również we Wrocławiu comiesięczne kursy dotyczące zastosowania laserów w medycynie.

Serdecznie zapraszamy!

ESDENT

Wrocław Kuźniki,
tel. (071) 570705

Polecam unity stomatologiczne wraz z fotelami firm Siemens, Kavo, Eurodent, Planmeca, Ritter, używane, po regeneracji, z półroczną gwarancją i serwisem, w cenie od 40 mln zł.

Fotele stomatologiczne - stabilizacja ustawienia fotela w ustalonej pozycji - do trzech pamięci, cena od 8 mln zł.

Elmedes

- ☐ tel. fax 579874, ul. Stanów Zjednoczonych 35, 54-403 Wrocław, oferuje w leasingu i na raty:
- ☐ - sprzęt Chirany - Ergostar, Praktik, Chiradent (autoryzowany serwis),
- ☐ - regenerowane zachodnie unity stomatologiczne - każdy sprawny i zainstalowany w siedzibie firmy,
- ☐ - mini autoklawy Prestige Medical i KaVoklave
- ☐ - radiowizjografy i rentgeny stomatologiczne firmy Trophy.
- ☐ - fachowe projektowanie i wykonawstwo pod klucz gabinetów stomatologicznych.

OGŁOSZENIA O PRACY

Zarząd Gminy i Miasta w Malomicach składa ofertę pracy dla lekarza stomatologa w Przychodni Rejonowej w Malomicach (etat zabezpiecza dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szprotawie). Zarząd zapewnia trzypokojowe mieszkanie komunalne o wysokim standardzie w centrum miasteczka. Oczekujemy na kontakt pisemny, telefoniczny lub osobisty. Telefon: nr 77

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Lubiążu zatrudni 2 lekarzy:
- specjalistów psychiatrów
- psychiatrów
- chcących specjalizować się w psychiatrii.
Posiadamy 2 mieszkania 1- i 3-pokojowe. Zainteresowanych prosimy o osobisty kontakt z dyrekcją szpitala. Adres: Lubiąż, ul. Mickiewicza 1, telefon 13 lub bezpośrednio z Wrocławia: 195-524.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żmigrodzie zatrudni od zaraz lekarza stomatologa w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Barkowie, w pełnym wymiarze zatrudnienia. W ramach zatrudnienia przewidywana jest praca w gabinetach dwóch wiejskich ośrodków zdrowia wg ustalonego harmonogramu.

Oferujemy mieszkanie w budynku woz o pow. 69 m² z garażem. Od 1.01.1994 r. zatrudnimy lekarza stomatologa w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Korzeńsku w pełnym wymiarze zatrudnienia. Oferujemy mieszkanie w budynku woz o pow. 54 m². Oferty prosimy kierować na adres: Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żmigrodzie, ul. Willowa 4, kontakt osobiście oraz telefonicznie, tel. 31-40 (kadry), 35-31 (dyr. zakładu).

Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecniczy PROVITA, ul. Bierutowska 59, Wrocław, tel. 25-31-59, zatrudni lekarza chirurga

ZOZ Świebodzice, ul. Pstrowskiego 7, zatrudni lekarza po stażu w pogotowiu ratunkowym na pełnym etacie. Kontakt telefoniczny: Świebodzice 54-15-61, dr Moskwik.

Lekarz stomatolog po stażu podejmie pracę w prywatnej praktyce stomatologicznej, ewentualnie inne propozycje zatrudnienia (znajomość jęz. angielskiego). UP1, Skr. poczt. 477, 59-300 Lubin 1,

Zespół ZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSW we Wrocławiu zatrudni w Poli-

klinice MSW w Jeleniej Górze dwóch lekarzy w pełnym wymiarze godzin:
1) lekarza stomatologa,
2) lekarza medycyny - specjalistę z zakresu chorób wewnętrznych lub chcącego specjalizować się w powyższym zakresie,
3) lekarza laryngologa - w wymiarze 2 godzin dziennie.
Tel. Jelenia Góra (87-51) 20-131, w godz. 8.00-15.00

Zakład Karny w Kłodzku, ul. Bohaterów Getta 16, tel. 21-57, poszukuje kandydata do pracy na stanowisko lekarza ambulatorium z ogólną izbą chorych, w pełnym wymiarze czasu pracy. Wymagania stawiane kandydatowi:
1. wiek do 35 lat
2. nienaganny stan zdrowia
3. nie karany
Zakład Karny w Kłodzku wyraża zgodę na podwyższanie kwalifikacji zawodowych

Specjalista dermatolog podejmie pracę. Warunek: mieszkanie Tel. 24-11-81, Wrocław

Ośrodek Zdrowia w Kunicach zatrudni dwóch stomatologów. Warunki pracy i pracy bardzo dobre. Wiadomość: Urząd Gminy Kunice, tel. 575-322, 575-482

Ogłoszenia drobne

Angielski - tłumaczenie tekstów medycznych tel. 61-38-49

Lekarz tłumaczy angielskie teksty medyczne, tanio Tel. 352-44

Tanio sprzedam wyposażenie gabinetu stomatologicznego. Tel. 67-61-76, Wrocław

Sprzedam komplet (3 szt.) używanych rektoskopów (071) 63-82-91

Nowy konkurs!

Redakcja ogłasza nowy konkurs z cennymi nagrodami na wspomnienia lekarzy. Apel swój kierujemy nie tylko do kolegów emerytów, którzy na pewno mają nam wiele do powiedzenia, ale również do kolegów średniego pokolenia oraz stażystów. Zapoznanie czytelników z różnorodnymi relacjami o naszej pracy dla człowieka chorego może być nie tylko pasjonujące, ale i często może wiele nauczyć.

Uwaga, wyższa składka!

Informujemy, że miesięczna składka członkowska Dolnośląskiej Izby Lekarskiej dla lekarzy prowadzących prywatne gabinety od 1 stycznia 1994 r. wynosi 117 tys. zł, zaś dla emerytów, zatrudnionych w prywatnym gabinecie lub prowadzących prywatny gabinet -

Notki

58,5 tys. zł.

Główna księgowa DIL
Karolina Dembińska

Klub "Recepta"

Czytając w ostatnim "Biuletynie" notatkę na temat nadal aktualnej sprawy nazwy klubu w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i próby podkreślenia tej nazwy (Dilidia), że służyć ma on obu izbom: lekarzy i aptekarzy, zgłaszam

jeszcze jedną propozycję, która być może usatysfakcjonuje tym razem obie izby, a mianowicie klub "Recepta" - napisała do nas czytelniczka, pani Anna Cieślińska

Przypominamy pozostałe propozycje: Medyk, Dilidia, Dilanka.

Po raz kolejny zapraszamy do organizowania w klubie imprez rodzinnych, spotkań, zebrań, przyjęć. Zapewniamy pełną obsługę gastronomiczną.

ANKIETA

8. Czy ma pan/i dostęp do specjalistycznej aktualnej literatury medycznej?

tak
nie

9. Czy korzysta pan/i, czyta specjalistyczną literaturę medyczną?

tak
nie, dlaczego?

10. Czy konieczne jest przeprowadzanie przez DIL szkoleń przypominających i/lub uzupełniających podstawowe zagadnienia medyczne?

tak
nie

11. Jakie tematy szkoleń uważa pan/i za najistotniejsze?

- a) zasady reanimacji dorosłego
- b) zasady reanimacji dziecka
- c) choroby zakaźne - profilaktyka
- d) ciężki uraz wielonarządowy - postępowanie wstępne
- e) podstawy postępowania w onkologii

f) inne tematy zaproponowane przez lekarzy poszczególnych Kół Terenowych DIL - proszę podać propozycje tematów szkoleniowych

12. Jaki rodzaj szkoleń uważa pan/i za celowe?

- a) kilkugodzinne organizowane na terenie siedziby DIL
- b) kilkugodzinne organizowane w siedzibie Terenowego Koła
- c) dwu- lub więcej dniowe, przeprowadzane w ośrodkach wypoczynkowych, budynkach sanatoryjnych

13. Jakimi warunkami lokalowymi dysponuje wasze Koło Terenowe?

14. Jak często mógłby/mogłaby pan/i uczestniczyć w szkoleniach przeprowadzanych przez DIL?

- a) 0
- b) jeden raz w miesiącu
- c) jeden raz na trzy miesiące
- d) jeden raz na pół roku

15. Kto powinien pokrywać koszty szkoleń (dojazd, ew. zakwaterowanie, wyżywienie przy kilkudniowym czasie trwania szkoleń)?

- a) uczestnicy - indywidualnie
- b) macierzyste zakłady pracy (w ramach delegacji)
- c) DIL

16. Do którego Koła Terenowego DIL pan/i należy?

DOLNOŚLĄSKA SZKOŁA

ULTRASONOGRAFII

pod patronatem
Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego
oraz
Katedry i Zakładu Radiologii A.M. we Wrocławiu
zaprasza lekarzy
na kursy diagnostyki ultrasonograficznej

I. PODSTAWOWE:	Termin	Cena zł
1. Jama brzuszna.	8-10.03.94r.	1 100 000
	10-12.05.94r.	1 100 000
	14-16.06.94r.	1 100 000
II. DOSKONALĄCE:		
1. Jama brzuszna.	30-31.03.94r.	1 600 000
/ absolwenci naszych kursów	14-15.04.94r.	1 600 000
podstawowych mają 10% zniżki/	9-10.06.94r.	1 600 000

Wpłaty należy dokonywać na konto:
PDiW ARCANUM Sp. z o.o. ul. św. Mikołaja 8/10, Wrocław
PKO BP IV O/Wrocław 93549-94979-136

Szczegółowych informacji udziela sekretariat
Przedsiębiorstwa Doradztwa i Wdrożeń ARCANUM sp. z o.o.
Wrocław ul. św. Mikołaja 8/10 pok. 55 tel/fax (71) 35868,
tel. (71) 44 28 86 wew. 510 lub 511

Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej UCHWAŁY ZJAZDOWE

c.d ze str. 2

2. Nie są zrozumiałe przyczyny różnicowania wymagań dla zakładów publicznych i niepublicznych. STOMOZ uważa, że utrzymywanie takich różnic w sposób niekorzystny wpływa na dobór kadr menedżerskich w zakładach publicznych. Potrzebna jest zmiana rozporządzenia niwelująca opisane różnice.

Wynagrodzenia kadry kierowniczej zakładów opieki zdrowotnej

1. STOMOZ wyraża opinię, że jednym z zasadniczych elementów sprawnego funkcjonowania każdego systemu organizacyjnego jest odpowiednio motywowana, w tym finansowo, kadra kierownicza.

Zrozumienie tego faktu można już dostrzec w procesie transformacji gospodarki narodowej. Sfera opieki zdrowotnej realizująca istotne zadania warunkujące rozwój społeczno-ekonomiczny kraju nie może być wyjątkiem w tym zakresie.

2. STOMOZ uważa zatem, że zarobki dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej powinny być negocjowane w ramach kontraktów menedżerskich.

3. W okresie przejściowym uposażenie zasadnicze dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej nie powinno być niższe niż pięciokrotna wysokość średniej płacy w danym zakładzie opieki zdrowotnej. Odpowiedniemu zwiększeniu powinny ulec także uposażenia osób o statusie zastępców dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej taryfikatora plac uwzględniającego ww. zasadę.

NOVELIZACJA ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w odniesieniu do zapisów o radzie nadzorczej

1. STOMOZ wnosi o nowelizację ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w części dotyczącej zapisów o radzie nadzorczej.

2. Stowarzyszenie proponuje termin "rada nadzorcza" zastąpić innym terminem (np. rada przedstawicielska, rada użytkowników) dla odróżnienia od rad nadzorczych spółek prawa handlowego, jeśli dotychczasowe rady nadzorcze mają nadal funkcjonować według innych zasad niż w spółkach prawa handlowego.

3. Należy wprowadzić wyraźny zapis wskazujący na źródło pokrywania kosztów funkcjonowania rady.

4. Należy wprowadzić obowiązek szkolenia dla członków rady, gwarantujący osiągnięcie celów przewidzianych dla rady a także obowiązek sporządzania sprawozdań okresowych.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej

1. STOMOZ opowiada się za koniecznością pilnego zakończenia prac legislacyjnych nad Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie zasad przekazywania środków budżetowych samodzielnym zakładom opieki zdrowotnej, tworzoną na mocy art.49 pkt.2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

2. Funkcjonujący w ramach STOMOZ Klub Jednostek Samodzielnych, skupiający kadrę kierowniczą zakładów zainteresowanych usamodzielnieniem oraz zespół ds. opiniowania projektów aktów prawnych są gotowe do uczestniczenia w przygotowaniu ww. aktu prawnego.

wnego.

3. Stowarzyszenie opowiada się za potrzebą promowania i upowszechniania zasad funkcjonowania zakładów zgodnych z formułą jednostki samodzielnej.

Uważamy, że resort zdrowia powinien wspomagać:

- kształcenie kadr menedżerskich dla potrzeb tych zakładów,
- wymianę informacji (sympozja, konferencje),
- monitorowanie zmian w ekonomice i organizacji tych zakładów.

Funkcjonowanie wojewódzkiego szczebla zarządzania opieką zdrowotną

1. Ochrona zdrowia znajduje się w okresie transformacji zarówno w zakresie struktur jak i zasad, i sposobu zarządzania.

Istotnym elementem funkcjonowania całego systemu jest sprawność szczebla wojewódzkiego.

2. STOMOZ z niepokojem obserwuje niejednolite podejście w różnych regionach kraju do organizacji i funkcjonowania wojewódzkiego szczebla zarządzania opieką zdrowotną.

3. STOMOZ uważa, że niezbędne jest tworzenie silnych profesjonalnie i organizacyjnie wojewódzkich wydziałów zdrowia, podległych bezpośrednio wojewodom dla realizacji ich ustawowych zadań z zakresu ochrony zdrowia ludności. Dotyczy to zwłaszcza zatrudnionej w tych wydziałach liczby profesjonalnych pracowników i zapewnienia wydziałom wyposażenia w sprzęt dla tworzenia systemów informacyjnych niezbędnych w zarządzaniu.

INFORMATYZACJA opieki zdrowotnej

1. STOMOZ opowiada się za potrzebą przygotowania strategii rozwoju systemów informatycznych dla potrzeb profesjonalnego zarządzania opieką zdrowotną finansowaną ze środków publicznych.

2. Podstawowym elementem tej strategii powinno być określenie podstawowego zbioru wskaźników opisujących działalność instytucji opieki zdrowotnej i efekty tej działalności.

3. Wskaźniki te powinny zapewnić porównywalność danych na różnych poziomach zarządzania opieką zdrowotną.

Ponadto podjęto uchwałę w sprawie zwolnienia publicznych zakładów opieki zdrowotnej z podatków, opłat od gruntów i nieruchomości, zerowej stawki podatku VAT - oraz w sprawach wewnętrznych STOMOZ: - uzupełnienia Komisji Ekspertkiej ds. Konfliktów Menedżerskich, konkursu STOMOZ na Menedżera Roku 1993, zwołanie V Walnego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego, składkę członkowskich.

Należy nadmienić, że część wniosków i uchwał podjęto z inicjatywy Oddziału Dolnośląskiego, między innymi w sprawie wprowadzenia stymulatorów w procesie przekształcania jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, stworzenia systemu profesjonalnej kadry administracji państwowej i samorządowej ochrony zdrowia i w innych sprawach, głównie ekonomiczno-finansowych.

Przewodnicząca Zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ mgr M. Jolanta Borzyska

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

Kierownik
mgr Danuta Jarosz

Sekretariat
Małgorzata Adamczyk
Elżbieta Banot
Patrycja Malec

Ewidencja
Krystyna Popiel
Beata Kołodziejczyk
Alicja Sokołowska

Radca prawny
mgr Beata Kozyra-Łukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Główna księgowa
Karolina Dembińska

Kasjerka
Maria Gała
poniedziałek-piątek
10.00-15.00

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

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

Filie biura w delegaturach

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

Wałbrzych
al. Wyzwolenia 22, 58-300
Wałbrzych
tel.(8741) 261-20
Izabela Luśnia
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL Jan Adamus)

Legnica
pl. Słowiański 1, 59-220
Legnica
tel.(876) 662-03
Stanisława Płatnicka
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL Jerzy Malkiewicz)

Sprostowania

Przepraszamy dra Wiesława Sobotę za pomyłkę w październikowym numerze "Biuletynu".
Pod zdjęciem przedstawiającym członków klubu w Bielawie zabrakło jego nazwiska.

Przepraszamy za błędy w ogłoszeniu o kursach organizowanych przez Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych. W dniach 14.02.-27.03. kurs prowadzi prof. Andrzej Kübler.

Skład osobowy Prezydium i Rady DIL kadencja 1994-1997

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz

Zastępcy przewodniczącego
Ryszard Łopuch
Krystyna Kochman
Zdzisław Plamieniak

Sekretarz
Maciej Przestalski

Skarbnik
Andrzej Szmida

Prezydium
Jan Adamus

Teresa Agopsowicz-Olipra

Aldona Białas

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

Andrzej Drak

Jarosław Górski

Janina Kasprzak-Wójtowicz

Andrzej Koziorowski

Konrad Leśniakowski

Józef Lula

Jerzy Malkiewicz

Aleksander Niedzielski

Andrzej Niedziółka

Jerzy Piekarski

Wanda Poradowska-Jeszke

Ryszard Rzeszutko

Andrzej Wojnar

Włodzimierz Bednorz

Aldona Białas

Tomasz Bielanów

Janusz Bielawski

Krzysztof Blok

Ryszard Bronowicz

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska

Teresa Bujko

Andrzej Drak

Andrzej Gawlik

Jarosław Górski

Janina Kasprzak-Wójtowicz

Jacek Kibler

Krzysztof Kochman

Andrzej Koziorowski

Artur Kwaśniewski

Konrad Leśniakowski

Józef Lula

Ryszard Łopuch

Jerzy Malkiewicz

Aleksander Niedzielski

Andrzej Niedziółka

Jerzy Piekarski

Zdzisław Plamieniak

Wanda Poradowska-Jeszke

Maciej Przestalski

Marek Rawski

Ryszard Rzeszutko

Bolesław Simon

Andrzej Szmida

Robert Szwed

Andrzej Wojnar

Piotr Wolański

Przewodniczący komisji

problemowych i terminy

dyżurów:

Komisja Informacyjna -

Andrzej Wojnar (wtorki i

czwartki 13.00 - 14.00)

Zespół ds. Reformy i Współpracy z Samorządem Terytorialnym i Prywatyzacji - Ryszard Łopuch (czwartki 10.00)

Komisja Socjalna - Teresa Agopsowicz-Olipra

Komisja Finansowa - Andrzej Niedziółka

Komisja Legislacyjna - Janina Kasprzak-Wójtowicz (wtorki 14.00 - 15.00)

Komisja Płacy i Warunków Pracy - Konrad Leśniakowski

Komisja Etyki - Ryszard Rzeszutko

Komisja Kształcenia - Wanda Poradowska-Jeszke (środa 14.00-15.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą - Barbara Bruziewicz-Miklaszewska (poniedziałek 13.00 - 15.00)

Komisja ds. Stomatologii - Jerzy Piekarski

Komisja Skarg i Wniosków - Andrzej Drak (poniedziałek 14.00-15.00)

Komisja Organizacyjna - Andrzej Koziorowski

Komisja ds. Prywatnych Praktyk - Aleksander Niedzielski

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 9500 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 10 000 zł za słowo (płatne z góry).

2. Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR (strony:8,9,16)	PEŁNY KOLOR ZEWNĘTRZNA OKŁADKA
1	19 200 000	28 600 000	
1/2	9 600 000	14 300 000	17 200 000
1/4	4 800 000	7 150 000	8 600 000
1/8	2 400 000	3 550 000	4 300 000

UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych zamieszczamy bezpłatnie.

Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.
Prosimy, aby ogłoszenia informujące o terminach spotkań, posiedzeń itp. dostarczać redakcji 2 miesiące przed ich terminem. Gwarantujemy wówczas, że ogłoszenie dotrze odpowiednio wcześniej do wszystkich zainteresowanych lekarzy.

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.

Komiteta redakcyjny: W. Bednorz, K. Pajdzik, J. Piekarski, K. Pociękin, A. Wojnar - redaktor naczelny.
Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.

Numer zamknięto 12 stycznia 1994 r.

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

ZAPISKI EMERYTA

Uwaga Stary Głędzi

Skróty literowe mogą w sobie zawierać tajemnicze treści.

Ludzie często skupiają się (także ludzie w białym lub niebieskim fartuchu) w grupy mniej lub bardziej formalne, np. pracujące na jednym oddziale lub w przychodni rejonowej. Zawijają spisek. W celach konspiracyjnych tworzą własny język - swoistą grypsę. Z niejednego pieca jadło się chleb i swoje wiem. Dla przeciętnego pacjenta nasze medyczne określenia brzmią jak szyfr ("coś do siebie mówili, ale nic nie rozumiałem", "Siostró - proszę mi wytłumaczyć, co mówiła Pani Doktor"). Za moich czasów łacina była tym językiem, który często okraszał ojczyzną mowę medyczną - nikomu to wówczas nie przeszkadzało, obecnie część purystów denerwuje się na liczne wtręty angielszczyzny medycznej. W dobie szerokiej znajomości tego języka zaczyna pełnić on na świecie tę samą rolę integracyjną, co kiedyś język Rzymian. Wśród młodych, zdolnych i ambitnych kolegów do bardzo dobrego tonu należy używanie języka medycznego, przesyconego określeniami z

obu tych "medycznych" języków. Im ich więcej, tym lepszy doktor. Owszem, na niektórych pacjentach robi to kolosalne wrażenie.

No cóż, nawet gorzałki trzeba używać rozsądnie.

W jednej z przychodni zauważyłem w kartotekach dziwne litery, kilka z nich zapisałem sobie szybko na gazecie: ZP, KW, BNB, ZSC i wiele innych. Były to swoiste grupy dyspenseryjne - oznaczenie kodowe, pomocne w trakcie wizyt domowych: ZP (Zły Pies), KW (Kocia Wiara), BNB (Bardzo Namolna Babcia), ZSC (Złośliwy Stary Cap). Nowy doktor idący na wizytę od razu wiedział, czego może się spodziewać! W szpitalach czasem na kartach gorączkowych spotyka się litery: R (Rejon), OR (Ostry Rejon), K (Kolejka), OK (Ostra Kolejka), a ostatnio pewnie SSKL (Szybko Spadająca Kolejka Linowa).

Ciekaw jestem, czy też spotkaliście jakieś szyfry w swojej pracy.

dr Józef Emeryt

Trzy miesiące w Hvidovre Hospital

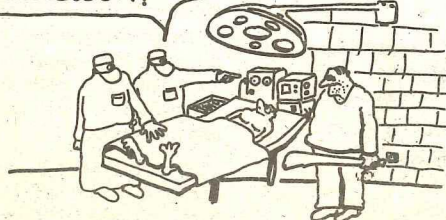
Od 1 czerwca do 31 sierpnia br. przebywałam w Kopenhadze. Mój pobyt związany był z odbywaniem stażu zawodowego na Oddziale Zakaźnym w Hvidovre Hospital. Jest to uniwersytecki szpital specjalistyczny na 1070 łóżek, z czego 35 posiada Oddział Zakaźny. Omawiany oddział składa się z 3 części: ambulatorium, oddziału dziennego pobytu oraz typowego oddziału całodobowego, co obsługuje łącznie około 100 osób, wyłączając pracowników laboratorium. Poza typowym personelem białym stałe zatrudnienie mają m.in. psycholog, dwóch pracowników socjalnych, rehabilitant, kilka sekretarek medycznych, osoby zajmujące się komputerowym opracowaniem danych oraz porządkowaniem wyników związanych z częścią badań naukowych (lekarz opracowuje dopiero materiał końcowy i tylko czuwa nad odpowiednią realizacją w trakcie). Taka organizacja pozwala na pełną opiekę, nie tylko medyczną, nad około 600 pacjentami chorymi na AIDS. Jest to obecnie w Danii dominująca grupa chorych zakaźnie, podlegająca stałej opiece specjalistycznej. Większość interwencji załatwiana jest w sposób ambulatoryjny lub w oddziale dziennego pobytu. Do położenia kwalifikowani są chorzy, u których dalszej diagnostyki lub leczenia nie można przeprowadzić

Brygida Knysz

w warunkach ambulatoryjnych. Średnie obłożenie wynosi około 89%. Pacjenci śmiertelnie chorzy, po uprzednim poinformowaniu ich o stanie zdrowia, są wy-

pisywani do domu. Chory otrzymuje wyczerpujące informacje dotyczące jego stanu, w tym również niepomysłne. Natomiast rodzinę lekarz informuje za zgodą pacjenta. Główną grupę ryzyka stanowią homoseksualiści, następnie heteroseksualiści i dopiero na trzecim miejscu znajdują się narkomani, przyjmujący dożylnie środki odurzające. Przyznam, że początkowo szokowały mnie oficjalnie zarejestrowane małżeństwa homoseksualistów. Wydaje się, że w Danii nikt się niczym nie dziwi, chyba że jest to samochód marki Trabant, którym tam razem z mężem podróżowaliśmy. AIDS w Danii jest problemem, do którego zdołano się już przyzwyczaić. Nie wywołuje niezdrowych emocji ani obaw. Personel szpitalny, świadomy sposobów zakażenia, postępuje zgodnie z zasadami, a rękawiczki lateksowe są wszędzie w zasięgu ręki. Przy czym zachowuje się jednakowe środki ostrożności w stosunku do wszystkich pacjentów, nie tylko zakażonych wirusem HIV. Oddziały zakaźne nie są oddziałami izolowanymi, nie ma zakazu odwiedzin, poza wyjątkami takimi jak prątkująca gruźlica, zakażenie antybiotykoopornym gronkowcem itp. Wydaje się, że Duńczycy bardziej od nas doceniają groźbę zakażeń wewnątrzszpitalnych i lekooporności. Pełniący całodobowe dyżury pracownicy Oddziału Mikrobiologii Klinicznej czuwają nad tymi problemami, biorą czynny udział w raportach lekarskich na poszczególnych oddziałach i mają istotny wpływ na ustalanie antybiotykoterapii. Praca lekarza trwa od godziny 8 do 15. Większość czasu zajmuje 3-godzinna wizyta i w przypadku pojedynczego lekarza dotyczy 10-12 pacjentów. Obserwacje w historiach chorób prowadzone są codziennie, ale przy pomocy dyktafonu. Reszta należy do sekretarek medycznych. Z zazdrością patrzyłam na lekarzy, wykonujących ściśle lekarskie zajęcia, w doskonale zorganizowanej pracy bez pośpiechu, bez niepokojów o byt materialny, z możliwością poświęcenia czasu maksymalnie pacjentowi, czego życzę Państwu i sobie.

ZATRUDNILIŚMY NISKOBUDŻETOWEGO ANESTEZJOLOGA!



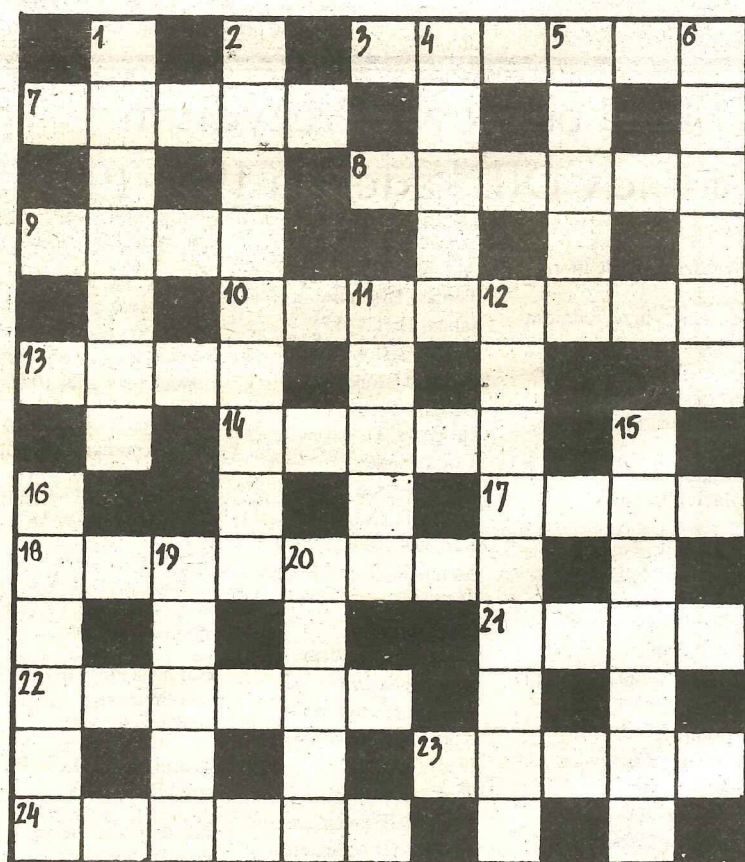
Nauka gwiazdeczna, inaczej horoskop

Stycznia miesiąca masz dobre wino pić niż krew puszczać będziesz. Trunku ku odmiękczeniu brzucha nie przyjmuj, często się w łaźni myj, rano jedz a niewiele, bo przezliczne jadło okrutną zimnicę płodzi. Ktoż pierwszego, II, V, VII, VIII, a XV dnia tego miesiąca krew puści, tego roku umrze. Grzymanie tego miesiąca, wiatry wielkie tego roku a mnóstwo męki, a walki znamionuje. Pokarmy gorące tego miesiąca jeść zdrowo jest. Styczeń powiada: za czasu mego krew puszczać nie jest pożyteczno. Jedno byłaby tego potrzeba, tedy daj zaciąć te żyłę w skórze, która jest nad palcem. Syropa albo trunku nie przyjmuj. Dziecię, które się narodzi, zimnego przyrodzenia będzie.

oprac. E.M.

na podstawie: Stefan Falimirz "O ziołach...", Kraków 1534

Krzyżówka



Poziomo

3) powstaje wskutek krzepnięcia krwi, 7) pole do popisu dla dermatologa, 8) dłużej w metalu, rytownik, 9) badane otoskopem, 10) mniejsza z kości podudzia, 13) kawa rozpuszczalna, 14) wirusowa choroba zakaźna, 17) zespół kości łączący ramię z tułowiem, 18) zdąża do oazy, 21) zakładany na ranę z katgutem, 22) enzymy biorące udział w biosyntezie kwasów i białek, 23) stopień upośledzenia umysłowego, 24) zawinięte ciasto

Pionowo

1) włóknista błona ochronna wokół kości, 2) gruczoł dokrewny w czaszce, 4) spazm, 5) skutek zatoru lub zakrzepu w tętnicy, 6) guz powstający wskutek przewlekłego zapalenia ucha środkowego, 11) małe skaleczenie, 12) drobnoziarnista odmiana gipsu, 15) tętnica, 16) część mikroskopu, 19) "księżycowe" pieczywo, 20) ropień

Dariusz Śniatecki

Wśród nadawców prawidłowych rozwiązań rozlosujemy nagrody książkowe.