



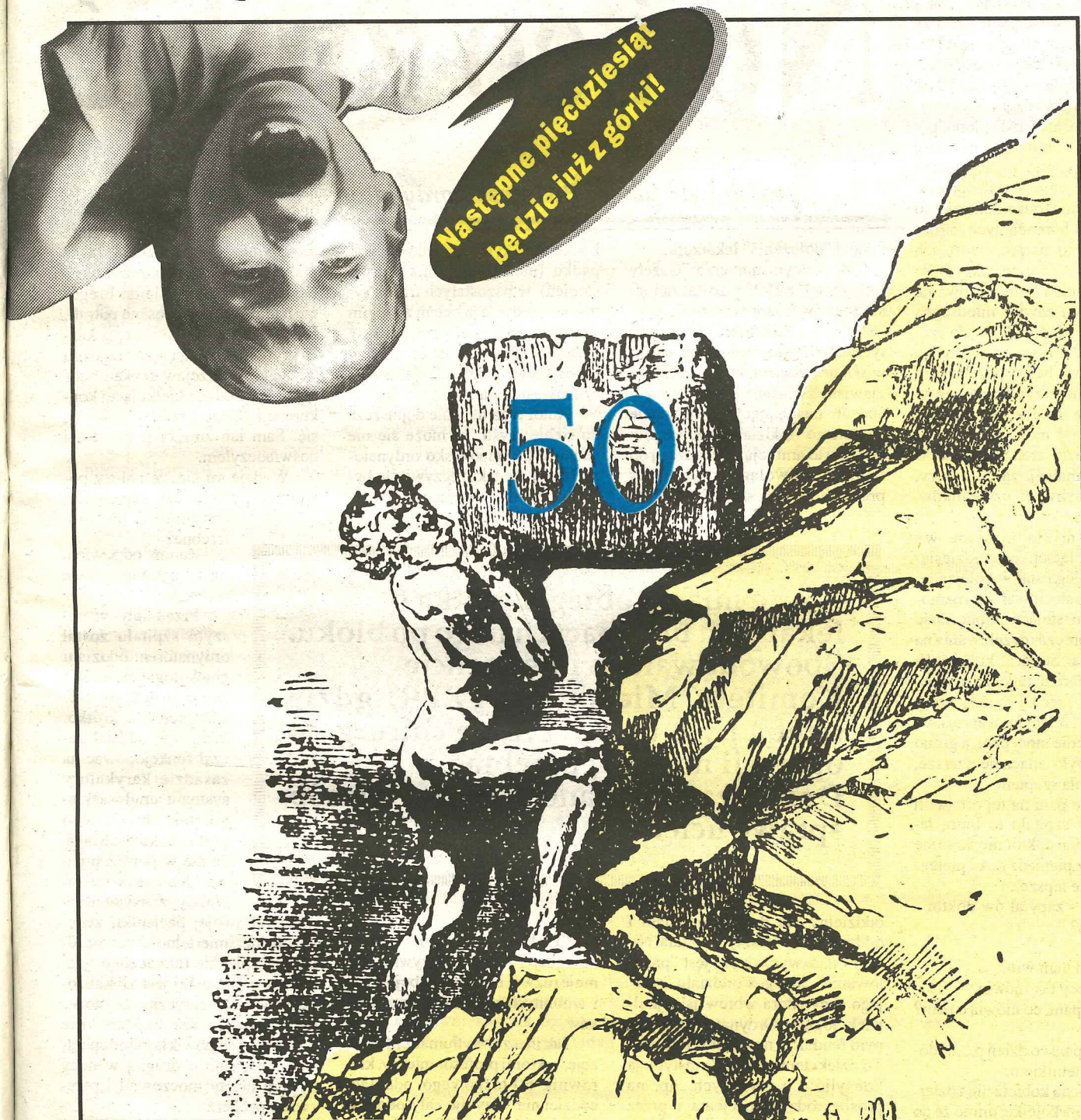
REMEDIUM

BIULETYN DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

LIPIEC-SIERPIEŃ

Nr 7-8 (50-51)

Pięćdziesiąty numer!



W jubileuszowym, pięćdziesiątym numerze witamy Czytelników nową nazwą. Aniśmy się spostrzegli, jak z małego (formatem) biuletynu nasza gazeta rozrosła się w duży miesięcznik. Przyjeliśmy od początku - za radą dr Joanny Bromirskiej, naszego pierwszego redaktora naczelnego - styl raczej gazetowy niż magazynowy, uroczysty.

Staramy się jak najlepiej trafić w gusta członków Izby - Naszych Czytelników. Nie wiemy, czy nam się to udało. Sądząc z listów napływających do redakcji - w siedemdziesięciu procentach tak. Dziękujemy za to poparcie. Będziemy nadal próbować wyszukiwać ciekawe tematy i walczyć razem z Wami, Kochani Czytelnicy, czasem o drobiazgi, czasem o najistotniejsze sprawy lekarskiego samorządu.

Chcemy być gazetą wszystkich lekarzy, niezależnie od opcji politycznych. Usiłujemy być nie tylko organem prasowym Dolnośląskiej Rady Lekarskiej, ale mieć własne zdanie w podejmowanych tematach. Często nie jest to łatwe.

Wszystkim Czytelnikom i sobie życzymy wytrwania w zdrowiu do milionowego numeru "Remedium".

Redakcja



str. 8

Kilka uwag o pastach do zębów

W ciągu ostatnich 20 lat skład past do zębów uległ znacznym modyfikacjom. Pasty, oprócz własności oczyszczających, powinny działać przeciwpróchnicowo (kariostatycznie), zapobiegać odkładaniu płytki nazębnej i kamienia, działać odświeżająco i dezodorująco. W ich składzie znajdują się środki lecznicze, np. znośzące nadwrażliwość zębiny, czynniki działające przeciwzapalnie.

POLSKA
RZECZPOSPOLITA



PRAWO WJAZDU

str.12-13

V Plener Chłopsko- -Robotniczo- -Pseudokulturalny

Jakie "sporty" doktory mogą uprawiać bez nadmiernego narażania swoich serc szlachetnych? Decyzja zapadła po długich obradach: organizujemy turniej ping-ponga i turniej rzutów do celu, oczywiście, indywidualnie i zespołowo.



str. 2

No i co zrobić z tą ordynaturą?

Pan Włodzimierz Sokołowski ("Gazeta Lekarska" nr 10/93) twierdzi, że ordynator zarabia 20-30 razy tyle co jego asystenci, czyli lekką ręką 100-150 milionów złotych.



ANDRZEJ

WOJNAR

Szpaltla Naczelnego

I tak stuknął nam mały jubileusz - pięćdziesiąty numer naszego miesięcznika. Wydajemy go teraz jako podwójny, wakacyjny starając się dostarczyć Wam, przebywającym być może gdzieś nad morzem lub w górach, trochę lektury, choć może sięgniecie po naszą gazetę dopiero po powrocie z wyjazdów. Pożegnaliśmy odchodzącą do innej pracy, w innym mieście, sekretarza redakcji panią mgr Agatę Pawińską a powitaliśmy na jej stanowisku panią mgr Joannę Racką. Poza tym skład zespołu redakcyjnego nie zmienił się. Zmienił się jednak wczoraj nasz tytuł. Decyzją bowiem Prezydium Rady DIL nadano nam wreszcie porządną gazetową nazwę "Remedium", z pozostawieniem oczywiście w podtytule zwrotu "Biuletyn DIL". Dołożymy wszelkich sił, aby być dobrym remedium na wiele spraw i problemów.

Na ostatnim posiedzeniu Prezydium jeden z dyrektorów szpitali podniósł kwestię zamykania oddziałów bądź całych szpitali bez wcześniejszego uzgodnienia tego z sąsiednimi ośrodkami i oczywiście bez przekazywania funduszy na leczenie rejonowe "swoich" pacjentów ościennym jednostkom. Zamykane są okresowo szpitale różnych województw i resortów, często jedynie w swej specjalności na cały region, na miesiąc, dwa lub trzy. Jako przyczynę podaje się remonty skądinąd również bardzo potrzebne. Zgodnie z przydzielonym budżetem, najlepiej byłoby zamknąć większość szpitali na 6-9 miesięcy w roku. Oby jednak to zamykanie nie stało się zakaźną chorobą naszego lecznictwa, nomen omen, zamkniętego.

Następną wymienioną na tym posiedzeniu zmartwienie było wykonywanie przez szpitale, tylko za opłatą, części wysokospecjalistycznych usług diagnostycznych (czy to w ramach wpłat na rozmaite fundacje czy to drogą "dobrowolnych" cegiełek). Wystawione faktury i rachunki krążą między jednostkami służby zdrowia, a cierpi pacjent najczęściej, emeryt lub bezrobotny.

Chciałem wspomnieć też o budującej sprawie, a mianowicie o ułamku działania socjalnego naszej poczciwej izby. Otóż wszyscy członkowie prezydium głosowali za przyznaniem zapomogi koledze poszkodowanemu w ciężkim wypadku drogowym, który z dnia na dzień znalazł się niemal bez środków do utrzymania swojej rodziny. A przecież zgodnie z obowiązującymi, ściśle przestrzeganymi przepisami moje pismo, jako przewodniczącego koła winno, być wprawdzie ocenione i zakwalifikowane przez Komisję Socjalną DIL i dopiero potem rozpatrzone przy udziale Komisji Finansowej ma kolejnym Prezydium. Komisja ta jednak zbiera się dopiero w połowie września, a pieniądze potrzebne były już dziś. Chwała prezydium za tę jedynomyślność.

Ostatnio doszły mi nowe społeczne obowiązki bowiem moje kontakty z onkologią, które rozpocząłem w 1974 roku broniąc pracy doktorskiej z zakresu onkologii doświadczałnej, poprzez wieloletnią pracę w Dolnośląskim Centrum Onkologicznym, zostały ukoronowane w zeszłą środę wyborem na przewodniczącego Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Przejrzałem jednak tylko dokumenty z pieczęcią i w sierpniu wreszcie wyjeżdżam na urlop. Jadę, jak co roku, do Boszkowa. Tam zawsze znajduje warunki by wystopować i znaleźć czas na spotkanie na luzie z samym sobą. No a we wrześniu znowu coś napiszę.

Od mniej więcej roku pojawiają się publikacje, mówiące o tym, że ordynatorsko-profesorskie lobby uniemożliwia reformę ochrony zdrowia, że obecna struktura oddziałów szpitalnych, w domyśle i klinik, jest anachroniczna, a stanowisko ordynatora to wymarzone miejsce dla osiągnięcia wielkich, choć nienależnych, korzyści materialnych.

Różnie są one wyceniane. Pan Włodzimierz Sokołowski ("Gazeta Lekarska" nr 10/93) twierdzi, że ordynator zarabia 20-30 razy tyle co jego asystenci, czyli lekką ręką 100-150 milionów złotych. Inny z panów, Leszek Czupryniak ("Czas" z 26.03.1994 r. - przedruk "Biuletyn DIL" nr 4 (47) 1994 r.), wycenia zarobki ordynatora na 5 mln zł za przyjęcie pacjenta, 5 za operację - razem 10 mln zł od łóżka. No, a ile taki lekarz może przyjmować pacjentów - 10-15-20 w miesiącu? Wprawdzie nie ma dymu bez ognia, ale każda plotka powtarzana z ust do ust nie przypomina często wcale rzeczywistego zdarzenia. A jeśli opowiadacz popuści wodze fantazji, to jest mowa o horendalnych zarobkach i innych niegodziwościach ordynatorów. Zawsze takie opowiadania budzą zainteresowanie publiczności i zawiść młodszych kolegów. A jak to się ma do rzeczywistości? Często to brzmi jak przysłowiowa bajka o żelaznym wilku, a mnie przypomina pewne autentyczne zdarzenie, którego bohaterem był mój asystent. Pozwolę sobie to zrelacjonować w wersji oryginalnej, za co z góry, bardziej wrażliwych czytelników, przepraszam.

Rzecz miała miejsce we wczesnych latach osiemdziesiątych; ów kolega stał w kolejce po mięso i przysłuchiwał się rozmowom, jakimi stojąca publiczność skraçała sobie czas oczekiwania na kupno mięsa. Stojąca, kilka osób przed bohaterem tego zdarzenia, pani głośno, rzec by można z błyskiem w oku, relacjonowała sensacyjne zdarzenie innej pani, a grono słuchaczy było znacznie szersze, bo nie mówiła szeptem:

- Bo wie pani na tej ortopedii urazowej w szpitalu to biorą łapówki, a żaden doktor nie tknie się pacjenta bez pieniędzy. A i pielęgniarki też nie lepsze.

- No to - zapytał ów doktor - pani dawała?

- Nie.

- A skąd pani wie?

- Wszyscy tak mówią.

- A wie pani, co mówią o pani?

- Nie.

- Że się pani co dzień p.....dozorczą za śmietnikiem.

Tego zająca kobieta nie zdzierzyła i opuściła kolejkę, mimo że do lady wypuściła ją tylko trzy czy cztery osoby.

Wokół medycyny, lub szerzej ochrony zdrowia, powstaje wiele mitów i plotek. Zresztą przyczyną niedysyjszej sensacji w Lubinie stały się przeszklone drzwi na bloku operacyjnym. Nasze miasto obiegła plotka o lekarzach biegających nago po bloku. Spowodowało to interwencję Komitetu Miejskiego PZPR, gdzie trzeba było tłumaczyć, że chirurg do operacji musi się przebrać. Drzwi zamalowano i w ten sposób sprawę ucięto.

Tego typu sensacje są nie do uniknięcia. Dla postronnych, w medycynie jest wiele tajemniczości. Tylko nie jest dobrze, gdy bu-

duje się programy reformy ochrony zdrowia na podstawie powierzonych wiadomości, własnych niepowodzeń życiowych, frustracji

No i co zrobić

prof.dr hab. Janusz Bielawski, ordynator

i chęci "dołożenia" lekarzom.

W szóstym numerze "Gazety Lekarskiej" z 1993 r. został zamieszczony, w miarę rzeczowy, artykuł doktora Kazimierza Maya pod tytułem *Czy potrzebne jest stanowisko ordynatora*, który postrzega zjawiska związane z ordynaturą w sposób następujący: "Posiadanie 'własnego' oddziałowego sprzętu jest często ambicją prowadzącą do różnych dziwołagów, np. jakaś pracownia, drogi sprzęt lub OIOM

konkurenci tylko w jednym wypadku (pani doktor miała drugi stopień), w pozostałych trzech sytuacjach jedynie ja byłem z drugim stopniem, niemniej przypadłem z kretelem. W wieku lat 35 miałem perspektywę pracy jako lekarz lecznictwa otwartego".

Autor tego listu nie dopuszcza do siebie myśli, że może się nie nadawał na stanowisko ordynatora. Myślę, że tak rzeczywiście było, bo w innym miejscu tego listu

Nasze miasto obiegła plotka o lekarzach biegających nago po bloku. Spowodowało to interwencję Komitetu Miejskiego PZPR, gdzie trzeba było tłumaczyć, że chirurg do operacji musi się przebrać. Drzwi zamalowano i w ten sposób sprawę ucięto.

oddzielny dla danego oddziału i oddzielny dla "reszty" szpitala. Niczym nadzwyczajnym jest "profilowanie" jakiegoś oddziału "pod" jego ordynatora wbrew jakiegokolwiek logice. Ordynator jest pełnym feudałem na swoim "terenie". To dzięki temu zniknęła instytucja konsyliów medycznych, np. na prośbę rodziny pacjenta i przez niego płatnych. Ordynator decyduje o tym, czy asystent jest dostatecznie nauczony (czasem to trzeba czytać jako "grzeczny"), aby się specjalizować i odbywać przypisane staże."

Jeżeli przeczyta się cały artykuł, to staje się jasne, dlaczego określiłem tę publikację jako w miarę rzeczową. Przedstawia bowiem tylko same negatywy, co ma podbudować tezę o konieczności wprowadzenia systemu opartego na funkcji konsultanta tak, jak to ma miejsce w krajach anglosaskich.

List pana Włodzimierza Sokołowskiego zamieszczony w 10 numerze "Gazety Lekarskiej" z 1993 r. świadczy dobitnie o tym, że każ-

pisze:

"Dobry ordynator" hołubi miernoty i lizusów, aktywnie hamuje rozwój innych przebojowych i ambitnych uczniów i pomocników.

Jak inaczej wytłumaczyć sytuację, w której profesor interny, kierownik 60-łóżkowego oddziału codziennie wizytuje cały oddział, nie pozwalając żadnemu pacjentowi zapomnieć, kto jest tym pierwszym, najważniejszym udrówicielem. Kim jest ten, któremu należy się wdzięczność?"

Jeżeli ktoś ma takie wyobrażenie o ordynaturze, zapewne tak postępowałby po uzyskaniu tego stanowiska. Tylko taki ordynator, który nie nadaje się do kierowania zespołem, mierny zawodowo, w każdym zdolnym, młodym lekarzu będzie upatrywał konkurencję. Sądzę, że dobrze się stało, że pan Sokołowski tym ordynatorem nie został.

Tutaj należy zadać sobie pytanie: czy każdy lekarz może i powinien się specjalizować? Czy każdy specjalista może zostać ordynato-

rem?

To pytanie z całą ostrożnością należy postawić w specjalnościach zabiegowych. Bo okazuje się, że taki uzyskuje stosowne stopnie specjalizacji, robi doktorat, niejednokrotnie habilituje się, który ma dwie lewe ręce. Czy w takim wypadku negatywny wynik konkursu to znowa lub wynik układów, czy obiektywna ocena?

Przy starcie do specjalizacji opinia ordynatora: "pani - pan nie nadaje się do tego, aby zostać specjalistą" jest zazwyczaj odbierana przez zainteresowanego jako szykany. Tłumaczy sobie - "stary m-

nie nie lubi, a jestem taki(a) wspólniały (a).", bądź uznaje, że, jak to określa dr May, był niegrzeczny i teraz ponosi konsekwencje. Jakoś rzadko człowiek dopuszcza do siebie myśli, że może się do czegoś nie nadawać, że czegoś nie potrafi. Błędem jest rozumowanie, iż każda krytyczna uwaga w stosunku do asystenta to przejaw szykan bądź tępienie zaledwie kiełkującej konkurencji. Choć szykany zdarzają się. Sam ich zresztą w młodości doświadczyłem.

Wydaje mi się, że należy powtórzyć pytanie, czy stanowisko ordynatora jest potrzebne?

Zanim odpowiem na to pytanie - dwie refleksje.

Przed laty w naszym szpitalu został ordynatorem oddziału ginekologiczno-położniczego dr B., na całe szczęście na krótko. Wówczas oddział zaczął funkcjonować na zasadzie karykatury systemu anglosaskiego, tak chwalonego przez doktora Maya, że nie wspomnę o panu Sokołowskim. Każdy z asystentów

pilnował swojej pacjentki, zwiększyła się śmiertelność noworodków, co pięknie tłumaczono tym, że trzy piętra niżej jest zlokalizowany oddział septyczny na ortopedii. Zaczęło się zapraszanie chirurgów do powikłań śródoperacyjnych - sam o drugiej w nocy szylem ucięty moczowód i rozrywany pęcherz.

Zmienił się ordynator i jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki skończyły się wezwania do pomocy w zakończeniu operacji, a i lokalizacja septycznego oddziału na ortopedii jakoś przestała wpływać na śmiertelność noworodków.

Jak sądzę, potrzebna jest koordynacja działalności lekarzy w oddziale, co skutecznie pozwala eliminować sytuacje, w których mogłoby dojść do zaniechań, fatalnie odbijających się na losie pacjenta. A czy taki lekarz będzie nazywany ordynatorem czy konsultantem, pacjenta to zupełnie nie obchodzi.

A tak a propos - funkcjonowanie ochrony zdrowia, jak to wynika z doniesień prasowych zarówno w

Wielkiej Brytanii, jak i Stanach Zjednoczonych, jest obecnie poddawane krytyce, a w prace nad reformą ochrony zdrowia w USA zaangażowała się pani Hilary Clinton, żona prezydenta. Tak więc ostrożnie z tym zalecaniem bezkrytycznego wprowadzenia systemu szpitalnictwa funkcjonującego w krajach anglosaskich.

Często punkt widzenia zależy od punktu siedzenia.

Wielu asystentów zostając ordynatorami postrzega zachowania lekarzy, swoich współpracowników, w zupełnie innym świetle. Kiedy jeden z moich byłych asystentów, podówczas człowiek rozrywkowy, został or-

stanowiska ordynatora.

Cytowany przeze mnie dr May pisał o patologicznych zachowaniach ordynatorów nie wysłał tego z palca. Natomiast nie mogę się zgodzić z wnioskiem, że zniesienie tego stanowiska załatwia sprawę. O tym, jak jest spełniana każda funkcja lub, jeśli ktoś chciałby powiedzieć, powołanie, decyduje człowiek - jego postawa moralna i kompetencje zawodowe. Uważam, że przy właściwym wyborze człowieka, ordynatura nie jest anachronizmem.

I w tym miejscu dochodzimy do trybu powoływania na to stanowisko. Funkcjonujące obecnie rozporządze-

zaskakujące rozstrzygnięcia konkursów, gdzie kwalifikacje zawodowe kandydatów nie odegrały istotnej roli, a o wyborze zdecydowały takie czy inne układy. Zresztą rozstrzygnięcie konkursu, jeśli dobrze pamiętam, w Bielawie było przyczyną burzliwej dyskusji na posiedzeniu Rady Lekarskiej DIL.

Sądzę, że oprócz opinii z poprzedniego miejsca pracy, kandydat powinien przedłożyć opinię miejscowego koła izby lekarskiej, a przewodniczący ustalić skład komisji konkursowej dopiero po zapoznaniu się z całością dokumentacji, przedłożonej przez kandy-

tologom w funkcjonowaniu oddziałów szpitalnych. Konsultant regionalny powinien mieć uprawnienia do wnioskowania o odwołanie ordynatora wyłącznie z przyczyn merytorycznych, tj. popełnienia rażących błędów fachowych, bądź to z powodów niedoświadczenia za postępem wiedzy medycznej, bądź powodów wynikających z zaniedbań, nazwijmy to organizacyjnych. Nie powinno mieć miejsca wnioskowanie o odwołanie ordynatora np. z powodu niechodzenia do kościoła. Specjalista wojewódzki i regionalny z urzędu powinien zasiadać w komisjach konkursowych na stanowisko ordynatora.

wisku lekarskim, to on miał decydować głos w sprawach obsadzania stanowisk. Jak sądzę, wobec nieprzydatności takiego rozwiązania, stanowisko to zostało zlikwidowane w 1957 r. Dziwię się tylko, że pan Czapryniak, jak sądzę prawnicowiec, w swoich dywagacjach na temat środowiska lekarskiego i ochrony zdrowia rozumuje tak, jak nie najwyższego lotu sekretarz powiatowy za czasów stalinizmu.

Jakby zapominając o tym, że podmiotem reformy służby zdrowia jest pacjent, różni sfrustrowani lekarze podają recepty na to, w jaki sposób tę ochronę zdrowia zreformować, aby

Z tą ordynaturą?

dynatorem, zwierzył się - "mam kłopot - mój asystent pije". Dopóki nie odpowiadał za zespół, była to co najwyżej okazja do żartów.

W moim przekonaniu, dobrego ordynatora powinny cechować nie tylko wysokie kwalifikacje zawodowe, lecz także odpowiedzialność za młodszych, mniej doświadczonych kolegów, a zwłaszcza za pacjentów powierzonych ich pieczy. Ma on obowiązek inspirowania pogłębiania wiedzy przez asystentów, nie zaniedbując jednocześnie samemu śledzenia nowości w swojej specjalności. Powinien w sposób racjonalny analizować własne niepowodzenia. We właściwym podejściu do własnych błędów, bez tłumaczenia ich zrządzeniem losu, brakiem wyposażenia itp. tkwi załóżek sukcesu. Kiedy bowiem uświadomi się sobie, co było rzeczywistą przyczyną niepowodzenia, uniknie się go przy następnej okazji.

Stanowisko ordynatora nie może stanowić tarczy, za którą chowa się nieuctwo, buta i paractwo zawodowe. Wielokrotnie zdarzało mi się spotykać ordynatorów, którzy uważali, że tylko oni potrafią wykonać coś dobrze - zlecić lek, założyć gips itp. I tak na przykład asystent przyjmuje pacjenta, reponuje złamanie, zakłada gips, a rano pan prymariusz każe go zdjąć i zakłada ponownie sam - nie dlatego, że istnieje taka potrzeba, lecz dlatego, że on to zrobi lepiej! Takie postawy dyskwalifikują lekarza do

nie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie rodzaju stanowisk w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, których obsadzanie następuje w drodze konkursu oraz trybu przeprowadzania konkursu (Dz.Ustaw Nr 22 poz.96 z 1992 r.), stwarza zbyt wiele miejsca dla dowolności - choćby przez udział licznych związków zawodowych, działających w zakładzie. Możliwość oceny merytorycznej kwalifikacji kandydata w zasadzie mają: przewodniczący komisji, przedstawiciel towarzystwa naukowego, dwaj specjaliści z danej dziedziny - wyznaczeni przez właściwą,

datów i zażądaniu ewentualnego jej uzupełnienia. Przeciwnie to niewątpliwie procedury ale, jak mam nadzieję, ograniczy pole wszelkim manipulacjom. Desygnowania na przewodniczącego komisji konkursowej rada lekarska okręgowej izby lekarskiej powinna dokonywać z rozważą, a nie, jak to się niekiedy zdarza, z "łapanek".

Jestem przekonany, że wiele negatywnych zjawisk związanych z ordynaturą może zlikwidować nadzór specjalistyczny.

Obecnie nadzór specjalistyczny praktycznie nie istnieje. Ostatnio

Uważam, że ordynatura nie może być dożywna. Po ustalonym ustawowo okresie czasu powinna się odbywać renowacja. O ponownym mianowaniu winny również decydować przesłanki merytoryczne, a nie to, że ordynator jest układny w stosunku do dyrekcji, konsultanta wojewódzkiego itp. Nie powinno mieć miejsca odwołanie, gdy zarzuty są pozamerytoryczne.

I na koniec należałoby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieje lobby ordynatorsko-profesorskie? Jakoś nie zdarzyło mi się słyszeć o tym, ani tym bardziej uczestniczyć w zebraniu, gdzie starsi panowie i panie zawiązałyby spisek stwierdzając: no to, kurcze, blokujemy reformę służby zdrowia! Każde kłamstwo dostatecznie długo powtarzane, zgodnie z receptą Goebelsa, staje się prawdą i dlatego może niektórzy wierzą w istnienie tego lobby. Środowisko lekarskie jest postrzegane jako hermetyczne i niezwykle solidarne, co ma służyć, zdaniem pana Czapryniaka, "ukrywaniu błędów, a nawet przestępstw popełnianych przez lekarzy".

Tak samo rozumowano za czasów wczesnego PRL-u. Komuna doszła do wniosku, że trzeba coś z tym zamkniętym środowiskiem lekarskim zrobić i stworzyła stanowisko wicedyrektora szpitala, na którym zasiadał nie lekarz, a zaufany człowiek, najczęściej o niepełnym podstawowym wykształceniu. Nie pamiętam, jaki był pełny tytuł tego wice, ale było to coś na kształt oficera politycznego w wojsku. To on kształtował opinię o środo-

bez żadnego wysiłku napędziło im to do kieszeni pieniędzy, ujmując tym, którzy ich zdaniem, zarabiają więcej. Również nie-lekarze w oparciu o swoje wyobrażenia o funkcjonowaniu ochrony zdrowia, snute na miarę posiadanego intelektu, chcieliby przeprowadzić reformy zgodnie z własnym wyobrażeniem, bez oglądania się na skutki. A najlepszy jest w tym reformowaniu pan Czapryniak, który w swoim artykule oprócz innych, wzajemnie wykluczających się stwierdzeń, uważa że: "wyleczyć służbę zdrowia nie można bez silnego poparcia społecznego, gdyż terapia byłaby prowadzona wbrew woli lekarzy i całego środowiska. Mógłby tego dokonać jedynie inteligentny i sprytny rząd prawicowy, w którym ministrem zdrowia nie byłby doktor. Inicjując powstanie ubezpieczalni społecznych z prawdziwego zdarzenia, mógłby on radykalnie uzdrowić lecznictwo polskie w ciągu - nie przesadzam pół roku." Faktycznie, sprytny prawicowy rząd sam by się wyleczył, jak niegdysiejszy rząd sam się wyżywił.

Eksperymenty z zarządzaniem ochroną zdrowia przez nie-lekarzy już były na szczelbu wojewódzkim we Wrocławiu. Wszyscy wiemy, jak owocne było to zarządzanie. Ale kontynuując myśl pana Czapryniaka chciałoby się zakrzyknąć: Cebrał na ministra zdrowia! Tylko na szczęście Polska jeszcze nie rządzi inteligentny i sprytny rząd prawicowy.

I tym optymistycznym akcentem kończę przydługie wywody, czy ordynatura jest potrzebna.

Komuna doszła do wniosku, że trzeba coś z tym zamkniętym środowiskiem lekarskim zrobić i stworzyła stanowisko wicedyrektora szpitala, na którym zasiadał nie lekarz, a zaufany człowiek, najczęściej o niepełnym podstawowym wykształceniu.

okręgową radę lekarską. Jeżeli uzna się, że podstawą do wyboru na stanowisko ordynatora są jego kwalifikacje zawodowe, to taki skład komisji konkursowej sprzyja dziwnym zjawiskom. Znam z opowiadań różne

"Gazeta Lekarska" doniosła, że resort próbuje go zrekonstruować. Tym niemniej uważam, że posiadający właściwe umocowania prawne konsultant wojewódzki czy regionalny, mógłby przeciwdziałać wielu pa-

Co drugi lekarz radnym

VIII Zjazd Dolnośląskiej Izby Lekarskiej podjął uchwałę o jak najszerszym włączeniu się lekarzy w kampanię wyborczą do samorządów terytorialnych, przeznaczając na ten cel kwotę 250 mln zł, z której wykorzystano 205.382.000 zł.

Organizacją kampanii wyborczej zajęła się Komisja Reformy i Współpracy z Samorządem Terytorialnym DRL. Na posiedzeniu komisji ustalono, że za przyznane pieniądze zostaną wydrukowane afisze i ulotki dla tych kandydatów na radnych, którzy będą

mieli poparcie koła terenowego DIL. Spełniających powyższy warunek było 143 lekarzy, natomiast w wyborach wzięło udział 207 lekarzy, w tym 69 z województwa legnickiego, 33 - jeleniogórskiego, 42 - wrocławskiego i 58 - wałbrzyskiego.

Do rad miejskich i gminnych zostało wybranych 117 lekarzy: 20 z województwa wrocławskiego, 40 - wałbrzyskiego, 30 - jeleniogórskiego i 27 - legnickiego.

Radnymi zostało 112 lekarzy medycyny i 5 lekarzy stomatologii, w

tym 3 delegatów na Zjazd Krajowy Lekarzy, 1 członek Naczelnej Rady Lekarskiej, 13 delegatów na Zjazd Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w tym 3 członków Rady DIL.

Wybór 117 lekarzy na radnych do samorządów terytorialnych jest niewątpliwym sukcesem. Liczymy, że lekarze będą mieli wreszcie wpływ na politykę zdrowotną w lokalnych samorządach.

Ryszard Łopuch, przewodniczący Komisji Płacy i Warunków Pracy DRL.

Pragnę złożyć wyrazy wdzięczności za zaufanie oraz okazaną mi pomoc przed i w trakcie kampanii wyborczej ze strony Prezydium, a także wszystkich członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

W obecnej Radzie Miejskiej będę wspólnie z pozostałymi kolegami reprezentował interesy środowiska lekarskiego oraz pacjentów.

Oczekuję na pomoc we wskazywaniu mi najbardziej istotnych problemów zaistniałych w mieście i województwie, oraz propozycje ich rozwiązań.

dr n. med. Witold Kowalewski
lekarz wojewódzki we Wrocławiu

Sprostowania

Serdecznie przepraszamy pana dra hab. Krzysztofa Wronieckiego za to, że jego nazwisko pominięto w wykazie osób, które uzyskały stopień naukowy doktora habilitowanego ("Biuletyn", nr 5/48/)

Redakcja

Serdecznie przepraszamy pana Alfreda Warszawskiego za niepoprawne podanie jego nazwiska w czerwcowym "Biuletynie" (nr 6/49/).

Redakcja

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

16 czerwca

W posiedzeniu wziął udział zaproszony przez Prezydium Michał Gruszecki - kandydat na specjalistę wojewódzkiego ds. pediatrii i medycyny szkolnej (województwo wrocławskie). Dr Gruszecki przedstawił program, jaki chciałby realizować jako specjalista wojewódzki. Następnie odpowiadał na pytania członków Prezydium. W głosowaniu zebrani zdecydowali, że Dolnośląska Izba Lekarska udzieli kandydaturze dra Gruszeckiego poparcia.

Kol. Andrzej Niedziółka przedstawił wniosek Koła DIL przy Dolnośląskim Centrum Onkologii o przyznanie 25 mln zł na zakup kserokopiarki. W dyskusji, jaka następnie wywiązała się zwracano uwagę, że decyzje finansowe dotyczące kwot powyżej 20 mln zł podejmuje Rada DIL a nie Prezydium DRL. Wątpliwości wzbudziło przeznaczenie żądanej kwoty - twierdzono, że za 25 mln zł nie można kupić kserokopiarki, utrzymanie i konserwacja urządzenia będą wymagały stałych nakładów, członkowie koła mogliby korzystać z kserokopiarek znajdujących się w siedzibie DIL. Ostatecznie przekazano rozpatrzenie sprawy Radzie DIL.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 3 mln zł.
2. Podjęto stanowisko w sprawie kandydatury mgra W. Grzesiaka na dyrektora Wydziału Zdrowia UW we Wrocławiu.

23 czerwca

Sprawozdanie z posiedzeń Naczelnej Rady Lekarskiej i Prezydium NRL przedstawił kol. W. Bednorz: Ponownie rozdzielono fundusze przekazane przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej jako zwrot kosztów wykonywania przez samorząd lekarski zadań przejętych od administracji państwowej w 1993 roku. Poprzedni podział według liczby członków okręgowych izb lekarskich a nie rzeczywistych kosztów wykonywania ww. zadań został zakwestionowany przez Najwyższą Izbę Kontroli. W wyniku nowego podziału Dolnośląska Izba Lekarska otrzyma 1,4 mld zł (o około 0,5 mld zł więcej niż przy pierwszym podziale).

Kol. Ryszard Łopuch przedstawił wstępne wyniki wyborów samorządowych. We Wrocławiu lekarze odnieśli sukces; pięć osób zostało wybranych do Rady Miejskiej, wyniki w pozostałych gminach Dolnego Śląska będą znane najpóźniej 30 czerwca. Kol. W. Bednorz przekazał podziękowania p. dyrektor D. Jarosz oraz paniom-pracownicom sekretariatu biura DIL za duży wkład pracy w przygotowania kampanii wyborczej prowadzonej przez DIL.

Zaproponowano po raz kolejny, aby na wrześniowe (8.09.) posiedzenie Rady DIL zaprosić wszystkich lekarzy-radyńskich.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Podjęto uchwałę o wystosowaniu pisma do wojewody wrocławskiego w sprawie oddziału ginekologiczno-położniowego w szpitalu na Brochowie we Wrocławiu.
2. Wybrano skład komisji wyborczej, która przeprowadzi wybory do zarządu koła terenowego DIL w ZOZ Wrocław Zawidawie I,II,III.

30 czerwca

Specjalne posiedzenie Rady DIL poświęcono ocenie działalności finansowej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w pierwszym półroczu 1994 roku.

Kol. Andrzej Szmid, skarbnik DRL, przedstawił sprawozdanie finansowe z działalności DIL w okresie 1.01.-31.05. 1994 r.

Kol. Joanna Kostrzevska, wiceprzewodnicząca Komisji Rewizyjnej odczytała sprawozdanie KR oraz przedstawiła propozycję wypracowania jednolitego schematu sprawozdań finansowych, do czego mógłby posłużyć odpowiedni program komputerowy. Przedstawiony schemat sprawozdania finansowego został w głosowaniu przyjęty.

W dyskusji, jaka następnie wywiązała się, poruszono problemy: podziału funduszy bezosobowego i osobowego, przekroczeń przyznanych limitów na komputeryzację biura DIL, spotkanie lekarek dolnośląskich i niemieckich.

Wyjaśniono, że niezbędne okazało się poszerzenie pojemności serwera oraz komputerów - stacji roboczych w sieci komputerowej biura DIL. Nieścisłości w pozostałych punktach wynikają z błędnych przewidywań przy ustalaniu preliiminarza. Zrezygnowano ze współpracy z izbą aptekarską w prowadzeniu klubu DIL, pracę w bufecie i klubie podjęła zatrudniona przez DIL osoba. Wyższe niż planowano, okazały się podwyżki składek na ZUS, opłat pocztowych i rozmów telefonicznych.

Zebrani zadali pytania o wartość majątku trwałego Izby, wielkość wkładów oprocentowanych, nazwy banków, w któ-

ciąg dalszy na str. 5

Z ŻYCIA AKADEMII

Studia doktoranckie

Po raz kolejny przeprowadzono postępowanie kwalifikacyjne na studia doktoranckie we Wrocławskiej Akademii Medycznej. O 26 miejsc ubiegało się 68 kandydatów. Po sprawdzianie z języka obcego do komisijnego kolokwium z wybranej dyscypliny przystąpiło 45 osób. O przyjęciu na studia decydowała ilość zdobytych punktów. Na ich sumę składała się ocena średnia, uzyskana w okresie studiów pomnożona przez 3, wyników sprawdzianu z języka obcego (2-6 pkt.) oraz ocena uzyskana w czasie sprawdzianu z przedmiotu (2-6 pkt.). Dodatkowe punkty można było uzyskać za nagrody Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, nagrody JM Rektora, za przynależność do Studenckiego Koła Naukowego lub wolontariatu, za prace wygłoszone w czasie studenckich konferencji kół naukowych, za opublikowane streszczenia lub prace naukowe.

Punkty dodatkowe otrzymywali również kandydaci, którzy odbyli wakacyjne praktyki zagraniczne, praktyki w ramach programu TEMPUS, za minimum 3 miesięczny zagraniczny staż podyplomowy oraz za ukończenie drugiego fakultetu. Suma uzyskanych punktów decydowała o miejscu na liście.

Jak każdy system kwalifikacji tak i ten miał swoje zalety i wady. Niewątpliwą zaletą przyjętej punktacji było to, że charakteryzował on wielostronnie kandydata, preferował tych, którzy osiągnęli bardzo dobre i dobre wyniki w okresie studiów oraz wykazywali zainteresowania pracą naukową przed przystąpieniem do kwalifikacji. Nie eliminował bardzo dobrych kandydatów ubiegających się o miejsce do tej samej jednostki organizacyjnej AM (np. do Katedry i Kliniki Endokrynologii zostały przyjęte 3 osoby). Ten sposób kwalifikacji będzie w przyszłości doskonalony.

Leszek Paradowski

Dziedzinat Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego oraz Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłaszają terminy egzaminów kwalifikacyjnych na:

I Pierwszy rok 3-letniego cyklu kształcenia podyplomowego lekarzy medycyny rodzinnej.

Termin egzaminu: 23 września 1994 r. (godz. 8.00 - test, godz. 10.30 - rozmowa kwalifikacyjna).

Miejsce egzaminu: Sala wykładowa Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej, ul. R. Traugutta 57/59 (parter).

II Sześciomiesięczny "skrócony" tryb kształcenia podyplomowego (na zasadzie oddelegowania) lekarza medycyny rodzinnej dla lekarzy posiadających II stopień specjalizacji z chorób wewnętrznych lub pediatrii.

Termin egzaminu - 23 września 1994 r. (godz. 13.00 - test, 14.30 - rozmowa kwalifikacyjna).

Miejsce egzaminu: Sala wykładowa Katedry i Kliniki Nefrologii Akademii Medycznej, ul. Traugutta 57/59 (parter)

Termin składania podań z deklaracją chęci rozpoczęcia danego toku kształcenia upływa 10 września 1994 roku.

Podania prosimy kierować na adres: Dziedzinat Wydziału Lekarskiego Kształcenia Podyplomowego, ul. Mikulicza-Radeckiego 5, Wrocław tel. 22-56-60.

Do podania należy dołączyć:

- życiorys oraz 3 zdjęcia
- odpis dyplomu ukończenia Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej,
- kopię zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza
- opis dotychczasowego przebiegu pracy zawodowej
- zaświadczenie o uzyskaniu specjalizacji
- oddelegowanie z zakładu pracy na 6-miesięczne szkolenie (dwa ostatnie punkty tylko dla skróconego trybu kształcenia)



W czasie wakacji-szkolenia

Na początku bieżącego roku we Frankfurcie nad Menem odbyła się tzw. Konferencja Komunikacji Europejskiej.

Wtedy właśnie Zakład Radiologii AM we Wrocławiu został włączony do programu

Wrocław - Berlin. Szef wrocławskiej Katedry Radiologii, profesor Roman Marciniak ma nadzieję rozszerzyć go wkrótce o Lubeckę. Za pośrednictwem satelity telekomunikacyjnego Kopernicus II zespół lekarzy z Berlina i Wrocławia może przeprowadzać bezpośrednie konsultacje skomplikowanych przypadków, przysyłać rentgenogramy wraz z bazą danych, dzielić się materiałem naukowym. Kompletne urządzenie do prowadzenia przekazów telewizyjnych ufundowała firma Telecom z Bonn.

3 lutego łącznie zadziałało po raz pierwszy. Prof. Marciniak skonsultował wówczas z prof. Felixem z Berlina przypadek pacjenta z nieoperacyjnym, pierwotnym guzem wątroby. Opierając się na doświadczeniach berlińskich klinicystów ustalono schemat leczenia chorego.

W okresie urlopowym, w lipcu i sierpniu połączenie satelitarne wykorzystywane jest do celów szkoleniowych. 13 lipca np. zespół berliński przesłał do Wrocławia swój materiał badawczy, dotyczący grupy chorób centralnego układu nerwowego, dokładnie nowotworów tzw. kąta mostowo-mózdkowego.

Guzy tej okolicy wielkości kilku milimetrów są widoczne jedynie w obrazowaniu metodą jądrowego rezonansu magnetycznego, którego wrocławska klinika jeszcze nie posiada.

(k.p.)

Dziękuję delegaturze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej w Jeleniej Górze za stałą opiekę i pomoc dla ciężko chorego męża, dra nauk medycznych Mariana Narębskiego.

OPINIETPOLEMIKI

Wprowadzamy nową rubrykę, w której przewodniczący kół przedstawiają swoje poglądy, zdania, opinie dotyczące działalności samorządu lekarskiego, Rady DIL, kół terenowych.

Udzielimy również głosu tym wszystkim, którzy będą chcieli ustosunkować się do prezentowanych wypowiedzi lub zadać pytania wskazanym przewodniczącym.

Redakcja

Powołać zespół lekarzy - "adwokatów"

Andrzej Lipiński, przewodniczący Koła DIL przy ZOZ Legnica

Środowisko legnickie jest bardzo zdeintegrowane. Próbowaliśmy i będę nadal próbował nakłonić kolegów do kontaktów, zarówno o charakterze naukowym jak i spotkań towarzyskich, które sprzyjały powstawaniu bliższych więzi.

Przymierzaliśmy się np. do zorganizowania jesienią tego roku dyskusji na temat etyki, wartości etycznych potrzebnych medycynie. Ale prawdopodobnie trzeba to będzie odłożyć, bo referentce (wykładowcy etyki), którą chciałbym zaprosić nie odpowiada ten termin.

Wydawało mi się, że łatwiej będzie rozpocząć integrację środowiska od grup specjalistów. Jestem ginekologiem, postanowiłem więc skrzyknąć lekarzy ginekologów, którzy deklarowali swoje chęci i wykazali zainteresowanie takimi spotkaniami. Proponowałem również podobną rzecz pediatrom i internistom - spotkałem się jednak z obojętnością.

Na pewno wiele czynników złożyło się na ten wewnętrzny brak spójności: warunki ekonomiczne zmuszające lekarzy do nadmiernej pracy i poszukiwania pieniędzy, nie zawsze zgodnie z umową o pracę (w sensie wypracowywanych godzin), podziały polityczne, wreszcie zanik autorytetów, zniszczenie układu nauczyciel - uczeń przez zinstytucjonalizowanie toku uzyskiwania stopni specjalizacyjnych.

Wszystko to rzutuje na pewną niechęć do działalności i pogodzenie się lub nie z faktem:

"zapisali mnie, to muszę płacić składki".

Jeżeli jednak środowisko ma mieć samorząd, organizacja ta powinna być przymusowa. W innym przypadku musielibyśmy z naszej struktury wyrzucić sąd lekarski.

Należałoby wówczas stworzyć dwa odrębne elementy: element pracodawcy, który dając nam pracę, strzeże interesów pacjenta i element pracobiorcy, tzn. my, lekarze, zrzeszeni na zasadzie dobrowolności wyodrębniamy ze swego grona "adwokatów", stających w obronie kolegów.

Nie wiem, czy taka sytuacja nie byłaby korzystniejsza. W medycynie nie jest przecież tak, że jeżeli mamy do czynienia z negatywnym skutkiem: śmiercią lub kalectwem, musi znaleźć się winny. Może się to zdarzyć pomimo naszego prawidłowego postępowania. W medycynie, czy nam się to podoba czy nie, istnieje element nieszczęśliwego wypadku. Mając więc jedynie skutek, nie powinno się domniemywać o winie lekarza i orzekać jej.

Obecnie, ponieważ mam doświadczenie z lat pracy w OKKZ, wielu kolegów, na których złożono skargę, zwraca się do mnie z prośbą o konsultację i ustalenie, nazwijmy to "linii obrony".

Zastanawiałem się więc, czy na jednym z posiedzeń Rady DIL nie wystąpić z inicjatywą powołania zespołu "adwokatów".

W tej chwili lekarz stojący przed sądem lekarskim skazany jest na samego

siebie albo prosi kogoś z kolegów, by pomógł mu w obronie. Nie wiem, czy nie byłoby celowe, gdyby podczas rozpraw oprócz składu sędziowskiego występowało obowiązkowo dwóch przedstawicieli prawa: oskarżyciel i obrońca. Mógłby to być nawet obrońca z urzędu.

Wiemy, że kodeks nie jest precyzyjny, nie określa ściśle, co stanowi błąd w sztuce, co zaniedbanie, zaniechanie i z jaką wiąże się te przewinienia odpowiedzialnością.

Dążyć do większej

wspólnoty interesów

Stanisław Cieśliski, przewodniczący Koła DIL przy Szpitalu Chirurgicznym w Legnicy

Kiedy rozpoczynałem swoją pracę w samorządzie, byłem przekonany o potrzebie jego zaistnienia w środowisku lekarskim. Dlatego sądziłem, że ludzie będą się angażować w działalność i aktywnie uczestniczyć w poczynaniach izby. Tymczasem wychowano nas w ten sposób, że najlepiej czujemy się, gdy mamy nad sobą kogoś, kto rozmaite akcje wymyśla i prowadzi. Propozycji samych lekarzy, czyli tzw. "oddolnych inicjatyw" jest niewiele. A jeżeli nawet powstają, to chęci uczestnictwa w takich zbiorowych przedsięwzięciach też się w zasadzie nie dostrzega. O tym, że izba lekarska istnieje, większość z nas przypomina sobie, gdy wchodzi w konflikt z pracodawcą, potrzebuje rady i pomocy albo wtedy, gdy chce zaciągnąć pożyczkę.

W pracy naszego koła na pewno musimy dążyć do osiągnięcia większej wspólnoty interesów między lekarzami i pracodawcą. Powinniśmy starać się wypracować formy dokształcania lekarzy, pomagać kolegom specjalizującym się poprzez np. organizowanie domów lekarzy z tańszymi pokojami. Chcielibyśmy mieć też wpływ na przydział i rozdział praw do prywatnych praktyk.

ZPRAC PREZYDIUM I RADY DIL

wielkość wkładów oprocentowanych, nazwy banków, w których wkłady zostały ulokowane, oprocentowanie pożyczek przyznawanych członkom Izby.

Podjęto jednogłośnie uchwałę o ulokowaniu kont oprocentowanych w kilku bankach (minimum - dwóch). Zobowiązano Komisję Finansową do przygotowania na posiedzenie Rady DIL (październik - listopad) listy kilku banków, w których Izba mogłaby ulokować konta oprocentowane oraz informacje o formach i możliwościach inwestowania w papiery wartościowe.

Po raz kolejny wrócono do sprawy komputeryzacji biura DIL.

Skarbnik przedstawił szczegółowo wydatki na ten cel oraz powody przekroczenia przyznanego limitu. Zgłosił również konieczność dalszych wydatków, nie przewidzianych w preliminarzu.

W dyskusji zabrali głos m.in.:

Kol. T. Bujko stwierdziła, że koszty modyfikacji komputerowej są stanowczo za wysokie, podała wniosek, aby negocjować z firmą obsługującą komputerową sieć biura warunki umowy lub znaleźć firmę, która zaproponuje korzystniejsze warunki.

Kol. A. Niedziółka zaproponował, by wskazany przez Komisję Finansową lekarz-informatyk skontrolował prawidłowość prowadzenia i modyfikacji sieci komputerowej DIL.

Następnie w głosowaniu przyjęto sprawozdanie finansowe Dolnośląskiej Izby Lekarskiej za okres 1.01.-31.05. 1994 r.

Podjęto również uchwałę o wprowadzeniu korekt do preliminarza budżetowego na 1994 rok, polegających na zwiększeniu wydatków na komputeryzację biura DIL - przyznano dodatkowe 250 mln zł. Prawdopodobnie kolejną korektę do preliminarza wprowadzi Rada DIL po ustaleniu kosztów zagospodarowania dodatkowych pomieszczeń na IV piętrze w siedzibie DIL - przyznanych przez władze miejskie Wrocławia.

Kol. Krystyna Gładysz przedstawiła sprawę Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej. W związku z długą kolejką oczekujących na pożyczki, zarząd Kasy zwraca się z prośbą do Rady DIL o udzielenie na okres 12 miesięcy nie oprocentowanej pożyczki w wysokości 100 mln zł. Kol. Z. Plamieniak przypomniał, że delegaci DIL na zjeździe zdecydowali o nieprzyznawaniu pożyczek LKPK, następnie podał formalny wniosek o sprawdzenie przed głosowaniem quorum. Ponieważ na sali znajdowało się jedynie 18 osób - Rada utraciła moc podejmowania uchwał. Sprawa udzielenia pożyczki Kasie zostanie przegłosowana przez Radę na kolejnym posiedzeniu.

7 lipca

Kol. W. Bednorz po raz kolejny przedstawił propozycję zmiany nazwy "Biuletynu DIL" i klubu izbowego na "Remedium". W głosowaniu zebrani opowiedzieli się za przyjęciem powyższej zmiany nazwy izbowego miesięcznika i takim samym nazwaniem klubu.

Kol. Wanda Poradowska-Jeszke, przewodnicząca Komisji Kształcenia przedstawiła listę lekarzy z Dolnego Śląska, którzy będą reprezentować Naczelną Radę Lekarską na egzaminach specjalizacyjnych II stopnia. Uzupełnioną o nazwiska podane z sali listę jednogłośnie zatwierdzono.

Ustalono plan posiedzeń Prezydium i dyżurów członków Prezydium w okresie wakacyjnym. Zdecydowano, że posiedzenia będą odbywały się do końca lipca, po miesięcznej przerwie (sierpień) najbliższe posiedzenie Prezydium odbędzie się 1 września, zaś Rady - 8.09. Trzeciego września delegacja Prezydium (która zostanie ostatecznie wybrana 14.07.) uda się do Ostrawy na organizowane tam spotkanie polonijne poświęcone reformie służby zdrowia w Czechach.

Kol. A. Koziorowski zaproponował, aby posiedzenia Prezydium i Rady DIL rozpoczynały się o godzinie 12.00, a nie jak dotychczas - o 11.00. Sprawę tę podejmie we wrześniu Rada DIL.

Pozostałe uchwały i wnioski:

1. Na wykonanie szyldu klubu przeznaczono kwotę do 10 mln zł.

2. Przeznaczono 3 mln zł na zorganizowanie we wrześniu spotkania z lekarzami-radnymi.

3. Podjęto uchwałę o dofinansowaniu urlopów pracowników biura DIL i zatwierdzono skład komisji, która zajmie się regulacją płac pracowników.

4. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 37 mln zł.

5. Prezydium delegowało swoich przedstawicieli do komisji konkursów na kierownicze stanowiska w służbie zdrowia.

Posiedzenia Rady DIL odbywają się raz w miesiącu - pierwszy czwartek, godz. 11.00, w pozostałe czwartki obraduje Prezydium DIL. Stałe punkty w porządku obrad obejmują: sprawy finansowe, bieżącą korespondencję, działalność delegatur i komisji problemowych.

(kz)

Stypendia rządowe

Kraj	Rodz. wyjazdu				Język				Wiek	Długość pobytu lub liczba osobo-miesięcy
	SN	SS	M	SJ	A	F	N	I		
Austria	+	+	-	-	+	-	+	-	40	2 miesiące
Belgia	+				+	+			35	9 miesięcy
Wspólnota Flamandzka		+		-	+	+	-	-	35	6 osobo-mies. 10 dni
Wspólnota Francuska	+	+		-	-	+	-	-	b.o.	3 osobo-mies. 10 dni
Dania	+	+	-	-	+	-	+	+	35	4 lub 8 mies. 4 miesiące
Finlandia	+	+	-	-	+	-	+	+	35	4 miesiące
Francja	+	+			+	+	-	-	35	60 osobo-mies. 14 dni
			+						35	1 miesiąc
Holandia	+	+		-	+	-	+	+	35	15 osobo-mies. 14 dni
Hiszpania	+	+	-	-	+	+	-	+	35	3 lub 6 mies.
RFN	+	-	-		+	-	+	-	40	12 miesięcy 1 miesiąc
Norwegia	+	+	-	-	+	-	+	+	40	12 osobo-mies.
Szwecja	+	+		-	+	-	+	+	35	4 miesiące 14 dni
Wielka Brytania	+	-		-	+	-	-	-	35	3-10 mies. 2-4 tygodni
Włochy	+	+	-	-	+	+	-	+	35	3 lub 6 mies.
USA	+	-	-	-	+	-	-	-	38	12 lub 24 mies.
Rada Europy	+	+	-	-	+	+	+	+	55	2 tyg.-10 mies.

Komisja Współpracy z Zagranicą DIL przypomina o terminie składania wniosków na stypendia rządowe, który mija z dniem 10 września 1994 r.

Departament Nauki i Kształcenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej przeprowadza kwalifikacje na podstawie przesłanych dokumentów, w październiku. Osoby zakwalifikowane wyjadą w następnym roku akademickim.

Zamieszczamy tablicę zbiorczą Departamentu Nauki i Kształcenia MZiO z informatora dla kandydatów na stypendia i staże zagraniczne 1994/1995.

Bliższych informacji można zasięgnąć w biurze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej przy ul. Matejki 6 (p. Małgorzata Adamczyk).

Barbara Bruziewicz-Miklaszewska, przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą

10.IX	XI	XII	IX
Termin skład. wniosków	Egzaminy kwalifik. MZ i OS	Kompletowanie dokumentów	Okres realizacji stypendium

SN - stypendium naukowe
SS - stypendium szkoleniowe
M - misja
SJ - stypendium językowe
A - angielski
F - francuski
N - niemiecki
I - inne języki

29.03.1993 r. w Wilnie
Koło Medyków
Polaków zostało
zarejestrowane jako
samodzielna organizacja
społeczna - Polskie
Stowarzyszenie
Medyczne na Litwie.

Ma ono swój statut, godło, pieczęć, konto bankowe, jednak nie ma swojej stałej siedziby. Adres do korespondencji jest czasowy: Republika Litewska, 2024 Vilnius, ul.Didžioji 40 (ZG ZPL).

22 kwietnia 1993 r. na walnym zebraniu Stowarzyszenia odbyły się nowe wybory. Od tego czasu prezesem jest dr med. Bronisława Siwicka - ordynator oddziału chorób wewnętrznych Wileńskiego Szpitala "Czerwony Krzyż". Jej adres prywatny: Litwa, 2022 Vilnius, al.Łajswes 89 m.19, tel. 47-00-26 (prywatny), tel. 62-37-64, 62-59-82 (służbowy),

Wiceprezesami zostali:

1) dr med. Mieczysław Deminski - lekarz naczelny Szpitala w Majsze-gole w rej. wileńskim. Adres prywatny: Litwa, 2012 - Wilnius, ul.Zyrmunu 128 m.21, tel. 77-02-50 (prywatny), tel. 58-43-71 (służbowy);

2) dr med. Władysław Mickielewicz - lekarz psychiatra. Adres prywatny: Litwa, Soleczniki, ul.A.Mickiewicza 1 m.21, tel. 250-51-866 (prywatny), tel. 250-51-442 (służbowy).

Sekretarzem wybrano dra med. Jurgisa Weriznikowasa - kardiochirurga. Adres prywatny: Litwa, Wilnius, ul.Kalwaryjska 162 m. tel. 77-69-16 (prywatny).

PSML

Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie

Stowarzyszenie, jako organizacja prawna, działa na terenie Litwy zgodnie ze Statutem, z konstytucją Republiki Litewskiej, oraz innymi aktami prawnymi.

Celem Stowarzyszenia jest poprawa sytuacji zdrowotnej i ekologicznej mieszkańców Litwy, a przede wszystkim mieszkańców Wileńszczyzny, gdzie wskaźniki zdrowotne są gorsze niż w innych regionach Litwy.

Stowarzyszenie ma zamiar organizować konsultacje profilaktyczne dla osób potrzebujących, rozdając jednocześnie leki otrzymane z darów (tzw. Dni Zdrowia). Będziemy także, w razie potrzeby, prowadzić rekrutację chorych, kwalifikujących się do leczenia w Polsce.

Wszelkimi sposobami chcemy podnosić poziom higieny i dbać o zdrowy tryb życia.

Stowarzyszenie zamierza udzielać wszechstronnej pomocy dobroczynnej. Dzięki wsparciu ofiarodawców, utworzyć bank leków, które będą przekazywane chorym. Mamy zamiar sumiennie prowadzić rejestrację otrzymanych darów oraz prowadzić kompetentną kontrolę nad rozdzielaniem leków otrzymanych przez inne organizacje społeczne.

Ważnym obowiązkiem Stowarzyszenia jest także doskonalenie

kwalifikacji zawodowych członków PSML. Będziemy dopomagać w kształceniu kadry medycznej na Litwie. Chcemy nawiązać współpracę z innymi organizacjami medycznymi w kraju i za granicą. Widzimy potrzebę bardziej czynnego udziału w pracy naukowej, uczestniczenia i organizowania konferencji naukowo-medycznych. Mamy zamiar analizować historię medycyny na Litwie.

Szanowni Państwo!

Polskie Stowarzyszenie Medyczne na Litwie (poprzednio Koło Medyków Polaków) dotychczas nie posiada żadnego pomieszczenia, w którym można by było udzielać porad lub konsultacji dla potrzebujących, oraz magazynować i uprządkować leki, sprzęt medyczny itp.

Apelujemy do sponsorów (w kraju i za granicą), do wszystkich ludzi dobrej woli, którym nie jest obojętny

los naszych rodaków o wszelką pomoc w uzyskaniu odpowiedniego lokalu.

Oczekujemy też wsparcia finansowego. Pieniądze można kierować na nasze konta: Konto Litowe - Nr.1700043 Kod-260101777.

Konto Walutowe-Nr.57080182.

Komercinis bankas "Vilniaus Bankas".

Gedimino pr.12

2600 Vilnius

Lietuva

telex: 261101 VILBK

fax: 626557, (+22 626937)

tel.: + 22 226370, 226151, 626937, 227589

Zarząd PSML

Od redakcji:

Lista potrzeb (obejmująca leki, sprzęt i aparaturę) zgłoszona przez PSML znajduje się w biurze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, w Komisji Współpracy z Zagranicą.

Apel Naczelnej Rady Lekarskiej

z dnia 17 czerwca 1994 r.

do zakładów opieki zdrowotnej w sprawie leczenia Polaków zamieszkałych na terenie Wspólnoty Niepodległych Państw

Dopiero od kilku lat granice naszej ojczyzny zostały otwarte dla rodaków zamieszkujących dawne wschodnie kresy Rzeczypospolitej. Po przeszło 40 latach oczekiwania przyjeżdżają wreszcie do Polski byli żołnierze września, żołnierze AK, partyzanci, więźniowie sowieckich katowni i łagrów. Przyjeżdżają ludzie starzy, schorowani, bezrobotni i bardzo, bardzo biedni. Duża ich część wymaga pilnego leczenia ogólnego i specjalistycznego, do jakiego najczęściej nie mają dostępu w miejscu zamieszkania. Ludzie ci, wspaniali Polacy, patrioci, którzy poświęcili wszystko dla ojczyzny, mają prawo, mają święte prawo otrzymać w wolnej Polsce pomoc i opiekę. Tymczasem brak uregulowań prawnych w tej sprawie powoduje, że są traktowani jak cudzoziemcy i żąda się od nich zapłaty za usługi i świadczenia lekarskie w trybie przewidzianym dla obcokrajowców.

Do czasu wejścia w życie systemowych uregulowań prawnych możliwym, realnym i szybkim sposobem zwiększenia pomocy dla Polaków ze Wschodu jest uzyskanie zgody dyrektorów szpitali w Polsce na przyjęcie co najmniej jednego Polaka z terenów byłego Związku Radzieckiego w ciągu roku. Oznaczałoby to możliwość udzielenia pomocy ponad tysiącu osobom rocznie, bez nadmiernego obciążenia lokalnych budżetów służby zdrowia.

Bożena Pietrzykowska
sekretarz NRL

Krzysztof Madej
przewodniczący NRL

Od kilku miesięcy przebywam czasowo na terenie Niemiec. Mam tu możliwość bezpośredniej obserwacji środowiska polonijnych medyków.

Bisko półtora roku funkcjonuje Polskie Towarzystwo Medyczne w Niemczech z siedzibą w Krefeld. Jego animatorem i pierwszym prezesem jest dr Zbigniew Kostecki. Jak podaje statut Towarzystwa, ma ono głównie za zadanie: "skupienie lekarzy, stomatologów, farmaceutów oraz studentów Polaków, przebywających poza granicami państwa polskiego i rozwijanie działalności o charakterze naukowo-zawodowym, społecznym i towarzyskim". W wielu miastach Niemiec powstają kolejne okręgowe koła PTM. Funkcjonują już grupy w Mannheim, Frankfurt, Berlin, Bremen.

Dwukrotnie uczestniczyłam w spotkaniach grupy okręgu Köln, które odbyły się w pomieszczeniach Pol-

Polacy w Niemczech

skiej Misji Handlowej. Organizatorami jej byli: prezes dr Z. Kostecki oraz dr Janusz Pieczykolan - absolwent wrocławskiej AM. Honory pani domu pełniła lekarka ambasady polskiej p. dr Barbara Szeląg-Moroż, także absolwentka naszej Alma Mater. Doktor Kostecki podkreślił bardzo dobrą współpracę z pracownikami ambasady (a różnie to wcześniej bywało). Mnie, jako wrocławiankę szczególnie ucieszyła informacja o cennych i ro-
kujących ciekawe perspektywy kon-

taktów PTM z Dolnośląską Izbą Lekarską.

Dyskusja na spotkaniach koncentrowała się głównie wokół problemu integracji polskojęzycznych medyków. A jest to środowisko zróżnicowane. Obok kolegów mieszkających tu kilkadziesiąt lat, są tacy, którzy przyjechali do Niemiec przed kilkoma miesiącami. Wzajemna pomoc i współpraca jest tu bardzo ważna. Ułatwia "początkującym" przebrnięcie przez niemiecką biurokrację, pozwala lepiej zrozumieć panujące tu stosunki międzyludzkie, przyspiesza asymilację w nowym kraju. Duża część Polonusów ma dobrze prosperujące prywatne praktyki, ale są wśród nich także bezrobotni. Tu także trudno przecenić znaczenie wzajemnych kontaktów.

Są wreszcie sprawy wykraczające poza możliwości działania towarzystwa, niemniej bardzo bolesne - część kolegów musiała rzec się polskiego obywatelstwa, z czym wielu z nich nie chce się pogodzić.

W rozmowach, oprócz problemów dotyczących bezpośrednio PTM, poruszano także tematy dnia. Jednym z nich była zakończona właśnie wizyta premiera Pawlaka w Niemczech. Na spotkanie przybyli także członkowie Towarzystwa. Niestety, na zadane pytanie o to, kiedy w Polsce zostanie przeprowadzona reforma systemu ubezpieczeń społecznych, nie

uzyskano jasnej odpowiedzi. A jest to sprawa ważna, także dla Polaków. Wielu z nich chciałoby w kraju inwestować. Są projekty otwierania szpitali i prywatnych gabinetów specjalistycznych, ale przy obecnym systemie prawno-ubezpieczeniowym nikt nie chce podjąć takiego ryzyka.

Były też na spotkaniach akcenty wzruszające. Spotykali się po latach dawni znajomi. Tworzyły się grupki absolwentów wrocławskiej, śląskiej czy szczecińskiej AM. Ktoś z listy obecności dowiedział się, że na jego ulicy, w domu oddalonym o kilka numerów, mieszka kolega z tej samej uczelni. W tej sytuacji trudno się dziwić, że oba spotkania przeciągnęły się znacznie poza zaplanowany czas.

Obok bezpośrednich kontaktów, funkcję spajającą środowisko pełni wydawany przez PTM biuletyn, rozsyłany do wszystkich członków i sympatyków. Można w nim znaleźć informacje o wolnych miejscach pracy, polskich imprezach kulturalnych w Niemczech, organizowanych w kraju zjazdach, sympozjach itp. Ogłaszają się tu także koledzy szukający pracy, sprzętu medycznego lub... żony. Obok ofert inwestowania w Rzeczypospolitą są ostrzeżenia przed nagminnymi tam kradzieżami samochodów (wg pisma wyjechało samochodem do Polski a wróciło pociągiem, co najmniej 10 członków PTM, w tym sam prezes).

Wewnętrzny biuletyn to jednak za mało, jak na ambicje Polonusów. Chcą wyjść z problemami swojego środowiska na szersze forum. Stąd bardzo zaawansowane są rozmowy w sprawie uzyskania stałego miejsca na łamach ogólnoniemieckiego pisma medycznego "Deutsches Ärzteblatt".

Poważne dyskusje, rzeczowe pismo - wszystko to jest bardzo ważne, ale wiadomo, że nic tak nie integruje środowiska, jak wspólna zabawa. Organizują więc medycy bale i pikniki. Liczba chętnych do uczestnictwa w ostatnim Balu Lekarza była tak duża, że znacznie przekroczyła możliwości organizatorów.

Nie mogę się w tym momencie oprzeć pewnej prywatnej refleksji - otóż podczas wszystkich moich kontaktów z Polakami nie słyszałam słowa narzekania. A przecież zarówno ich status społeczny tutaj, jak i sytuacja materialna są bardzo różne, czasem nie do pozazdroszczenia. Co się dzieje z Polakami, że po przekroczeniu granicy gubią gdzieś tendencje do malkontentstwa, krytykanctwa i czar-nowidztwa, tak typowe w kraju?

Powszechnie panuje opinia, że Polacy na obczyźnie są nacją, która bardzo trudno się konsoliduje, jest skłócona wewnętrznie i rozdrobniona. To, co obserwuję na przykładzie Kolońskiego Okręgu PTM jest absolutnym zaprzeczeniem takiego poglądu. Życzliwość, spontaniczność, wzajemna pomoc, tendencja do bycia razem i wspólnego działania cechują skupionych tu ludzi.

Być może, wokół tej grupy powstanie silna reprezentacja polskojęzyczna w Niemczech.

Małgorzata Suder
Kolonia

Ośrodek współpracy z Polonią Medyczną

Miejski Szpital Kliniczny Pomocy Doraźnej w Mińsku pragnie nawiązać współpracę z polskimi szpitalami w zakresie interny, chirurgii, traumatologii, ginekologii, anestezjologii, toksykologii i leczenia oparzeń. Korespondencję w tej sprawie należy kierować do naczelnego lekarza szpitala dr Haliny Karpuk - 220115 Mińsk, ul.Kiżewatowa 58, Białoruś.

3 Szpital Kliniczny w Grodnie pragnie nawiązać współpracę z polskimi lekarzami w zakresie ginekologii i położnictwa. Korespondencję w tej sprawie należy kierować do zastępcy naczelnego lekarza dr Marii Rutkowskiej - 230015 Grodno, ul.Gorkiego 77, Białoruś.

Zamek Królewski w Warszawie był miejscem VI Międzynarodowego Sympozjum zorganizowanego w dniach 10-11 czerwca przez Polską Akademię Medycyny na temat "Medycyna u progu XXI wieku. Filozofia i technika leczenia".

Polska Akademia Medycyny jest elitarną korporacją składającą się wyłącznie z profesorów medycyny o zainteresowaniach humanistycznych oraz profesorów psychologii, socjologii, prawa, pedagogiki, antropologii i filozofii. Około 20% składu Akademii stanowią wybitni profesorowie z całego świata.

W Sali Koncertowej Zamku Królewskiego Prezes Polskiej Akademii Medycyny, profesor Kazimierz Imieliński, po przywitaniu gości, w tym również zagranicznych m.in. z Austrii, Niemiec, Wielkiej Brytanii, Włoch, Japonii i innych, dokonał dekoracji Złotym Medalem "Medicus Magnus" czterech wybitnych uczonych zagranicznych, związanych z Polską. Otrzymał go:

1. Prof. Henry Walton, dyrektor

Centrum Edukacji Medycznej na Uniwersytecie w Edynburgu, prezydent Światowej Federacji Edukacji Medycznej, który współpracuje z polskimi lekarzami jeszcze od czasów powsta-

Polskim Towarzystwem Schweizerowskim;

3. Prof. Friedrich H. Kemper, dyrektor Instytutu Farmakologii i Toksykologii uniwersytetu w Munster,

solidaryzuje się z ideą, aby rozwojowi medycyny towarzyszyła jej humanizacja.

Dokonano również uroczystego wręczenia dyplomów nowo wybra-

obrad przy ulicy Rozbrat 44a. Zainteresowani wysłuchali łącznie 42 referatów, w tym 8 wygłoszonych przez gości zagranicznych. Motywem przewodnim tych wystąpień było akcentowanie potrzeby innego podejścia do medycyny. Podkreślono rolę etyki uniwersalnej i konieczność restytucji autorytetu lekarza. Zwrócono uwagę na możliwość współistnienia medycyny alternatywnej i jej rolę uzupełniającą.

Lecznictwo ludowe oraz praktyki uzdrowicieli (Healerów) są poważnym wezwaniem dla współczesnej medycyny.

Do lepszego poznania problemu hipnozy przyczynił się szeroko komentowany i dyskutowany film profesora Lechosława Gapika pt: "Współczesna hipnoza i hipnozoterapia", wyświetlony w czasie sesji.

Wystąpienie prof. Z. Garmuszewskiego pt: "Miejsce akupunktury we współczesnej medycynie" wyjaśniło rolę pomocniczą i uzupełniającą akupunktury w terapii lekarskiej.

Głównym przesłaniem VI Międzynarodowego Sympozjum było uświadomienie zebranym konieczności sprostania postępowi technicznemu i oczekiwaniom społeczeństwa, ale również odbudowanie stale malejącego zaufania chorych do lekarzy.

W piątek dnia 10.06.94 w czasie obrad Polskiej Akademii Medycyny Sejm uchwalił złagodzenie ustawy antyaborcyjnej - praktycznie zaaprobował "aborcję na życzenie". W związku z tym nasuwa się pytanie: czy zakwestionowanie podstawowego powołania lekarza - ratowanie życia ludzkiego od jego początku oraz podważanie idei humanistycznych zawodu lekarskiego, którymi to zasadami powinni kierować się pracownicy służby zdrowia, nie odbije się na ogólnej kondycji moralnej lekarzy, położnych i pielęgniarek?

Do refleksji skłania fakt, że w stolicy w tym samym czasie, w dwóch reprezentacyjnych gremiach padają także odmienne oceny i opinie. □

Zbigniew Domosławski Mieczysław Ujec

nia Polskiego Wydziału Lekarskiego na uniwersytecie w Edynburgu;

2. Prof. Sir Siegwart-Horst Gunther z Austrii, współpracownik Alberta Schweitzera, z którym współdziałał w szpitalu w Lambarene, założyciel i prezydent Międzynarodowego Zółtego Krzyża noszącego pomoc chorym dzieciom na świecie. Współpracuje z

prezydent Polsko-Niemieckiego Stowarzyszenia Lekarzy, od lat współpracuje z polskimi lekarzami;

4. Prof. Tadeusz Reichstein, Polak pochodzenia żydowskiego, urodzony we Włocławku, stale zamieszkały w Szwajcarii, laureat wspólnej nagrody Nobla (z P.S. Henchem i E.C. Kendalem) w 1950 roku za odkrycie, zsyntetyzowanie i zastosowanie kliniczne kortyzonu. Niestety, profesor Reichstein nie mógł przybyć na obrady ze względu na stan zdrowia. W nadesłanym przesłaniu

nym członkom Polskiej Akademii Medycyny m.in. z ośrodka wrocławskiego. W skład jej weszli profesorowie: Zbigniew Domosławski i Mieczysław Ujec.

Wykład inauguracyjny pt. "Priorytet nauki, lekarski paternalizm czy partycypacja w praktyce medycznej" wygłosił prof. Kornel Gibiński. Poddał on krytycznej ocenie współczesną medycynę. Im bardziej stawiała się ona wyrafinowana, tym bardziej oddalała się od zwykłego człowieka. Nowe techniki diagnostyczne i terapeutyczne stworzyły podstawę do paternalizmu i dyktatu w stosunku do chorego. Potrzeby zdrowotne nie zostały jednak nigdzie zaspokojone. Poziom zdrowia społeczeństwa ulega obniżeniu. Istnieją często tylko sukcesy jednostkowe, które są nagłaśniane, natomiast błędy i niepowodzenia wyciszane. Wzrasta ilość skarg i roszczeń pacjentów. Na tym podłożu rozwija się medycyna alternatywna. W konkluzji prof. Gibiński proponuje zamiast paternalizmu partnerstwo lekarz - pacjent. Zaniedbanie tych spraw grozi utratą zaufania pacjentów do lekarzy.

Autorzy dzielili się doświadczeniami i przemyśleniami z długoletniej pracy naukowej i pedagogicznej. We wszystkich referatach przewijała się myśl, że postępowi medycyny powinien towarzyszyć rozwój i pielęgnowanie idei humanizmu lekarskiego.

Kolejne sesje przeniesiono do sali

Konferencja Naukowa Studenckiego Towarzystwa Naukowego Akademii Medycznej we Wrocławiu

W dniu 20 maja 1994 r. w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu odbyła się Konferencja Naukowa Studenckiego Towarzystwa Naukowego AM we Wrocławiu, zorganizowana przez STN AM we Wrocławiu oraz SKN przy Katedrze i Klinice Chirurgii Pediatrycznej AM we Wrocławiu.

Honorowy patronat nad konferencją objeli rektor AM we Wrocławiu prof. dr hab. Jerzy Czernik oraz pełnomocnik rektora AM ds. Studenckiego Ruchu Naukowego prof. dr hab. Andrzej Milewicz.

Obrady konferencji zaszczycili również zasiadając w jury: w roli przewodniczącego prorektor AM we

Wrocławiu ds. Dydaktyki prof. dr hab. Andrzej Steciwko, doc. dr hab. Krystyna Sawicz-Birkowska, dr Halina Panek, przewodniczący DIL dr Włodzimierz Bednorz, dr Michał Jeleń, dr Leszek Szebenko.

Wykład inauguracyjny pt: "Nowoczesna diagnostyka cytologiczna we współczesnej onkologii" wygłosił dr Michał Jeleń.

Konferencja cieszyła się dużym zainteresowaniem, zarówno uczestników, jak i słuchaczy. Zgłoszonych zostało 14 prac z 12 studenckich kół naukowych. Dotyczyły one zagadnień chirurgicznych, internistycznych, onkologicznych, poruszających problemy cytogenetyki, immunologii nowotworów oraz stomatologii. Dyskusję nad prezentowanymi pracami wzbogacił przybyli kierownicy katedr, opiekunowie i członkowie kół naukowych, a także studenci niezrzeszeni.

Wysoki poziom oraz dobre przygotowanie prezentowanych prac nie ułatwiły jury zadania, jakim było wyłonienie i nagrodzenie laureatów konferencji. Dostarczyły natomiast wielu wrażeń słuchaczom i przedstawiły im dorobek naukowy autorów w mijającym roku akademickim 93/94.

Ku zadowoleniu wszystkich, konferencja była dobrze przygotowana i przebiegała w miłej atmosferze, za co Komitet Organizacyjny pragnie podziękować przybyłym gościom, autorom prac, życząc im jednocześnie dalszych sukcesów, osobom, które przyczyniły się do zorganizowania konferencji oraz sponsorom: Wydawnictwu Medycznemu Urban & Partner, Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej i Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

Piotr Kołoda

przewodniczący STN AM we Wrocławiu

Europejskie Sympozjum Etyki Biomedycznej

Czwartego maja 1994 roku odbyło się Sympozjum Etyki Biomedycznej (Biomedizinische Ethik in Europa) w Bonn, zorganizowane przez tamtejszy uniwersytet przy współpracy Instytutu Nauki i Etyki (Institut für Wissenschaft und Ethik) i Wspólną Badawczą Bioetyki (Forschungsarbeitsgemeinschaft Bioethik in Nordrhein-Westfalen). Spotkanie zostało otwarte przez rektora uniwersytetu prof. W. Hubera, natomiast jego cele przedstawione zostały przez dra O. Quintana-Trias (Präsident des Comité Directeur pour la Bioethique). Tematem sympozjum były układy i pryncypia w etyce i prawie. Przedstawiono również projekt "Konwencji bioetyki".

Wobec pogłębiającego się rozpadu wartości moralnych współczesnego świata, przy jednoczesnym postępie technologii medycznej, rozpoczęto dyskusję w niektórych państwach zachodnich nad potrzebą nowego, racjonalnego podejścia do problemów etyki i prawa. Wyniki tego rodzaju dyskusji z Francji w zastępstwie prof. A. Pampidou (członka Parlamentu Europejskiego), zreferował dr Michaud (Vice-President du Comité Consultatif National d'Ethique; z Anglii dr D. Shapiro (Nuffield Council on Bioethics); z Niemiec natomiast prof. W. Seidler (Akademie für Ethik in der Medizin). W drugiej części spotkania przedstawiono projekt: "Konwencje bioetyki" - zreferowany przez dra C. de Sola Llera (Council of Europe) oraz wyobrażenia dotyczące etyki biomedycznej w Unii Europejskiej zaprezentowane przez dr J. Cordier (Legal and Ethical Aspects in Life Sciences).

Możliwości medycyny współczesnej wymagają nowej, etycznej i prawnej, interpretacji i regulacji. Chodzi o wypracowanie zgodności na płaszczyźnie europejskiej, w której uwzględniono by w ramach międzynarodowych, również rodzime tradycje i ustawodawstwo. W obliczu różnorodności form obyczajów i jurysdykcji w Europie, przedstawionych na przykładach ww. krajów, usiłowano stworzyć wspólną platformę w celu znalezienia konsensusu w

Dr med. hab. Józef Grabski

ramach Unii Europejskiej.

Dialog pomiędzy medycyną konwencjonalną i jej nowoczesną technologią a bioetyką zapoczątkowany został przez francuski Comité Consultatif National d'Ethique przed więcej niż 10 laty. Stwierdził, że przyspieszenie nauki i techniki jest tak zawrotne, iż pozostało mało czasu na wytworzenie osądu, a ocena moralna nie jest łatwa.

W szerokich dyskusjach prowadzonych w duchu humanizmu i krytycznej rzeczowości uwypuklono niektóre elementy postępu medycyny np: klonowanie embrionów ludzkich (problem, czy embrion jest potencjalną osobą czy też aglomeracją komórek pozostaje otwarty), screening genetyczny (niebezpieczeństwo dyskryminacji), problem implantacji postmenopausalnych (np. urodzenie przez 59 letnią Angielkę dwojaczek), rozważając równocześnie granice etyczne i prawne. Komitet francuski szczególnie wyeksponował

godność i tożsamość osoby ludzkiej, i związaną z tym autonomię człowieka chorego, z których wynikają etyczne postulaty humanitarności w klinikach i szpitalach, jak również potrzeba uczuciowości w ambulatoriach i praktykach, a ponadto również moralną solidarność wobec chciwości zysku.

Wielki problem etyczny w ekonomice lekarskiej stanowi limitacja resortów zabezpieczających życie i zdrowie pacjentów. Chodzi tu o następujący problem: czy pacjenci w późnym wieku, ciężko chorzy lub osoby bliskie śmierci mają prawo do leczenia finansowanego przez wspólnotę społeczną. Jednocześnie powstaje pytanie: jak daleko pojedynczy człowiek powinien dbać o własne zdrowie i być odpowiedzialny za finansowanie ewentualnego leczenia, poprzez odpowiednie premie ubezpieczeniowe.

Zapoznanie się z projektem "Konwencji bioetyki" jako przyszłego dokumentu prawa międzynarodowego, w którym będą określone pryncypia bioetyki, wiążące dla ustawodawstwa narodowego - może być pożyteczne dla Polski jako przyszłego członka Unii Europejskiej. □

O cytokinach na konferencji

VI Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów odbyła się we Wrocławiu w dniach 9 i 10 czerwca 1994 r. w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego. Przewodniczącą Komitetu Naukowego i Organizacyjnego była prof. dr hab. Sabina Kotlarek-Haus.

Patronowali konferencji rektor Akademii Medycznej we Wrocławiu, prof. dr hab. Jerzy Czernik i prorektor ds. nauki, prof. dr hab. Jerzy Josiak.

Tematyka obrad dotyczyła roli cytokin w hematologii. Obecnie znanych jest wiele cytokin - czynników wzrostu, interleukin i interferonów, które regulują rozwój i dojrzewanie komórek szpiku kostnego, wpływając na układ odpornościowy organizmu i wiele innych procesów.

Zagadnienia teoretyczne dotyczące cytokin oraz ich zastosowania kliniczne omówiono w 28 referatach plenarnych. Wśród wykładów byli wybitni znawcy przedmiotu z zagranicy m.in. Niemiec, Wielkiej Brytanii i USA, a także naszego kraju. Wielu z nich, w znaczący sposób, poprzez własne badania i obserwacje, przyczyniło się do rozwoju tej gałęzi nauki.

W 72 plakatach przedstawiono wyniki badań in vitro i dane kliniczne dotyczące krwiotwórczych czynników wzrostu w leczeniu rozrostowych chorób krwi i granulocytopenii.

Referatom i plakatami towarzyszyły ciekawe dyskusje.

Na zakończenie obrad, podczas Konferencji Okrągłego Stołu, której moderatorem był przewodniczący Zarządu Głównego PTHiT prof. dr hab. Janusz Hansz, dokonano oceny obecnego stanu wiedzy o hemopoetycznych czynnikach wzrostu i ich praktycznym zastosowaniu oraz prognozowano ich znaczenie w przyszłości. Cytokiny są nowym, cennym środkiem leczniczym, lecz ich skuteczność zależy w równej mierze od właściwego ich zastosowania, dawek, uwzględniania możliwych interakcji, jak też działań niepożądanych.

Referaty i omówienia plakatów ukazały się w suplementie "Acta Haematologica Polonica", a wypowiedzi uczestników Konferencji Okrągłego Stołu zostaną zamieszczone w kolejnym numerze tego periodyku.

Ofertę preparatów diagnostycznych i leczniczych przedstawiły 22 firmy, natomiast propozycję książkową - wydawnictwo medyczne Volumed.

Do organizacji konferencji w znaczący sposób przyczyniła się firma Roche Polska.

Uczestnicy Konferencji zapoznali się z naszym miastem. Obejrzelili panoramę Racławicką, dyskutowali i tańczyli w "Spiziu", jeździli zabytkowym tramwajem "Baba Jaga", podziwiali Góry Stołowe i Jaskinię Niedźwiedzią, a na zakończenie obrad wysłuchali pięknego koncertu kameralnego w wykonaniu studentów Akademii Muzycznej.

Sabina Kotlarek-Haus
Maria Podolak-Dawidziak

W profilaktyce próchnicy zębów i chorób przyzębia ważną rolę odgrywa likwidacja złogów nazębnych. Skutecznym sposobem ich usuwania jest prawidłowe i dokładne szczotkowanie zębów z użyciem past.

W wyniku szczotkowania powinno się uzyskać czystą, pozbawioną płytki nazębnej, wygładzoną powierzchnię zęba, bez uszkodzenia jego twardych tkanek i otaczającego go przyzębia. Otrzymanie takiego efektu zależy od wielu czynników, m.in. od techniki szczotkowania, czasu i częstotliwości oczyszczania, rodzaju szczotki i składników past do zębów. Użycie odpowiednich past ułatwia i skraca czas oczyszczania.

W ciągu ostatnich 20 lat skład past do zębów uległ znacznym modyfikacjom. Pasty, oprócz własności oczyszczających, powinny działać przeciwpóchnicowo (kariostatycznie), zapobiegać odkładaniu płytki nazębnej i kamienia, działać odświeżająco i dezodorująco. W ich składzie znajdują się środki lecznicze, np. znoszące nadwrażliwość zębiny, czynniki działające przeciwzapalnie. Pasty nie powinny wywierać żadnego szkodliwego działania na przyzębie i błonę śluzową, zmieniać mikroflory jamy ustnej. Ważnym składnikiem past są środki ściernie, polerujące, powierzchniowo czynne, zagęszczające, smakowo-zapachowe i konserwujące. Środkami ściernymi są najczęściej fosforan wapnia, węglan wapnia, dwutlenek krzemu lub krzemiany. Stanowią one ok. 30-50% wszystkich składników. Własności ich zależą od twardości, rozmiaru i konfiguracji ich drobiny. Stężenie detergentów, substancji powierzchniowo czynnych w pastach wynosi ok. 1-2%. Związki te ułatwiają oddzielenie się złogów nazębnych i resztek pokarmowych od powierzchni zębów. Najczęściej używa się laurylosiarczanu i laurylosiarkozynianu sodu. Jak wykazują badania kliniczne, związki te nie mają ujemnego wpływu na błonę śluzową jamy ustnej. Do najczęściej stosowanych substancji zagęszczających należą pochodne celulozy, guma arabska, skrobia, agar-agar. Odpowiedni smak i zapach uzyskuje się przez dodanie sacharyny, olejków eterycznych, esencji owocowych, a kolor poprzez

zawartość barwników spożywczych. Obecnie niemal wszystkie (ok. 95%) dostępne na rynku pasty do zębów zawierają fluorki. Wyniki długoterminowych ocen klinicznych wskazują, że systematyczne używanie past fluorkowych obniża intensywność próchnicy korony i korzenia zęba o ok. 30-40%. Pomimo, że mechanizm przeciwpóchnicowego działania fluorków nie jest ostatecznie wyjaśniony, wiadomo, iż pośredniczą one w procesach de-

du niebezpieczeństwa powstania szkliska plamkowego u małych dzieci, które mogą połykać nadmierną ilość pasty w okresie powstawania zębów. Dlatego też dla dzieci produkowane są pasty z niższą zawartością fluorków. Zaleca się ponadto ograniczanie ilości pasty do wielkości ziarna grochu, zwłaszcza w wieku największego ryzyka połykania pasty (2-3 lata).

Inną grupę stanowią pasty zawierające środki o działaniu przeciwa-

rzchni zębów i przylegania do zębów klamer, protez ruchomych i aparatów ortodontycznych oraz w ubytkach klinowych. Dolegliwości bólowe w nadwrażliwości zębiny są długotrwałe. Ich intensywność waha się od łagodnego lub umiarkowanego tępego bólu do silnego nagłego bólu trwającego tak długo, jak długo działa bodziec. Wywołują je bodźce termiczne (zimno, ciepło), chemiczne (słodkie, kwaśne) i mechaniczne (szczotkowanie zębów, dotyk). Zawarte w pastach

maleinowego i metakrylateń (Gantrez R) wzmacnia hamujący wpływ samych pirofosforanów. Pirofosforany zakłócają precypitację fosforanów wapnia z roztworu i wzrost jąder kryształu. Czynk natomiast hamuje również tworzenie kamienia jak i powstawanie płytki nazębnej, mimo, że związki te zakłócają tworzenie substancji mineralnych, nie obniżają zdolności remineralizacyjnych zawartych w pastach fluorku. Długotrwałe obserwacje kliniczne

Kilka uwag o pastach do zębów

prof.dr hab. Urszula Kaczmarek, Katedra i Zakład Stomatologii Zachowawczej AM we Wrocławiu

remineralizacji szkliska, wpływają hamująco na tworzenie i metabolizm bakterii płytki nazębnej. Skuteczność fluorków polega na przesunięciu dynamicznej równowagi związanej z procesem kariostazy w kierunku warunków sprzyjających utrzymaniu integralności zdrowego szkliska.

Pośród wielu związków fluorkowych do past dodawane są najczęściej: monofluorofosforan sodu, fluorek sodu i fluoroaminy. Na opa-

palnym i bakteriostatycznym zalecane zwłaszcza osobom ze stanami zapalnymi przyzębia. Zawierają one wyciągi z roślin (kwiat rumianku, ziele krwawnika, liść szalwi, ziele ty-

związki, takie jak fluorek strontu, hydroksyapatyt, azotan potasu, cytrynian sodu wnikają do wnętrza odsłoniętych kanalików zębiny, zamakają je i znoszą lub łagodzą dolegliwości bólowe.

W świetle obecnej wiedzy płytka nazębna jest nie tylko głównym czynnikiem etiologicznym próchnicy, lecz także zapalenia przyzębia. W nastę-

wskazują, że pasty te istotnie redukują nagromadzenie się kamienia naddziąsłowego, a skuteczność ich wzrasta wraz z okresem stosowania.

Najnowszym osiągnięciem w zakresie środków pielęgnacji jamy ustnej są pasty do zębów zawierające triclosan i kopolimer PVM/MA przeciw tworzeniu płytki nazębnej, zapaleniu dziąseł, tworzeniu kamienia nazębnego i próchnicy. Triclosan jest środkiem przeciwbakteryjnym o szerokim spektrum działania, skutecznym w stosunku do bakterii występujących w jamie ustnej, kompatybilnym z innymi składnikami past. Kopolimer eteru poliwinylowego i kwasu maleinowego (PVM/MA) zwiększa retencję triclosanu. Opracowano optymalny, klinicznie skuteczny skład takich past. Zawierają one 0,3% triclosanu, 2,0% kopolimeru (PVM/MA) i 0,243% lub 0,331% fluorku sodu. Wyniki długoterminowych ocen klinicznych wskazują, że w porównaniu z placebo, pasty te istotnie hamują tworzenie naddziąsłowej płytki nazębnej i kamienia, likwidują zapalenie dziąseł i działają przeciwpóchnicowo. Z badań mikrobiologicznych flory jamy ustnej wynika, że długotrwałe ich stosowanie nie powoduje rozwoju mikroorganizmów chorobotwórczych, oportunistycznych lub opornych.

Systematyczne szczotkowanie zębów z użyciem odpowiednich past poprawia stan higieny jamy ustnej, dzięki czemu zmniejsza się intensywność próchnicy, zapalenia przyzębia i odkładanych złogów nazębnych. Bogaty i różnorodny asortyment past produkcji krajowej i zagranicznej pozwala na wybór odpowiedniego środka w zależności od potrzeb i upodobania.



kowaniu pasty podawany jest związek fluorku i jego stężenie jako procent wagowo/wagowy lub w mg/g czyli w ppm. Dla przykładu zawartość 0,76% monofluorofosforanu odpowiada 1000 ppm F, a 0,3% - 400 ppm. Stężenie 0,32% fluorku sodu stanowi 1500 ppmF. Niektórzy producenci dodają dwa związki fluorku - 0,76% monofluorofosforanu sodu i 0,1% fluorek sodu, co odpowiada zawartości 1450 ppmF. W krajach europejskich sprzedawane bez recepty pasty do zębów nie zawierają wyższego niż 1500 ppm stężenia fluorku. Wyniki wielu badań klinicznych wskazują na zasadniczą regułę: im wyższa jest zawartość fluorków w pastce, tym większa jest ich skuteczność. Dlaczego więc nie stosuje się wyższych stężeń fluorków? Odpowiedź jest prosta: z powo-



powstanie jej mineralizacji powstaje kamień nazębny. Jednakże nie zawsze płytka przekształca się w zmineralizowany zół. Wpływa na to wiele czynników, m.in. jej umiejscowienie i indywidualne różnice w składzie śli-



mianku, korzeń żywokostu, aloes, korzeń fiołka, taninę, arbutynę, garbniki, menthol), sól kuchenną, sól morską, solanki, witaminy A, C, D, E. Substancje te warunkują działanie przeciwpóchnicowe, ściągające, hamują krwawienie dziąseł, wzmacniają ściany naczyń, ograniczają wzrost drobnoustrojów i odżywiają tkanki.

Kolejną grupę stanowią pasty znoszące nadwrażliwość zębiny występującą w okolicy przyszyjkowej, w miejscach nadmiernie starych powie-

ny. Podstawowym sposobem likwidacji kamienia jest jego mechaniczne lub ultradźwiękowe usunięcie. Inną metodą jest stosowanie związków zapobiegających powstawaniu fosforanów wapnia, a tym samym kalcyfikacji płytki. Skutecznymi inhibitorami są pirofosforany, fosforany i polikarboksylaty. Opracowano skład past do zębów zapobiegających powstawaniu kamienia nazębnego. Zawierają one pirofosforany lub chlorek cynku. Dodanie kopolimeru kwasu

NAZWA	PASTY DLA DOROSŁYCH								PASTY DLA DZIECI	
	Ajona (koncentrat)	Blend-a-med ochrona przed parodontozą	Colgate -przeciw próchnicy	Colgate- przeciw powstawaniu kamienia nazębnego	Dentagard	Elmex	Sensodyne F	Sport Signal	Blendi	Elmex
Średnia cena w zł	48.000	33.000	25.000	24.000	29.000	35.000	95.000	25.000	27.000	26.000
Współczynnik pH	8,9	7,6	6,8	7,8	6,3	5,0	6,5	7,7	6,0	5,6
Środki pieniące w %	6,4	1,0	1,3	1,2	1,2	1,6	1,4	1,3	0,9	0,8
Fluorki rozpuszczalne w wodzie w mg/kg ¹	nie stwierdzono	1000/NaMFP	990/NaF+NaMFP	980/NaF	920/NaMFP	1100/AMF	970/NaMFP	960/NaMFP	220/NaF	190/AMF
OCENA OPAKOWANIA	dobra	dobra	dobra	zadowalająca	dobra	dobra	zadowalająca	dobra	dobra	zadowalająca
Deklarowana zawartość składników	dobra	dobra	dobra	dobra	dobra	dobra	niedostateczna*	dobra	dobra	dobra
Ilość pasty pozostającej w tubie	nieznana	nieznana	nieznana	umiarkowana	nieznana	nieznana	minimalna	nieznana	minimalna	umiarkowana
CZYSTOŚĆ MIKROBIOLOGICZNA	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
OCENA UŻYTKOWA (smak, obsługa)	dobra smak zadowalający	dobra	dobra	dobra	dobra	dobra	dobra smak zadowalający	dobra konsystencja zadowalająca	dobra	dobra
DZIAŁANIE ABRAZYJNE (ŚCIERNIE) ²	nieznaczne	wyraźne	nieznaczne	wyraźne	średnie	nieznaczne	nieznaczne	średnie	---	---
OCENA STOMATOLOGICZNA	Niedostateczna ochrona przed próchnicą. Możliwość podrażnienia dziąseł przy przedawkowaniu	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy, wyraźne działanie abrazyjne	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy, zapobiega powstawaniu kamienia nazębnego	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy, zapobiega powstawaniu kamienia nazębnego, wyraźne działanie abrazyjne	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy	Bardzo dobre działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy, odpowiednia przy nadwrażliwych zębach	Zadowalające działanie profilaktyczne przeciwko próchnicy	Względna ochrona przed próchnicą dzięki zawartości związków fluorku. Niezbędna jest dodatkowa dawka uzgodniona z lekarzem	Względna ochrona przed próchnicą dzięki zawartości związków fluorku. Niezbędna jest dodatkowa dawka uzgodniona z lekarzem

1) NaMFP, NaF, AMF - związki fluorku 2) Osoby z odsłoniętymi szczykami zębowymi powinny wybierać pastę z niewielkim działaniem abrazyjnym

*) Obniżona cena z powodu braku dostatecznej informacji o składzie. Przedruk z "magazynu Konsumenta", w "Sukces", czerwiec 1994 r.

Osoba przychodząca do psychologa, przynosi ze sobą pewne oczekiwania, co do stanu zdrowia, jaki chciałaby osiągnąć. Najczęściej ma być tak, jak niegdyś było. Tak też było w wypadku 30 letniego mężczyzny, który zgłosił się z powodu niepokojących go "objawów sercowych". Okazało się, że z sercem mężczyzny sprawa jest trudniejsza, niż z sercem kobiety!

Dobrze zbudowany, bardzo przystojny mężczyzna, od kilku miesięcy borykał się z narastającym niepokojem. Jako główne zarysowały się następujące objawy: bóle w okolicach klatki piersiowej, strach przed korzystaniem z używek (kawa, alkohol) i problemy z podróżowaniem. Szczególnie doskwierająca była sprawa lęków przed wyjazdami, powodujących nioczekiwane odrętwienia. Zarabiał na życie długimi wypadami "w trasie", mężczyzna ten przywykł do dodawania sobie otuchy do życia nadzwyczajnymi wyznaniami; "Ja nigdy nie odpuszczam" - powtarzał często w trakcie pierwszych rozmów.

Oczekiwania mojego pacjenta były zupełnie naturalne. Chciał odsunąć od siebie objawy lękowe i bóle w okolicy serca. Zależało mu na powrocie do dawnego stylu życia, czyli do "wyczynów" w dalekich podróżach.

Dokonałem rutynowego zebrania danych. Moje zdziwienie wzbudził nietypowy objaw związany z manewrem Jendrassika - zaobserwowałem bowiem osłabienie odruchu napinania mięśnia czworogłowego (tzw. odruch ścięgnowy), związane z nasileniem gwałtowności reakcji.

Na próbę zrozumienia pacjenta składały się dwie grupy faktów. Pierwsze - związane ze skargą na siebie. Skarga ta przypominała obwinianie się o narastającą "nieudolność" życiową. Druga grupa faktów, którą można określić - w odróżnieniu od "skargi" - jako "uskarżanie się", dotyczyła stanu zdrowia. Aczkolwiek pacjent ten odznaczał się bardzo dobrym stanem zdrowia, ukończył AWF, i - jak twierdził - "zawsze zdrowie cenił", postawiłem sobie pytanie, czy przypadkiem nie zanadto. Sugerował to wynik badania odruchów kolanowych; w próbie tej spodziewamy się zwykle, że odruchy te będą, w wypadku nerwicy (bo badanie to stosuje się w celu diagnozy różnicowej), osłabione lub normalnego nasilenia. Gdy objaw jest osłabiony, jest to mocna sugestia o czynnej nerwicy energii, zaś nasilenie się odruchu wskutek manewru odha-



"Serce nie sługa"

Henryk Jarosiewicz, Zakład Psychologii
Klinicznej Uniwersytetu Wrocławskiego

mowującego, rokuje wyleczenie. W tym wypadku badanie (w którym objaw się nasilał!) skierowało moją uwagę w stronę pytania, jak ten "zdrowy" człowiek radził sobie z utajonym lękiem. Dlaczego w tę stronę ukierunkowałem poszukiwania?

Lęk jest naturalnym przeżyciem uczuciowym. Powinien pojawiać się zawsze wtedy, gdy pojawia się zło, którego człowiek, spontanicznie to osądzając, nie jest w stanie od siebie odsunąć. Jego funkcja jest zupełnie analogiczna, jak funkcja bólu, tyle tylko, że jest wyuczona, a zatem może to być ocena błędna. To, czego świadomy siebie człowiek powinien się nauczyć, to czerpanie wskazówek z pojawiania się bólu i korekta swego postępowania, lub swoich ocen sytuacji. Mój klient z wielkim trudem przyjmował do siebie te fakty. Lęk kojarzył mu się zawsze z czymś złym, z czym należy walczyć. Pojawienie się lęku we własnym życiu przyjął jako zwiastun nerwicy. Wstępny etap pracy zakończyliśmy ustaleniem, iż prawdopodobnie pod zewnętrznym "mocnym człowiekiem" kryje się ktoś, kto lęka się świata. Ujawnienie

się tej "drugiej strony" osobowości było nagłe: w czasie podróży, dużego zmęczenia, pacjent ten zaobserwował chwilowe zniechęcenie ciała. Pojawiała się - zresztą zrozumiała - nagła obawa o zawał, której liczne badania lekarskie (o wyniku ujemnym) nie potrafiły rozwiązać.

Pomimo dużego niedowierzania, z jakim "mocny mężczyzna" przyjmował moje opinie o konstruktywnej funkcji lęku - po kilku spotkaniach zakomunikował, że jego stan znacznie się polepszył. Zachęciło go to do dalszych przemyśleń na temat swojego stosunku do własnej natury. Nieliczenie się z obecnym w nim od lat niepokojem zaowocowało objawami, które dobitniej miały mu uświadomić, iż jego uczucia niechętnie poddają się temu stylowi życia, jaki prowadzi. W trakcie naszych rozmów pacjent ten przypominał sobie, iż podobne kłopoty miewał już od około 10 lat, lecz dopiero narastające problemy małżeńskie, objawy zniechęcenia i brak możliwości rozluźnienia się w życiu towarzyskim (obawa przed używaniem alkoholu i papierosów) skłoniły go do próby prze-myślenia swojej sytuacji.

Tego typu bieg zdarzeń życiowych ma wszelkie znamiona załamania się pewnej, szkodliwej obiektywnie, linii życia (jak to określał znany psychoanalityk - Alfred Adler). Szkodliwość tego stylu polega na podjęciu konfrontacji osoby z własną naturą. Życiowe ambicje ("nie odpuszczam") stają przeciwko mechanizmom obronnym, naturalnym lękom, które chronią przed zbyt dużym wystawianiem się na działanie szkodliwych czynników stresowych. Określamy taki zespół mianem "maskowanej nerwicy lękowej". W rutynowym badaniu lekarskim, jest to zespół trudny do uchwycenia. Naprowadza na jej ślad zmienność w reakcjach odruchowych, jak zwróciłem na to uwagę we wstępnym badaniu, oraz utajony w postępowaniu element niepewności. Jeśli pojawiają się dalsze objawy, takie jak bezsenność i rosnąca drażliwość, można zdecydowanie zmierzać w stronę pytania, czy nie mamy do czynienia z uwarunkowaniami psychicznymi tych stanów. Dopiero głębsze badanie psychoanalityczne, mające na celu ujawnienie zrepresjonowanych potrzeb, może w pełni wykazać, o jakiego typu zrepresjonowane uczucia chodzi.

Rokowanie w tego typu nerwicach jest dobre. Podstawą sukcesu jest

fakt, iż naszymi pacjentami są zwykle osoby inteligentne i refleksyjne, będące w stanie zrozumieć swą sytuację i dokonać rewizji postaw.

Brak takiej konfrontacji może istotnie prowadzić do negatywnego rozwoju zdarzeń. "Serce" rozumiane jako źródło podstawowych uczuć, reaguje na sytuację życiową nie tak, jak chciałby rozum. Nie tylko nie można go zmusić do miłości, ale również nie można mu zabronić wycofania się od zagrażającego zła. Zawał może być sygnałem aż nazbyt mocnym.

Po kilku miesiącach okresowych spotkań z tym młodym mężczyzną, tematyka naszych spotkań zmieniła się radykalnie. Wspólną refleksją doszliśmy do przekonania, iż jego podstawowym problemem życiowym jest potrzeba większego hartu ducha. Pod płaszczykiem przybranego stylu życiowego krył się bowiem duży niepokój przed życiem. Przez pewien czas uczylimy się godzić na ten lęk, traktować go jako naturalny objaw życia uczuciowego. Następnie pracowaliśmy nad świadomością umiejętnością rozwiązywania kluczowych problemów życia codziennego. Jak się okazało, wcale nie były to kwestie pokonania tysiąca kilometrów w jednym wypadzie, lecz ... problem porozmawiania z matką na temat własnej koncepcji ułożenia sobie życia małżeńskiego. Serce mężczyzny nastroja się najpierw przy matce, a dopiero potem staje do konfrontacji z ojcem. Konfrontacja ta przenosi się na całe późniejsze życie. Nie rozwijając tego wątku relacji rodzinnych, pozostaje jeszcze jedna refleksja.

Łatwiej mężczyźnie zdobyć serce kobiety, niż... własne serce! W opisaną tu historię, sprawy przybrały wręcz zastanawiająco niekorzystny obrót: siłą rzeczy nie zdobyte serce matki, problemy ze zdobyciem przychylności kochanej kobiety, zaczęły być jakby maskowane próbą nie liczenia się z wymogami własnego serca. A tymczasem serce może być bardzo dobrym sługą. O ile znajdzie się z nim wspólny język i o ile powie sobie: "proba zrozumienia samego siebie".

"Poznaj samego siebie" - mawiał Sokrates.

-Nie po to, by siebie zmieniać, ale po to, by nauczyć się żyć w zgodzie ze sobą! By słuchać siebie tak, jak Sokrates słuchał swoich daimonionów...

¹ Sokratesowskie "daimoniony" to tyle, co przecucia, lub tzw. organizmiczna mądrość, czyli pewna zdolność organizmu do unikania zła.

Dobro chorego i pieniądze - po angielsku

Powszechnie wiadomo, że niektóre zabiegi czy techniki lecznicze są lepiej wykonywane przez personel nielekarski niż przez lekarzy, a sami pacjenci wolą np. dostać zastrzyk od pielęgniarki niż od lekarza.

Wynika to z różnych przyczyn, z których najważniejszą, choć nie jedyną, jest zwykle lepszy kontakt z pacjentem, często większe doświadczenie praktyczne. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów przewlekłych chorób.

O nowych tendencjach w lecznictwie brytyjskim pisze w marcowym numerze "La Medica" C.J. Moran z Kliniki Reumatologii Christchurch Hospital w hrabstwie Dorset (południowa Anglia). Ponieważ dostęp do wielu zabiegów w reumatologii (wstrzyknięcia dostawowe, blokady

nerwów, znieczulenie epiduralne) nie zawsze jest szybki - próbowano zdecydować je na personel nielekarski, odciążając przy tym lekarzy oraz zmniejszając koszty.

Eksperymentalne programy terapeutyczne, w których pielęgniarki prowadzą chorego wg ustalonego wcześniej przez lekarza planu, mają już pewną tradycję w USA, ostatnio są wprowadzane w Wielkiej Brytanii. W Leeds np. wyniki leczenia prowadzonego przez kinezyterapeutów są nie gorsze, a jeśli chodzi o subiektywne odczucie pacjentów - lepsze, od

leczenia przez doświadczonych klinicystów. W oksfordzkim Ośrodku Chirurgii Serca poczyniono jeszcze jeden krok naprzód w przekazywaniu uprawnień wybitnie lekarskich personelowi pielęgniarskiemu. Otóż specjalne przeszkolone pielęgniarki, które opiekują się chorym w okresie przed- i pooperacyjnym, operują razem z kardiochirurgami. Co więcej, od października 1993 w całym Zjednoczonym Królestwie pielęgniarki środowiskowe, związane z konkretnym lekarzem rodzinnym (GP), mogą przepisywać niektóre podstawowe leki z własnej pielęgniarskiej farmakopei!

Politycy zaangażowani w reformy NHS (państwowej służby zdrowia) i dyrektorzy szpitali doceniają ekonomiczne zalety nowego systemu, w którym oszczędza się wydatki, zastępując lekarzy personelem pielęgniarskim lub innym przeszkolonym

specjalnie w tym celu (ang. termin *paramedics*). Niepokoi ich jednak brak wyczerpujących regulacji prawnych. Autor jest entuzjastą nowego systemu, nazywanego *skill-mix*. Niepokoi ich jednak brak wyczerpujących regulacji prawnych. Przewiduje nawet, że w niedługim czasie oddziały dermatologiczne, reumatologiczne i neurologiczne prowadzone bez zwiększonej samodzielności personelu nielekarskiego, mogą być uważane za świadczące usługi medyczne poniżej standardu.

W warunkach polskich system ten ma drobną wadę:

Budżet nie zyskałby wiele na rozszerzeniu uprawnień *paramedics*, bo różnica wynagrodzenia lekarza i pielęgniarki jest zbyt mała lub wręcz żadna. Ale skąd możemy wiedzieć, co nam lekarzom w Polsce zgotuje trzecie tysiąclecie...

opracował E.M.

Tytoń we włosach noworodków

Do tej pory nie zidentyfikowano biologicznych markerów, które wskazywałyby stopień narażenia płodu na dym tytoniowy. Wykazano natomiast, że ksenobiotyczne czynniki: nikotyna i kotynina kumulują się w rosnących włosach i można w nich oznaczyć ich stężenie.

Przebadano włosy matek palących, niepalących, biernych palaczy i urodzonych przez nie dzieci. Okazało się, że stężenie kotyniny i nikotyny na włosach noworodków matek, przebywających w atmosferze dymu tytoniowego było wprawdzie niższe niż u dzieci palaczy, ale znacząco wyższe od poziomu tych substancji u dzieci matek nie mających styczności z dymem!

Jest to pierwszy biochemiczny dowód na to, że przebywanie ciężarnej kobiety w otoczeniu ludzi palących, wiąże się z ekspozycją płodu na toksyczne działania tytoniowego dymu.

K.P., oprac. na podstawie "Jama", luty 1994

Od "Biuletynu"

DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA

BIULETYN INFORMACYJNY

ROK 1

Nr 1

WROCLAW, 01. 01. 1990

Dolnośląski "Biuletyn" zaczynał skromnie. Pierwszy numer ze stycznia 1990 roku, formatu A-5 liczył stron 12 i zawierał tylko dwa teksty: o powołaniu Komitetu Organizacyjnego Izby Lekarskiej oraz powstaniu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Pierwszy redaktor naczelny "Biuletynu", Joanna Bromirska:

Maksimum zaangażowania przy minimum wiedzy

Na początku była wielka improwizacja.

Osoby, które rozpoczęły pracę w redakcji nie były w ogóle przygotowane do takiej działalności. Za to wkładaliśmy w nią autentyczne, ogromne zaangażowanie, dużo serca i dużo czasu, próbując prawdopodobnie nie raz wyważyć otwarte drzwi. Dzisiaj wydaje mi się, że od samego początku pewne rzeczy wymagały ustawienia przez fachowca, wtedy nie natykaliśmy się na tyle problemów.

Generalnie chciałam, aby było to pismo niebałne.

Do pracy nad "Biuletynem" włączyłam się od drugiego numeru. Z pierwszym, który stanowił zaprzeczenie wszystkiego co ja sobie wyobrażałam, nie miałam nic wspólnego.

Wtedy właśnie zaczęłam się zastanawiać jak by to zrobić, żeby pismo było interesujące, przyciągało wzrok i po prostu zachęcało do otwarcia i przeczytania.

Postanowiłam poszukać fachowca, który pomógłby mi uporać się z takimi podstawowymi problemami jak: kompozycja na stronie, format, rodzaj czcionki, łamanie. Znalazłam pana Edwarda Zborowickiego z Wydawnictwa Dolnośląskiego. My, ta pierwsza redakcja, na wszelkie sposoby próbowałam nazbierać tekstów, dużo pisaliśmy sami. Stworzyliśmy parę takich rubryk, które jak zauważyłam przeglądając ostatnie numery, utrzymały

się, np. dyżury, nowe specjalizacje, "Z kronik medycyny sądowej".

Miały więc sens.

Jako redaktor naczelny byłam dosyć ostra, nie pozwalałam sobie wcisnąć niczego, co uważałam, że nie powinno się w "Biuletynie" znaleźć. Nie było to najprostsze, bo pierwszy szef Izby, pan Sidorowicz usiłował nam w dosyć ostry sposób narzucić zarówno formę, jak i treść.

Ale udawało nam się jakoś bronić i żaden z jego nakazów nie ujrzał światła dziennego.

Nie twierdzą oczywiście, że wszystko było takie szalenie wartościowe. Zamieszczaliśmy prawdopodobnie wiele zupełnie banalnych informacji, które musiały się tam znaleźć, żeby wypełnić numer.

Mieliśmy paru takich autorów, którzy współpracowali z nami aktywnie od początku i których ja bardzo ceniłam. Byli to: Adam Głowacki, piszący teksty z pogranicza łaciny i medycyny, łaciny i języka polskiego, Zdzychu Plamieniak, Jurek Piekarski, utrzymujący się, jak zauważyłam w stopce redakcyjnej do dzisiaj, Bogdan Romanowski, uczestniczący aktywnie we wszystkich naszych poczynaniach i dbający o stworzenie miłej, dobrej atmosfery. Ogólnie, tak jak powiedziałam na początku: maksimum entuzjazmu przy minimum wiedzy.

Zanotowała Katarzyna Pocięjkin

Stale z redakcją współpracują:

prof. Barbara Świątek prowadząca rubrykę "z kronik medycyny sądowej", rzecznik prasowy AM, Katarzyna Pocięjkin (studentka medycyny), dorywczo lekarz-stażysta Emil Mikulski, prof. Janusz Bielański i in.

Rubrykę "Komputer w medycynie" prowadzą lek. Michał Sroka, lek. Jacek Kubica, dr inż. Kazimierz Frączkowski i dr inż. Marek Lubicz.

Krzyżówki dostarcza Darek Śniatecki (z redakcji "Rebusa"), zaś rysunki - Łukasz Bartoszewicz (student prawa).

Rozsyłany do
czterech województw

karskiego lecz atrakcyjnym, zróżnicowanym tematycznie miesięcznikiem, w którym lekarz znajdzie interesujące artykuły, pożyteczne informacje i rozrywkę.

Eksperyment trwa

można chyba powiedzieć, że "Biuletyn" wciąż jest na etapie eksperymentowania, poszukiwania własnego kształtu. Redakcja zaproponowała nową nazwę - "Remedium", przyjętą przez Prezydium na jednym z lipcowych posiedzeń. Próbuje wprowadzić nowe tematy i rubryki. Stale doskonalą organizację pracy redakcji - chodzi m.in. o sposób porządkowania materiałów w edytorze, współpracę z Norpol-Pressem, wypracowanie własnego stylu pracy. Dopiero od stycznia br.

Parę słów o finansach

Budżet na 1994 rok zakłada, że koszty tylko druku i kolportażu "Biuletynu" wyniosą 840 mln zł. Ten sam budżet zakłada, że z kwoty tej zwróci się około 150 mln zł uzyskanych z reklam w "Biuletynie". W pierwszym półroczu wpływy z reklam wyniosły 116 558 000 zł, a więc prawie 78% zakładanej kwoty.

Od stycznia br. płacone są honoraria autorom tekstów, rysunków i krzyżówki.

Redakcja



W nowej szacie graficznej, z propozycją stałej winiety i jednym dodatkowym kolorem wydano numer trzeci "Biuletynu". W tym kształcie ukazało się do końca 1991 roku 18 numerów, wydawane były regularnie co miesiąc, ich objętość wahała się od 6 do 20 stron. Stalymi współpracownikami "Biuletynu" stali się też nie-lekarze: Teresa Wilniewicz, pracująca w redakcji wrocławskiego "Notatnika Teatralnego" wykonywała korektę "Biuletynu", zaś F. Zborowicki zajmował się opracowaniem technicznym. "Biuletyn" zamieszczał artykuły problemowe, wywiady, listy, teksty związane z pracą samorządową, dowcipy, rysunki, zdjęcia, te ostatnie wykonywał bezpłatnie Paweł Golusik.

do "Remedium"

"Biuletyn" mało żywy

■ Rozmowa z Władysławem Sidorowiczem, pierwszym przewodniczącym DRL

- Był pan pierwszym przewodniczącym Izby Dolnośląskiej, podczas pana kadencji narodził się "Biuletyn".

Jaka była wtedy pana osobista koncepcja pisma?

- Izby Lekarskie powstały jako efekt obrad okrągłego stołu. Wydawało się, że powołanie korporacji zawodowej da pewne szanse na zintegrowanie rozbitego środowiska, pozbawionego swej reprezentacji.

Bazą naszego wtedy myślenia była koncepcja państwa, jeśli nie wrogię, to w każdym razie nieprzychylnego inteligencji. Ustawa

o izbach lekarskich stanowić miała więc przeciwwagę w stosunku do represyjnego państwa. Wobec tego, szybkie powołanie własnych środków komunikacji i możliwości dotarcia niezależnym kanałem informacyjnym do środowiska lekarskiego, potraktowaliśmy jako zadanie pierwszoplanowe. Bardzo szybko rozpoczęliśmy przygotowania do wydawania własnego pisma. I taki był jego początek - "przeciwko..".

Myślę, że konsekwencje tamtego strategicznego myślenia ponosimy jako środowisko do dzisiaj.

- Wyłoniła się wówczas pierwsza redakcja "Biuletynu". Współpraca pana z nią układała się różnie...

- Czy ja wiem. Wszyscy byliśmy debiutantami. Pewne konflikty są wpisane w naturę rzeczy, a demokracja to tylko cywilizowany sposób ich załatwiania. Warunkiem jest jednak otwarta postawa i poszukiwanie prawdy. Nieporozumienia z "Biuletynem" wynikały m.in. z tego, że próbowałem bronić otwartości tego środowiska na problemy ogólne służby zdrowia. Pamiętam, że takim bulwersującym mnie do dziś artykułem, był umieszczony na pierwszej stronie jednego z wcześniejszych numerów "Biuletynu" tekst, atakujący bezwzględnie i bezpardonowo pielęgniarstwo. Długo rozmawiałem wtedy z redakcją, starając się ją przekonać, że nasz izbowy organ nie powinien w taki sposób przedstawiać innej, pokrewnej grupy zawodowej. Niepokoiło mnie też niedostrzeganie przez autora tego, jak bardzo zastępczym tematem jest, trawiący do dzisiaj służbę zdrowia, konflikt między lekarzami i pielęgniarkami.

Zresztą, problem relacji między organami izby a biuletynem czy mass-mediami w ogóle, nie jest specyficzny dla naszego środowiska. Może obecnie te relacje są bardziej dojrzałe, ze sporą dozą autonomii publicystyki. We wstępnej fazie jakoś inaczej mogliśmy to sobie wyobrazić i pewne konflikty, które myślę trochę się mitologizuje, na tym etapie rozwoju były nieuniknione.

Każdy chce mieć kombatancką przeszłość i próbują ją też teraz tworzyć koledzy redaktorzy. Dlatego trochę z uśmiechem mogę dziś na to spoglądać.

- Jak ocenia pan ostatnią postać "Biuletynu"?

- Nie śledzę go, mówiąc szczerze, zbyt pilnie, ale zauważam pozytywną tendencję: pismo jest ciekawsze i myślę, że dobrze się w nim dzieje. Mielśmy trochę szczęścia, że we Włodku Bednorzu, pilnującym "Biuletynu" na początku, odezwały się takie pokłady twórcze, mieliśmy więc zawsze jedno z lepszych pism i inne izby na nas się wzorowały.

Natomiast co miałbym "Biuletynowi" do zarzucenia.

Jest on mało "żywy", nie uderza w zasadniczy dla mnie problem tzn. służby zdrowia, tkwiącej w starych, postsocjalistycznych strukturach w warunkach już zmienionego ustawodawstwa.

Pismo pozostaje w opcji bardziej związkowej niż korporacyjnej. Ma na to niewątpliwie wpływ utrwalony, nieco anachroniczny schemat, w którym funkcjonuje nasz samorząd. Izby stały się trochę rzecznikiem ładu konserwatywnego, a kiedy patrzę na liderów Izby, to widzę, że ciągle jest tam duża grupa ludzi, którzy na negatywnym stosunku do władzy, próbują



Od początku bieżącego roku "Biuletyn" znów ukazuje się w zmienionej szacie graficznej, większym gazetyowym formacie, od lutego jego objętość wynosi 24 strony. Zatrudniono Agatę Pawińską - również studentkę V roku filologii polskiej, po jej odejściu w czerwcu zastąpiła ją Joanna Racka - tegoroczna absolwentka Uniwersytetu Wrocławskiego.

Opracowaniem graficznym zajmuje się redaktor techniczny Ryszard M. Dudzik, pracownik Norpol-Pressu, w którym wykonuje się skład komputerowy i druk "Biuletynu". Do wydawnictwa przekazywane są materiały na dyskietce. Wpisywaniem tekstów w edytorze Word Perfect zajmuje się Patrycja Malec z biura DIL.

Zmienił się również redaktor naczelny. W. Bednorz zrezygnował z pełnienia tej funkcji ze względu na inne liczne obowiązki i zaproponował na swoje miejsce A. Wojnar. Rada DIL na styczniowym posiedzeniu zaakceptowała tę zmianę.

budować swoją pozycję. Oczywiście, bo nie tędy droga.

Można powiedzieć więc, że "Biuletyn" w małym stopniu dostrzega rzeczywiste osie konfliktów i podziałów, istniejących w opiece zdrowotnej.

- Postulowałby pan poruszenie przede wszystkim tematu...

- Docelowej koncepcji służby zdrowia, opartej o model "wolnego strzelca" - lekarza rodzinnego i wy marszu ludzi ze zorganizowanego na model socjalistyczny systemu leczenia, w kierunku wolnego praktykowania, w miarę możliwości na prywatnej bazie. W jakimś stopniu miejscem przygotowującym kolegów do tych nowych ról powinna być korporacja. I to jest mój główny w stosunku do niej zarzut: w małym stopniu dostrzega inercję i pewien bezwład, który powoduje, że już w warunkach zmienionego ustawodawstwa nie wywiera się presji na zmiany systemu, nie pokazuje tych przykładów, gdzie ludzie trochę się ruszają. Ostatnio oglądałem pierwszy w

Polsce, jak głosiły nagłówki gazet, ośrodek medycyny rodzinnej w Żywcu. Tam redakcja "Biuletynu" jeszcze nie było! Macie więc bojowe zadanie: radzę pojechać i zobaczyć.

"Biuletyn" jest bardzo uwikłany klinicznie. A klinicyzacja nie stanowi wcale osi opieki zdrowotnej, ale właśnie lekarz pierwszego kontaktu.

- Czego życzyłby pan "Biuletynowi" a właściwie "Remedium" na następne 50 numerów?

- Żeby dalej się rozwijało, żeby wokół zespołu redakcyjnego tętniło życie, żebyście państwo trzymali rękę na pulsie aktualnych problemów i próbowali rozminować ten tak bardzo zmistyfikowany teren, jakim jest system opieki zdrowotnej. Tyle kłamstw, tyle grupowych i niegrupowych interesów, które się tu ścierają...

Naprawdę, jest to miejsce na tęgie głowy i życzę wam, żeby nigdy ich nie zabrakło.

- Dziękuję.

Katarzyna Pocięjkin



W styczniu 1992 roku skład komputerowy "Biuletynu" przejęła wrocławska "Orpha" Spółka z o.o. Jej pracownik Piotr Kawecki zaproponował nową szatę graficzną "Biuletynu", główki stałych rubryk, dodatkowe trzy kolory i mniejszy format. Przez dwa lata: 1992 i 1993 ukazywał się "Biuletyn" w takim właśnie opracowaniu. Jego objętość: 32 strony - ustaliła się w 1993 roku. W ostatnich dwóch latach nastąpiły liczne zmiany w składzie redakcji. Odszedł jej pierwszy sekretarz - dr Romanowicz i redaktor techniczny p. Zborowicki. Od lutego 1992 r. redaktorem naczelnym "Biuletynu" był dr Włodzisław Bednorz, który zastąpił pełniącą wcześniej tę funkcję dr Joannę Bromirską. W 1992 roku stała współpracą z redakcją nawiązał dr Andrzej Wojnar - od września 92 zastępca redaktora naczelnego. Również w 1992 roku zatrudniono w wymiarze pół etatu dziennikarkę, panią Zofię Gebhard. Po jej rezygnacji z pracy w Izbie przyjęto w listopadzie 1992 roku Katarzynę Ziembowską (studentka filologii polskiej).

c.d. ze str. 1

W 1990 roku, gdy nowe czasy i izby lekarskie nastały, koledze Kazimierzowi Bojarskiemu, prześwietnemu laryngologowi i doktorowi nauk medycznych (wtedy jeszcze nie) myśl zaświtała, aby fakt ten uczynić. I tak urodził się pomysł zorganizowania Plenaru Izby Lekarskiej.

Miejsce - Sokolec, ośrodek KWK Nowa Ruda, wokół którego z oddali góry i lasy cieszą oko, a teren zadbane, ukwiecony, życzliwe kierownictwo wolną rękę daje do realizowania najbardziej zwariowanych, nawet demolujących ośrodek, pomysłów scenograficznych. Niebagatelny jest fakt, że łóżka hotelowe są na miejscu. Czas - najlepiej czerwiec, bo i zielono już i pogoda bardziej pewna, a doktory przed urlopami zmęczone, bardziej doceniają rozrywkę na łonie natury, oczywiście w wolną sobotę po południu.

Jakie "sporty" doktory mogą uprawiać bez nadmiernego narażania swoich serc szlachetnych? Decyzja zapadła po długich obradach: organizujemy turniej ping-ponga i turniej rzutów do celu, oczywiście, indywidualnie i zespołowo. Będą medale i przechodni Puchar Prezesa dla zwycięzców. I tak zostało aż do V Plenaru. Doktory toczyły zacięte sportowe boje o miejsce medalowe, a medale w każdym roku były inne: z kryształu, ze szkła, z metalu, z drewna, z podków końskich, zawsze pięknie grawerowane, na wstęgach kolorowych wiszące, poparte pamiątkowymi dyplomami. Puchar Prezesa, ważący 25 kg, wykonany z granitu, wręczali ekipie zwycięskiego szpitala między innymi prezes Madej i prezes Bednorz (co zdecydowanie podniosło jego rangę), obaj na uginających się od wysiłku nogach.

Po sportowych rozrywkach robimy kabaret! Wszyscy zasiadają przy obficie w jadło i napitki zastawionych stołach, a nasz wspaniały Lili Fontello vel Kazimierz Bojarski poprowadził bravurowo tę część. Koniecznie wszyscy muszą śpiewać, więc należy wydrukować śpiewniki, powinna być okolicznościowa pieczęć i jakieś pamiątkowe drobniaczki dla każdego...

I tak powstawały coraz to nowe pomysły, nie wszystkie udało się zrealizować na I Plenarze, trzeba więc było zrobić drugi, a potem trzeci... Plenarowy Komitet Organizacyjny liczący 22 osoby postawił sobie na wstępie za punkt honoru, aby każdy następny plenar był lepszy od poprzedniego. Czy się udało? Chyba tak. Zainteresowanie plenarami rosło bowiem z roku na rok, przy czym najbardziej oczekiwano zawsze kabaretu.

Wszystkich nurtowało pytanie: "Komu w tym roku dołożą?..."

Coroczne przygotowania do kolejnej imprezy rozpoczynały się już w styczniu. Nasze głowy były pełne różnych, często ekscentrycznych pomysłów, których realizację rozpoczynaliśmy od zwrócenia się po gotówkę do Rady DIL.

Zawsze wzbudzało to zdziwienie, bo termin plenaru daleko, a pieniądze mają być już (bywało, że i boje trzeba było o nie toczyć). Tymczasem średni czas przygotowania imprezy wynosił 3-4 miesiące, a im termin bliższy, tym stawały się one bardziej intensywne, wręcz gorączkowe. Kolega K.S., skarbnik - sknera, z urzędu grosze liczył, rozliczał, wydzybiał i straszył, że zabraknie. A organizatorzy w pocie czoła budowali, malowali, wiercili, kaligrafowali, kleili, powielali, szaleli po hurtowniach, buszowali w rekwizytorni zaprzyjaźnionego teatru, mobilizowali do pomocy własne dzieci i przyjaciół. Przybywało z roku na rok atrakcji: na zielonej łące pojawiło się stoisko księgarskie, dealerzy samochodowi, firmy farmaceutyczne. Rzucaliśmy wianki do "falującej wody" w basenie, ścigaliśmy się w australijskich łodziach samobież-



Fotografujemy się zgodnie ze starym zwyczajem



Fragment zespołu SEVENDUP w kolejnym występie

V Plener

Lucyna
Masłowska-Szczepińska

nych, fotografowaliśmy w wypożyczalni z teatru strojach z różnych epok. Na V Plenarze przygrywała "dęci" ostatnia pozostała jeszcze Orkiestra Górnicza, a doktory siły swe wzmacniały pod kolorowymi parasolami popijając piwo, zagryzając chlebem z smalcem i ogórkami małosolnymi. Na tymże plenarze kolega Kazimierz Bojarski zrealizował marzenie swego życia: wjechał na białym koniu, ubrany w wytworny frak, cylinder i wzbudził ogólny aplauz, dał sygnał do zabawy. Dbaliśmy również o dekorację sali, starając się, aby scenografią dopasować do nazwy plenaru. I tak na III Plenarze, zwanym "olimpijskim", sala przypominała wystawę sklepu sportowego, płonął znicz, a na zewnątrz łopotał wiatr żagiel surfingowy pokryty warstwą śniegu. IV Plenar zwał się "drogowo-dezorganizacyjny", a starożytna organizacja służby zdrowia odzwierciedlała szeroka, dwupasmowa szosa na suficie i obficie, acz bezwładnie rozstawione znaki drogowe, z przewagą znaku stop. Ostatni, piąty, zwał się "pseudokulturalny-robotniczo-chłopski" (przymiotnika pseudokulturalny użyliśmy za przykładem pełnomocnika DIL). Na zewnątrz zadziwiał swą wielkością 10-metrowy wiatrak, studnia z żurawiem i wykonany specjalnie na tę okazję, naturalnej wielkości bocian w gnieździe, sala zamieniona została na wnętrze chaty wiejskiej.

I Plenar był skromniutki, niemniej zapoczątkował pewne "obrzędy", które weszły w tradycję. Rozpoczęliśmy go "Piosenką Wiodącą", która takową pozostała przez wszystkie następne. Oto jej fragment:

Jest taki zwyczaj lekarski
Dawny, bo stary jak świat,
Gdy po dyżurze, przecież nie w biurze
Lekarz zmęczony chce spać.
Wspomnienia nam pozostaną,
Wiara, że lepiej ma być,
Nie reformował byle konował
Nas i lekarskich tych izb.
A gdy... i Ty...
Z reformą chcesz być na "ty".
Honor z humorem, walcz z uporem
"wziątki" bierz zawsze na kwit.

Przy dźwiękach fanfar czterech słownie przybranych doktorów wnosili ogromną, ludowo malowaną skrzynię. Wkraczał również Lili Fontello czy Kazimierz Bojarski, główny twórca i odtwórca kabaretu, szef Partii Placem czyli pravicowo-lewicującej awangardy centrystów, organizacji ekstremnie bojówkowej. Towarzyszył mu ksiądz lub pop (albowiem plenary były ekumeniczne), który święcił zebranych, a co poniektórzy "świętą" dłoń całował i następowało odczytanie "ewangelii".

Idea kabaretu była jasna: śmiejąc się sami z siebie, aby inni się z nas śmiali! Wytykano i obśmiewano poczynania kolegów w szeroko rozumianym postępowaniu medycznym jak i co bardziej trafne i brzemienne w skutki decyzje administracyjne. I tak hitem V Plenaru była łzawa, lecz bojowo odśpiewana pieśń, sławiąca historyczny fakt likwidacji Szpitala Górniczego z 20-lecie jego istnienia. Tak śpiewano:

Po co było czekać, aż nas ktoś rozpierzy?

Chłopsko- -Robotniczo- -Pseudokulturalny

Mogliśmy to sami, zawsze my naj-
lepsi.

Wreszcie w Jubileusz ten "Dwa-
dzieścia lat"

Obcy nam górniczy zniszczył szpi-
tal - ten nasz kat.

Szpital nasz Górniczy, innym solą
w oku.

W myślach i uczynkach i na każdym
kroku.

Rozwalić co dobre, zdeptać wszy-
stko w pył.

I w Świdnicy mówić: "że Górniczy
Szpital - był...".

Przerywnikiem numerów scenicz-
nych był chóralny śpiew wszystkich
uczestników dzierzających w dłoniach
otrzymany przy wejściu śpiewnik oko-
licznościowy. Na wspomnianej już
skrzyni sadzano wyróżniających się w
swej działalności doktorów, którzy
znosić musieli kabaretowe katusze,
wysłuchując przyśpiewek na swój te-
mat. Wzbudzały one salwy śmiechu



Chrzest winny kolegi Kazimierza Bojarskiego, imię winne: Kolekcjoner



Kazimierz Bojarski Lili fontello "z ulgą zsiada z białego konia po triumfalnym wjeździe"

odbijające się od okolicznych szczytów
górkich, a echo niesło je do Wałbrz-
cha. Za cierpliwość przysługiwały na-
grody, takie jak ogromna czerwona
łopata "sercówka" dla przedstawicieli
NRL ułatwiająca przekopanie drogi do
Wałbrzcha, czy para królików o
wdzięcznych imionach Bzykacz i De-
legaturka, które otrzymał prezes Bed-
norz dla powiększenia żywego
inventarza DIL-u.

Stałym i merytorycznie uzasadnio-
nym punktem programu było przyzna-
wanie "Narty Przechodniej" dla
"najwydajniejszego" oddziału szpital-
nego. Zgodnie z ustnym przekazem, jej
fundatorem jest dziadek Lili Fontello -
Łukasz, który z trudem dotarł do niej z
Nowosybirsk do domu w Krasnym-
stawie w 1956 roku. Zasady przyzna-
wania tego cennego trofeum były ściśle
tajne, a protokoły nie podlegały wglą-
dowi. Aktualnie "Nartę Przechodnią"
dzierży Oddział Chirurgii Szczękowej.
Innym, niemniej cennym wyróżnie-
niem był Order Zderzaka. Otrzymał go
doktor, który w ostatnim roku w sposób
najbardziej efektywny i efektywny za-
liczył "krakę samochodową". Na IV
Plenerze laureatką pleneru została oku-
listka Jolanta Ludziak. Kulminacyj-
nym punktem programu było
nadawanie Imienia Winnego wybrane-
mu przez Kapitułę Do Spraw Nadawa-
nia Imion Winnych doktorowi, którego
zasługi były szczegółowo i wszech-
stronnie analizowane po całorocznej
obserwacji. Dotychczas zmoczone ob-
rzędowo przednim winem głowy kole-
gom: Stefanowi Sekuli-imię winne



... właśnie leci kabarecik...

Bulaj, Wojciechowi Ziółkowskiemu-
imię winne Chwiejny, Lucynie Masło-
wskiej-Szczęśny-imię winne Szalona
Józia i Kazimierzowi Bojarskiemu -
imię winne Kolekcjoner. W czasie ce-
remonii dostępujący zaszczytu, będąc
zakneblowany i spętany, musiał wysłu-
chać stosownej oracji, poddać się egza-
minowi z łaciny i wymyślnym
zabiegom "oczyszczania". Ale zdaje
chrztu była okazała metryka i odpo-
wiadający nadanemu imieniu prezent.

Potem już tylko tradycyjnie odśpie-
wana piosenka "Stańmy bracia wraz".
Syci i napici uczestnicy zmierzali

w kierunku płonącego ogniska, a świe-
że górskie powiewy kołysły ich rozpalo-
ne głowy. I znowu śpiewy i nocne
doktorów rozmowy, hulanki do białego
rana przy strzelających z hukiem sztuc-
znych ogniach.

Zatem:

Nie pozwólcie nigdy skończyć z plenerami
One tutaj na Sokolcu muszą być.
Zawsze w czerwcu, w każdym roku
Wśród zieleni, gór, potoków,
O to proszę, serce oddań Kazik B.
Choć wruszenie dech zapiera
Plener Piąty kończy teraz.

-A więc mówi pan, że chciał odpocząć? Do-
brze, ale przecież zna pan przepisy. Kodeks Pra-
cy i tak dalej. Urlop wypoczynkowy przysługuje
dopiero po roku zatrudnienia. Po dwunastu mie-
siącach - dokładnie. A u pana? Nie minęło dzie-
sięć i już poczuł się pan tak zmęczony, że musiał
koniecznie odpocząć. To po co pan tak wcześ-
nie zaczynał? Dwa tygodnie po dyplomie? Po
co? A więc wziął pan urlop bezpłatny. Dobrze.
Urlop kończył się w czwartek. I co? W piątek, w
pracy pana nie było. Kolego, to nie żarty. Ma pan
szczęście, że nie potraktowaliśmy tego jako bu-
melki. No, ale niech pan się nie martwi. -Zastę-
pca dyrektora ds.lecznictwa uśmiechnął się
pojednakowo, błysnąwszy okazałym złotym zę-
bem. - Wie pan kolego, muszę pana jednak w
jakiś sposób ukarać. Co powiedzieliby starsi ko-
ledzy, gdybym to tak zostawił? Pan i ten drugi
artysta, jak mu tam? Zdaje się Andrzejewski.
Więc postanowiliśmy, że nie otrzymacie dodat-
ku motywacyjnego. Wiem (tu podniósł rękę)
wiem, że pacjenci są z was zadowoleni. Ale to
nie wszystko. Organizacyjnie jesteście do kitu,

Drugi oddech stażysty

po prostu do kitu. No, ale nie martwie się (zno-
wu uśmiech i błysk złotego zęba) ogólnie jeste-
śmy z was zadowoleni. Myślę, że będziecie
dobrymi lekarzami. Aha, jeszcze co do tego wy-
jazdu na posiedzenie do Wrocławia. Zastanawia-
liśmy się nad tym z szefem. Niestety, nie możecie
pojechać. Przynajmniej na razie. Przecież byli-
ście niedawno na jakimś kursie, chyba w ZUS
jeśli się nie mylę? A na jaki temat ma być to
szkolenie?

- Leczenie niewydolności krążeniowej panie dy-
rektorze.

- Niewydolności krążeniowej? Nie wiem, czy
pan zauważył, że często te wszystkie nowinki są nie
sprawdzone, niekiedy są to po prostu domysły. A
życie przecież jest inne, bardziej brutalne. W naszej
pracy nie ma czasu na dzielenie włosów na czworo.

Dobrze kolego. Wiem, że trzeba się szkolić, że
wiedza jest podstawą, kluczem naszego działania.
Wiem. Umówmy się. Popracuje pan jeszcze trochę,
ukończą pan staż. I powiedzmy, tak za dwa, trzy lata
otworzymy panu specjalizację. Chce pan z kardiolo-
gii - dobrze, niech będzie z kardiologii. Ale zdaje
się mówił pan o chirurgii. Rzeczywiście, przecież
nie można tak nic nie robić, trzeba się kształcić,
szkolić. Pojedzie pan na kursy, posłucha, może
zrobi pan nam z tego jakiś wykład. Tak dla ścisłego
grona zainteresowanych. Wie pan, było tu u nas
Koło Naukowe. Doktor Kazimierski akurat robił
doktorat. Prosiłiśmy go więc, aby się tym zajął. I
robił to wspaniale. Ale cóż. Wyjechał do innego
miasta, mniejszego. Szpital też małutki, tylko dwa
oddziały. Nie umywa się do naszego. Anestezjologa
potrzebowali. Nie wiem do dzisiaj, czym go zachę-

cili. To co? Umowa stoi? Będzie pan robił specjali-
zację i wtedy będzie pan jeździł na szkolenia. Pani
Irenko, proszę połączyć mnie z dyrektorem Paczko-
wskim z nadleśnictwa. Już ma pani, dziękuję. I co
Władek, będzie jutro to polowanie? Na którą zamówi-
liście samochód? Wycofując się tyłem, zawadziłem
z hałasem o róg stojącego obok stolika. Spoczął na
mnie zimny wzrok zastępcy dyrektora ds. lecznic-
stwa. - Tak Władek, będziemy w komplecie, to do
jutra, serwus!

Wysunąłem się czym prędzej na korytarz i nie
domykając drzwi zbiegłem po schodach. Minąłem
pachnący lizolem korytarz oddziału chirurgii, po-
tem kolejne schody. Parter. Izba Przyjęć. Prze-
pchnąłem się szybko przez gwar, ale
zdyscyplinowany tłum.

- Co pan? Co się tak pchasz! Nie widzisz, że
starsza kobieta stoi?

- Niesłyszalne słowa przeprosin, opuszczona je-
szcze niżej głowa. Boczna brama na dziedziniec.
Błyszczący w majowym słońcu bruk, śpiew pta-
ków, szum wiatru. Szybkie spojrzenie na zegarek.
Już dwunasta. Pacjenci czekają.

Jacek

Budzę się, niezbyt zorientowany, gdzie jestem. Mija dłuższa chwila, po której przypominam sobie, jak się tutaj znalazłem. Zabułam jasno. Nie przestawiłem wczoraj zegarka na tuższy czas, więc nie wiem, czy to jeszcze poranek, czy już popołudnie. Wygrzebuje się z koi, stoję na środku mego apartamentu i zastanawiam się, od czego rozpocząć urzędowanie. Życie - jak zwykle w takich momentach - samo dyktuje kolejność działań. Po podłodze wędruje sobie spokojnie całkiem pokaźne stadko wypasionych karaluchów. Nie cierpię wszelakiej maści robactwa, więc nasza krótka znajomość kończy się charakterystycznym chrzęstem. Stan sanitarny statku jawi mi się w kolorach ciemniejszych od różowego.

Ubiaram się w lżejsze rzeczy, wygrzebane jakoś z dna worka. Uchylam drzwi i nieśmiało wychylam głowę za zewnątrz. Na korytarzu pustka, lecz pozostałe zmysły notują cichy szum jakichś maszyn i, dobiegający z bliżej nieokreślonego kierunku, bardzo miły zapach. Ani chybi, gdzieś na okręcie jest kuchnia, a wysiłki jej personelu sprawiają mi w stan lekkiego podniecenia. Natychmiast mój żołądek daje znać, że jest przeraźliwie pusty. Odkładam więc poranną (?) toaletę i wiedziony traperskim instynktem ruszam na poszukiwanie źródła zapachów. Typuję drzwi, zza których zapachy są najmocniejsze i trafiają do restauracji, zwanej tutaj mesą. Przy gustownie nakrytych stołach pusto. Lustruję bacznie salę, gdy ktoś wpada mi nagle na plecy. Odskakuję jak oparzony. Mimowolnym sprawcą kolizji jest starszy jegomość, dzierzący w obu dłoniach strasznie dużo... noży. Pirat!! - myślę gorączkowo - Tutaj?

- Dzień dobry - witam się cokolwiek mechanicznie.

- Dobry - odpowiada Pirat - A pan szanowny, to niby kto?

Pytanie wydaje mi się całkiem sensowne i postawione we właściwym momencie.

- Podobno mam tu leczyć ludzi - siłę się na skromność.

- Aaa, pan doktor. Znaczący, medycyna na burcie. Stary rano pana szukał - melduje Pirat. Po chwili rozmowy wszystko staje się jasne. Rzekomy Pirat, to steward, czyli morski kelner. Wprawny ruchami pozbywa się na rzedzi mordy, wyjaśniając mi przy okazji to i owo. Już wiem, gdzie mam swoje miejsce. Podaję mu moje ulubione potrawy, tudzież wymagania ilościowe. Ustalamy wspólnie, że przespałem, oprócz wczorajszej kolacji, także dzisiejsze śniadanie i obiad. Wychodzi na to, że przerwałem kontakt z rzeczywistością na ponad 20 godzin....

Zadowolony z wyników żywnościowego rekonesansu, wracam do siebie i po odnalezieniu właściwego klucza z lubością wskakuję pod prysznic. Odświeżony, zorientowany w czasie i przestrzeni, korzystając ze wskazówek stewarda ruszam na poszukiwania mojej nowej Dyrekcji. Niebawem pukam do właściwych drzwi.

Zachęcony czymś w rodzaju gardłowego pomruku, ryzykuję wejście do środka. Witamnie, nieco ospale, mój Szef. Szczupły, około pięćdziesiątka, typ wrzodowca - w nim nie przypomina kapitana statku z literackich opisów. Wyraźne ślady przekazywania obowiązków, obecne i w kabinie i na jego twarzy, tłumaczą całkowicie brak wylewności i entuzjazmu przy powitaniu. Przedstawiamy się sobie wzajemnie, po czym Stary przechodzi do konkretów.

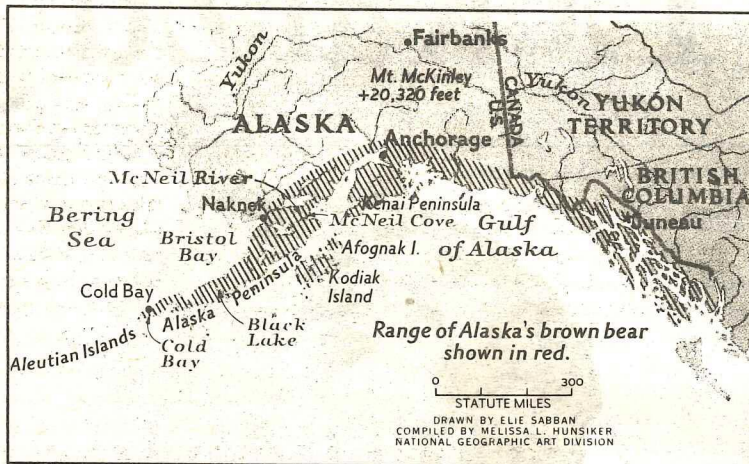
- Szukałem pana już przy śniadaniu - skarży się z przyganą w głosie - Łeb mi pęka. Albo mi pan coś dasz, albo nigdzie nie płynięmy.

Całkiem nieźle zaczynam działkę

Przygody naszego bohatera rozpoczynają się tak naprawdę dopiero na statku, na którym przyjdzie mu spędzić długi, ale jakże niezwykle czas jego życia. Ubrany służbowo, z trzydziestokilogramowym workiem na plecach rusza na "podbój mórz i oceanów". Swoją podróż rozpoczyna u wybrzeży Alaski.

medyczną- ratuję dowództwo. Wymieniamy szeroki wachlarz poglądów na temat metod walki z kacem. Stary ożywia się wyraźnie przy dokładnym referowaniu metody "klin - klinem". Wobec wszechobecnych specyfików, użytecznych w tym typie rekonwalescencji, przekonuję kapitana do próby snu i jakoś wymykam się na zewnątrz. Ani chybi, próbował znaleźć towarzysza do walki z powracającym uczuciem braku należytej porcji promili we krwi.

Trafiam akurat na podwieczorek. Pirat, pomny moich zaległości, serwuje mi porcję w miarę oczyszczania kolejnych talerzy. Poznaje w ten spo-



epidemiologii i chorób zakaźnych. Lis ociera się prawie o nasze nogi, a ja zastanawiam się, czy brak bojaźni to objaw wścieklizny, czy po prostu zwierzę nigdy nie zaznało krzywdy od człowieka. Są jeszcze miejsca, gdzie Ziemia odsłania nam swoje prawdziwe oblicze - oby ich jak najwięcej.

Wracając, omawiamy już tylko sprawy zawodowe. Tablica na trapię informuje, że odbijamy nazajutrz wieczorem, lub pojutrze rano. Moment ten limitowany jest samopoczuciem dowództwa, a z tym podobno jest lichy.

Kolację pochłaniam z wilczym

Płynę na Pacyfik!

Wspomnienia lekarza okrętowego

część II

Wojciech Kopacki

sób moje możliwości. Po posiłku wyraźnie tracę ochotę na bycie doktorem. Odzywa się we mnie dusza podróżnika. Pokonuję znany mi już labirynt żelastwa w drodze na podbój Alaski. Wpadam na pomysł zlokalizowania pozostałych kolegów po fachu. Na środkowym okręcie brak cyrulika, za to na najbliższym odnajduję medyka. Po krótkiej rozmowie ruszamy razem na brzeg. Kolega jest

tutaj, z żadnych książek nie wyczytam. Kolega całkiem przystępnie wyklada mi filozofię morskiej medycyny. Wszystkie jego uwagi okazały się niebawem niezwykle cenne.

Zostawiam sprawy medyczne na boku i poświęcam się percepcji wszystkiego, co mnie otacza. Trzeba zobaczyć wszystko, bo być może jestem tu po raz pierwszy, a zarazem ostatni. Przyroda Alaski - w sporym stopniu dziewczica - robi na mnie kolosalne wrażenie. Spory efekt dają, ustawione co 50 metrów, olbrzymie tablice z napisami ostrzegającymi przed dziki-

dy. W sklepie o wystroju znanym z wielu filmów (wszystko pod jednym dachem) kupuję kilka pamiątkowych drobiazgów i parę puszek soków. Spacerujemy jeszcze dwie godziny, co jakiś czas spotykając małe grupy rodaków. Oddaliwszy się nieco od zabudowań, mamy okazję obserwować prawdziwą przyrodę. Pogwizdywania psów preriowych, które dzięki lornetce kolegi udaje mi się zobaczyć wśród traw, towarzyszą nam przez cały czas. Obserwujemy mnóstwo ptaków, zupełnie u nas nie występujących. Na horyzoncie góry

apetytem, po czym udaje się do pomieszczeń statkowej kliniki.

Już pobieżny rzut oka wystarcza, bym dokładnie przypomniał sobie obietnice z lądu. Statek-klinika w rzeczywistości okazuje się być bardzo mizernym sanatorium, a raczej punktem opatrunkowym. Pomieszczenia niebawem brudne, zaopatrzenie w leki bardzo ubogie, jeszcze gorzej sprawy mają się ze sprzętem. Z szaf unosi się fetor trudny do zniesienia. Ambulatorium nie wietrzono chyba od miesiąca. Postanawiam więc rozpocząć generalne porządki, układając wszystko czym dysponuję po "swojemu".

Wywalam wszystko z szaf, odnajdując źródła smrodu.

Dogrzebuje się do dokumentacji medycznej i w przerwach podczytuje sobie o tym, co takiego działo się na tym statku. Przeciętnie wyposażona karetka pogotowia, to przy moim ambulatorium super-szpital.

W normalnych, tzn. lądowych warunkach, nikt zdrowo myślący i choć trochę odpowiedzialny za to co robi nie zgodziłby się przejąć we władanie takiego gospodarstwa. Ale tu stoję pod ścianą - po prostu nie mam wyjścia.

Nazajutrz ściagam kolegę, który ratuje mnie doraźnie, przynosząc od siebie kilka pudełek leków.

Wieczorem, po kolacji, nasz trawler, jako pierwszy odbija w morze.

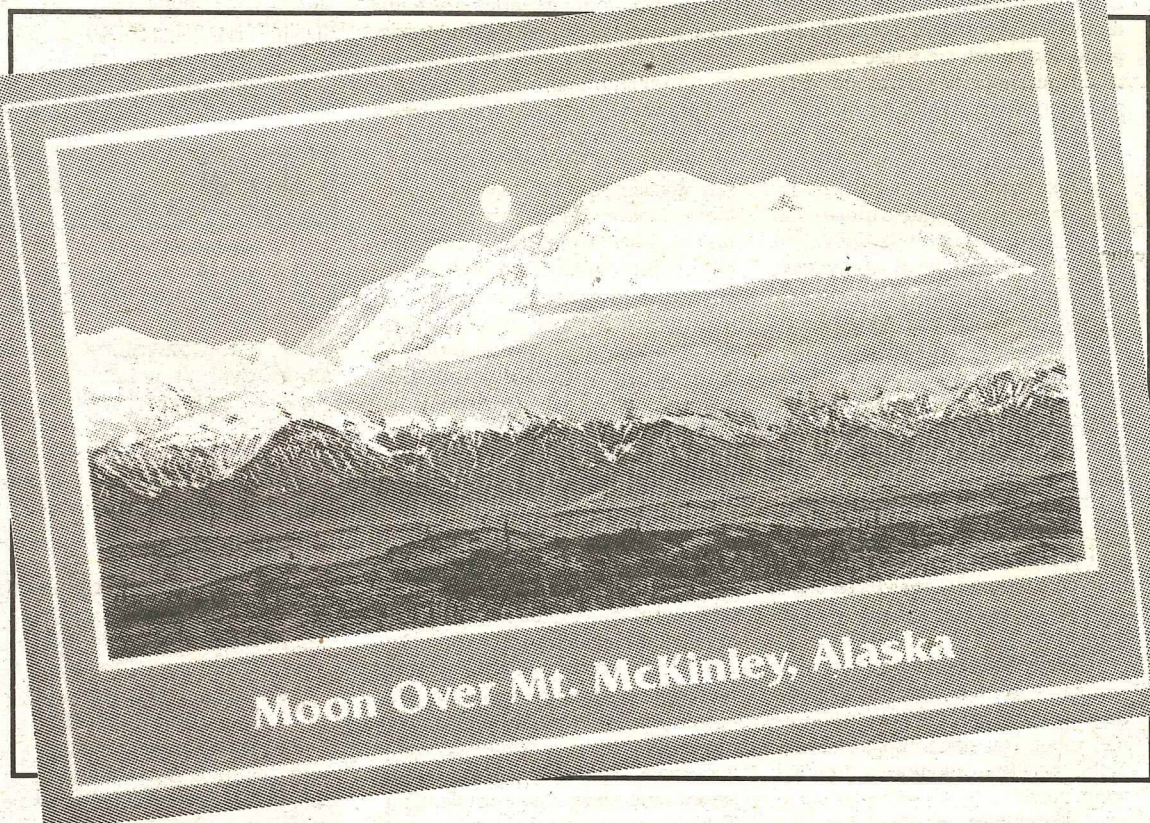
Donośne buczenie syren obwieszcza ten fakt całemu światu. Machamy na pożegnanie naszym towarzyszom.

Jest jeszcze jasno. Stoję więc na pokładzie, oparty o reling i długo obserwuję malejące zarysy lądu. Zastanawiam się, czy jeszcze to wszystko kiedyś zobaczę.

Wracam do siebie. Herbatka, pasjonująca lektura księgi ambulatoryjnej z poprzednich rejsów, kilka kolejnych morderstw na bezbronnych karaluchach. Niebawem stwierdzam, że nic tak nie układa do snu, jak łagodne bujanie statku i cichy, w mojej kabinie, szum maszyn. Nawet nie wiem, kiedy usypiam.

Nie tylko dotarłem na Pacyfik. Ja po nim płynę!

cdn.



miły, przystępny, ze sporym doświadczeniem morskim. Okazuje się, że mieszkamy w tym samym mieście i w tej samej dzielnicy, co staje się pretekstem - mimo różnicy wieku - do przejścia na "ty". Znakomicie ułatwia to nasze dalsze kontakty. Zasypuje koleżę gradem pytań o wszystko, co przyjdzie mi do głowy. Zdaje sobie sprawę, że tego, czego się nie dowiem

mi niedźwiedziami. Jest ich sporo (tablic, nie misiów), a ostatnia zawiera w swej treści typowo amerykańską konkluzję: "Pamiętaj, zostałeś ostrzeżony". Po cichu liczę, że o tej porze roku misie mają ciekawsze zajęcia, niż konsumpcję eskulapów z dalekiej Europy, i uda mi się w całości wrócić na statek.

Docieramy do znanej mi już o-

lodowe zlewają się z szaroniebieskim niebem. Próbuję zlokalizować w oddali jakiegoś misia, ale tym razem nie dopisuje mi szczęście. Za to powoli zbliża się do nas, nie zdradzając żadnego lęku, prawdziwy lis. Białobrazowe futro w niczym nie przypomina znanego u nas rudzielca, poza tym jest wyraźnie większy. W myślach odtwarzam sobie wszystkie wiadomości z

"...kobieta, przez to samo,
że jest zdolna
zostać lekarką
ma prawo nią być."

A. Wrzosek,
"Krytyka Lekarska", 1899, nr 6.



Kobieta związana była z leczeniem od zarania dziejów. Dopiero jednak w drugiej połowie XIX wieku dzięki ruchowi emancypacyjnemu, kobiety zaczęły pokonywać barierę dyskryminacji w możliwości studiowania i uzyskiwać dostęp do uniwersyteckich wydziałów lekarskich.

Postępujący proces równouprawnienia kobiet w zawodzie lekarza w Polsce doprowadził w niecałe sto lat później do feminizacji tego zawodu.

Ruch emancypacyjny w tym zakresie można podzielić na trzy okresy:

1. Walka o emancypację.
2. Od uzyskania równouprawnienia do feminizacji zawodu lekarza.
3. Feminizacja grupy zawodowej lekarzy.

Pierwszy okres rozpoczyna podjęcie pracy w 1980 r. przez pionierkę w tym zawodzie w Polsce dr Annę Tomaszewicz-Doborską (1854-1918). Jej bowiem, wychowawce uniwersytetu zurychskiego,

nej, dr Elizabeth Blackwell (1821-1910) była Amerykanką i podjęła pracę w tym zawodzie w 1851 r. w Nowym Jorku.

Dr A. Tomaszewicz-Doborska ukończyła studia w Zurychu, Szwajcaria bowiem na kontynencie europejskim jako pierwsza umożliwiła kobietom studia lekarskie. Za przykładem Zurychu, poszła wszędzie w Bernie. W 1874 r. pierwsza na ten Wydział Lekarski immatrykułowała się Polka. Trzeci z kolei dopuścił kobiety do studiów lekarskich uniwersytet w Genewie. Dla porównania: Francja udostępniła kobietom swe wyższe uczelnie w 1868 r., Szkocja w 1869 r. jednak bez prawa ubiegania się o stopnie naukowe doktora. W Niemczech już w 1754 r. na uniwersytecie w Halle, kobieta otrzymała tytuł naukowy doktora medycyny, jednak oficjalne dopuszczenie kobiet do uniwersyteckich wydziałów lekarskich nastąpiło dopiero w 1900 r. Jeszcze w 1898 r. członkowie Zjazdu Lekarzy Niemieckich w

du lekarza, trafnie skomentował rosyjski lekarz Iwan Pawłow (1849-1936) takim oto żartobliwym stwierdzeniem: "Kobiety nie mają... brody". Rzecznikami równouprawnienia kobiet w medycynie byli m.in. Henryk Hoyer (1834-1907) prof. Uniwersytetu Warszawskiego, zwany "ojcem histologii polskiej", oraz profesorowie Uniwersytetu Jagiellońskiego: Odo Bujwid (1857-1942) zwany "ojcem bakteriologii polskiej" i Napoleon Cybulski (1854-1919), który zyskał miano "ojca fizjologii polskiej".

Do końca życia dr A. Tomaszewicz-Doborska nie była członkiem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Dopiero w 1896 r. w osiemnaste lat po pionierskiej kandydaturze dr A. Tomaszewicz-Doborskiej, inna lekarka dr Elżbieta Downarowicz została jego pierwszą członkinią, a w 1912 r. Wanda Chmielewska-Nebelska - druga.

Dr A. Tomaszewicz-Doborska wyjechała do Pe-

Dyskryminowane - tak, słabe - nie

Z historii feminizacji zawodu lekarza w Polsce

(część I)

mgr Halina Hanczarek, Katedra i
Zakład Historii Medycyny SAM

przypadło w udziale wywalczenie kobietom polskim dostępu do zawodu lekarskiego.

Już na kilkanaście lat przed nią dyplom lekarza zdobyła inna Polka, dr Maria Elżbieta Zakrzewska (1828-1902) wychowanka uniwersytetu w Cleveland w Stanach Zjednoczonych, jedna z pierwszych kobiet, które studiowały medycynę. Specjalizowała się w położnictwie i ginekologii. W 1857 r. założyła szpital ginekologiczno-położniczy w Nowym Jorku, a w dwa lata później w Bostonie, pozostając przez czterdzieści lat jego lekarzem naczelnym. W pracy społecznej działała na rzecz zniesienia niewolnictwa i równouprawnienia kobiet w zakresie wyższego wykształcenia, głównie lekarskiego. W 1869 r. wydała pracę *A practical illustration of woman's right to labor*. Boston 1869. Do Polski jednak nigdy nie wróciła, z tego też względu palma pionierki w zawodzie lekarza i jedno z pierwszych miejsc w polskim ruchu emancypacyjnym, należy się bezwzględnie dr Annie Tomaszewicz-Doborskiej.

Ruch emancypacyjny w Polsce był opóźniony w stosunku do Stanów Zjednoczonych o kilkadziesiąt lat. Pierwsze szkoły średnie dla dziewcząt utworzono w Nowym Jorku już w 1819 r., a Wyższy Koedukacyjny Zakład Naukowy w czternaście lat później, w stanie Ohio. W zakresie równouprawnienia kobiet w zawodzie lekarza, opóźnienie wynosiło tylko dwadzieścia dziewięć lat, pierwsza bowiem lekarka w historii nowożyt-

Wiesbaden wypowiedzieli się przeciwko studiowaniu medycyny przez kobiety, motywując to tym, iż "wielki" natłok "kobiet na studia medyczne, nie przyniesie istotnego pożytku chorym, spowoduje więcej szkody niż pożytku dla samych kobiet, a przede wszystkim, wpłynie niekorzystnie na powagę stanu lekarskiego". Zdarzało się, że studentki były wykluczane przez profesorów z wykładów. Na ziemiach polskich od 1813 r. kobiety miały prawo praktyki dentystycznej, a od 1838 r. dopuszczane były do egzaminów na stopnie dentystyczne. Pierwsze dyplomowane farmaceutki podjęły pracę już w 1824 r. W 1880 r. Uniwersytet Jagielloński zezwolił Ludmille Kammersberg na studia medyczne w charakterze hospitantki, odmówił jednak w rok później immatrykulacji.

Oficjalne dopuszczenie kobiet do Wydziałów Lekarskich Uniwersytetu Krakowskiego i Lwowskiego nastąpiło w 1900 r.

Dr A. Tomaszewicz-Doborska miała spore trudności z podjęciem pracy w zawodzie lekarza. Odmówiono jej członkostwa w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim, co było nieodzownym warunkiem prowadzenia państwowej praktyki lekarskiej. Dr Gustaw Fritsche, członek tego Towarzystwa, jako jedną z przyczyn odmowy podał konieczność "potępienia tego niedorzecznego ruchu, tego niewłaściwego kierunku w jakim niektóre zbłąkane owieczki z rodu niewieściego postępować zaczęły". Jeszcze w 1895 r. prof. chirurgii Ludwig Rydygier (1850-1920) na łamach "Przeglądu Lekarskiego" (1895, nr 7) pisał: "Precz więc z Polski z dziwolągami kobiety-lekarka". Tego typu poczynania zabraniające kobietom wykonywania zawo-

tersburga, by tam nostryfikować dyplom. Okazało się jednak, że ukaz carski z 1876 r. zabrania o poddany studiowania w Zurychu. Sytuację pozornie bez wyjścia ratuje szczęśliwy zbieg okoliczności: Akademia Medyko-Chirurgiczna poszukiwała właśnie lekarki do haremu sultana, władającej biegle językiem francuskim, angielskim i niemieckim. Tylko Polka odpowiadała warunkom. Rząd carski zgodził się na nostryfikację dyplomu Tomaszewiczówny, w zamian za przyjęcie posady w haremie sultana. Uzyskana w ten sposób dyplom, dał jej prawo praktyki lekarskiej w zakresie chorób kobiecych i dziecięcych. Pracy w haremie sultana nie podjęła. W 1880 r. wróciła do Warszawy i rozpoczęła pracę w zawodzie lekarki. W dwa lata później objęła kierownictwo przytułku położniczego, założyła Szkołę Położnych, oficjalnie zatwierdzoną w 1905 r. Działała aktywnie w Towarzystwie Kultury Polskiej. Była jedną z głównych inicjatorek i organizatorek oraz wiceprzewodniczącą I Zjazdu Niewiast Polskich w Warszawie pod kierownictwem Marii Konopnickiej, który odbył się w czerwcu 1907 r. Nie pozostawiła po sobie dzieł wiekopomych czy rewolucyjnych, niemniej dzieło jej nosi ślady trwałości. Weszła do historii medycyny i historii ruchu kobiecego w Polsce, obrazując walkę kobiet o pełnię praw obywatelskich. Już w 1888 roku Stanisław Kościński umieścił jej postać w *Słowniku Lekarzy Polskich*. W 1925 r. weszła do *Albumu Zasłużonych Lekarzy Polskich*, a w 1959 r. ukazała się monografia Zbigniewa Filara pt. *Anna Tomaszewicz-Doborska*, stanowiąca kartę z dziejów polskich lekarek. **cdn.**

Do prokuratora w pewnym mieście, zgłosiło się w ciągu krótkiego okresu czasu dwóch mężczyzn. Opowiedzieli oni zadziwiająco podobne zdarzenia w których uczestniczyli, i w wyniku których stracili pieniądze oraz - ich zdaniem - zdrowie. Oto zeznania jednego z nich: przyjechał do miasta, aby pobrać z banku pieniądze. Gdy wychodził z banku podszedł do niego młody mężczyzna i o coś zapytał, a po chwili doszła do nich sympatyczna, młoda kobieta. Rozmowa ożywiła się, i po chwili wszyscy doszli do przekonania, że spotkanie należy uczcić w restauracji. W restauracji było nadal przyjemnie, towarzystwo coś zjadło i wypilo trochę alkoholu. Po pewnym czasie młoda pani zaproponowała przeniesienie się do mieszkania znajomych. Mężczyzna wyraził zgodę. W mieszkaniu kontynuowali jedzenie i picie - wódkę stawiali tym razem gospodarze. Po wypiciu 2-3 kieliszków serwowanego alkoholu, z mężczyzną zaczęło się dziać coś dziwnego. Poczuli nagle bóle żołądka i nudności, zymiotowali i stracili na dłuższy czas przytomność. Gdy się ocknęli, nowo poznanych przyjaciół nie było; nie miał także pieniędzy pobranych z banku. Obecnie w mieszkaniu inne osoby, późniejsi świadkowie (mieszkaniec był meliną) zeznali, że mężczyzna rzeczywiście leżał długo nieprzytomny i puszczał ustami bańki.

Policja ustaliła szybko personalia podejrzanych, zatrzymała ich i na podstawie wyjaśnień ustaliła rodzaj napoju, którym częstowali swe ofiary. A oto skład napoju:

- 10 butelek leku acnosan (o pojemności 80 g),

Z KRONIK MEDYCyny SĄDOWEJ

Czy napój był substancją trującą?

Prof. dr hab. Barbara Świątek
kierownik Zakładu
Medycyny Sądowej AM

- 2 butelki 3% wody utlenionej (o pojemności 100 g),
- woda z kranu.

Dodatkowo, dla wzmocnienia napoju, dodawano do niego bliżej nieokreśloną ilość tabletek relanium.

Prokurator przesłał akta sprawy do Zakładu Medycyny Sądowej, zlecając wydanie sądowo-lekarskiej opinii, mającej na celu ustalenie:

- czy wyżej wymieniony napój stanowił substancję stwarzającą zagrożenie dla zdrowia i życia, a jeśli tak, to po spożyciu jakiej ilości?
- jakie objawy występują po spożyciu takiego środka i czy może on powodować zaburzenia świadomości?

W opracowanej sądowo-lekarskiej opinii przyjęto, że biorąc pod uwagę ilość użytych środków chemicznych, uzyskana mieszanina stanowiłaby około 35-procentowy roztwór alkoholu etylowego i bardzo słaby roztwór (0.4%) nadtlenu wodoru. Skutki działania takiej substancji związane są przede wszystkim z działaniem zawartego w niej alkoholu etylowego; pozostałe środki są w tak znikomej ilości, że nie powinny powodować - same przez się - ujemnych skutków dla zdrowia i życia. Zagrożenie takie wypływało jedynie z działania alkoholu etylowego. Opisywane przez ofiary dolegliwości mogły występować w związku z działaniem na słuzówkę, nawet bardzo rozcieńczonego w alkoholu, nadtlenu wodoru. O ile jednak do opisywanej substancji dodano tabletki relanium (np. kilka tabletek do 0,5 litra mieszaniny), spożycie takiej substancji, nawet w niewielkiej ilości, mogło w krótkim czasie pogorszyć stan ogólny osoby, która by-

ła już uprzednio pod znacznym wpływem działania alkoholu. To pogorszenie stanu ogólnego mogłoby się objawiać zaburzeniami, a nawet utratą świadomości. Spożycie relanium rozpuszczonego w roztworze alkoholu etylowego przez osobę, będącą już pod wpływem alkoholu, stwarza - w zależności od dawki relanium i alkoholu - zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia.

Dlaczego przedstawiłam ten przypadek?

Po pierwsze, chciałam na tym przykładzie przedstawić różnorodność problemów sądowo-lekarskich, z jakimi w praktyce styka się medyk sądowy, a po drugie, ostrzec pracowników służby zdrowia, którzy nawet w takie sprawy mogą być wmieszani i zagrożeni negatywnymi konsekwencjami. Otóż w opisywanym przypadku sprawca czynu zdobywał acnosan po znajomości; kupował po kilka butelek tego leku bez recepty (a recepta była wówczas wymagana) od znajomej aptekarki. Aptekarka nie interesowała się, po co mężczyźni jest potrzebnych tyle butelek leku na trądzik młodzieńczy. W sprawie występowała jako świadek i nie wiem, czy w oddzielnym postępowaniu było przeciwko niej prowadzone dochodzenie. Za przysługę towarzyszącą mogła jednak zapłacić co najmniej kłopotami zawodowymi.

Praktyka medyków sądowych wskazuje, iż niejednokrotnie medyczne przysługi po znajomości wywołują całkiem niespodziewane i nieoczekiwane skutki prawne, nawet poważne - należy to przed przysługą brać pod uwagę.

W prasie o służbie zdrowia

Przegląd artykułów, 20.06.-15.07.

Cała władza w ręce izb

Projekt nowelizacji ustawy o izbach lekarskich omawia Żaneta Semprich w artykule *Więcej władzy dla izb lekarskich* (1.07.). Według autorki przewodnią myślą zmiany ustawy jest nie eliminowanie wad obowiązującej dotychczas, lecz przyznanie izbom większych uprawnień. Poparci tej tezy służą zapisy dotyczące: przyznania izbom prawa nadzoru nad lekarzami prywatnie praktykującymi, nadania uprawnień do negocjowania powszechnie obowiązujących minimalnych płac lekarzy i minimalnych cen świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy. Autorka przypomina też proponowane zmiany dotyczące odpowiedzialności zawodowej lekarzy przed organami samorządowymi (lekarz odpowiadałby za niespektowanie ustaw o izbach lekarskich i zawodzie lekarza, nie zaś za uchybienia jakimkolwiek innym przepisom).



Program reformy służby zdrowia

... przedstawił minister Jacek Żochowski na konferencji prasowej. "Strategia dla zdrowia" opiera się "przede wszystkim na wprowadzeniu mieszanego, ubezpieczeniowo-budżetowego sposobu finansowania ochrony zdrowia. W ramach podstawowego, powszechnego ubezpieczenia każdy pacjent będzie mógł korzystać z usług medycznych wymienionych w ustawie o świadczeniach gwarantowanych ze środków publicznych. Będzie istniała możliwość opłacenia dodatkowych, dobrowolnych ubezpieczeń. Ministerstwo przewiduje, że wdrażanie systemu ubezpieczeniowego trwać będzie dwa - trzy lata, a rozpocznie się - taką ma nadzieję - w przyszłym roku. Ma zmienić się sposób finansowania służby zdrowia z podmiotowego na przedmiotowy. Pozwoli to na kontraktowanie usług medycznych. Wprowadzony zostanie sposób rozliczeń między poszczególnymi jednostkami służby zdrowia. Minister Żochowski chce zdecentralizować podstawową opiekę medyczną, doprowadzić do regionalizacji opieki specjalistycznej." (A.F.T., *Strategia dla zdrowia*, 15.07.)

Rodzić po ludzku...

W numerze 146 relacje pacjentek i list lekarzy ze Szpitala Praskiego w Warszawie, gratulujących "Gazecie" zapoczątkowania akcji i równocześnie zwracających uwagę na drugą stronę medalu, pomijaną dotychczas w artykułach - trudności lokalowe i finansowe szpitali. "Boję się lekarzy" to tytuł kolejnego tekstu opublikowanego w numerze 158. Autorka pisze o przyczynach nieporuszania wcześniej tematu porodów i warunków, w jakich rodzą kobiety w Polsce.

Brak prądu przyczyną śmierci

Wyposażenie szpitala w niezależne źródła zasilania nie oznacza wcale, że szpital jest zabezpieczony na wypadek wyłączenia prądu. Poucza o tym wypadek, jaki zdarzył się w głogowskim szpitalu. Przerwa w zasilaniu spowodowała śmierć pacjentki. Okazało się, że od kilkudziesięciu lat nie wymieniano instalacji elektrycznej, akumulatory w lampach są stare, elektryk zobowiązany do kontroli sprzętu, w ogóle nie zjawia się w szpitalu, gdy zaś trzeba go wezwać - w wypadku awarii - samochód jedzie aż do podgłogowskiej wsi, gdzie mieszka. (*Światło albo życie*, 24.06.)

Kto zawinił

Do szpitala w Ząbkowicach pacjentka trafiła o dziewiątej rano. O dwudziestej pierwszej już nie żyła, zmarła na obustronne zapalenie płuc. Wcześniej skarżyła się na bóle pleców. Lekarz do którego się udała, stwierdził, że to korzonki. Szpital nie powiadomił prokuratury o nagłej śmierci, zrobił to chłopak zmarłej dziewczyny. O przebiegu sprawy, nie zakończonej jeszcze, pisze J. Lamparska w artykule *Śmierć Ali* (30.06.).

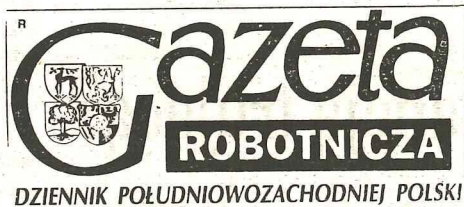
SŁOWO  POLSKIE

Szpital samoobsługowy?

"Marzena twierdzi, że urodziła na szpitalnym łóżku bez pomocy lekarzy, bo nikt nie zareagował na jej prośby o pomoc" - J. Lamparska w artykule *Ziarno prawdy medycznej* (8.07.) relacjonuje porody dwóch pacjentek, rodzących (obumarłe ciąży) na sali ogólnej oddziału położniczego kliniki AM, w obecności jedynie innych pacjentek i salowej. Sytuacje takie są wynikiem trudnych warunków szpitalnych (przede wszystkim brak personelu) - twierdzi kierownik placówki, który uważa też, że w ww. przypadkach wszystko przebiegało prawidłowo.

Nie takie duże długi

Prof. Janusz Zaleski, wojewoda wrocławski w wywiadzie udzielonym E. Szczuckiej wypowiada się na temat zadłużenia wrocławskiej służby zdrowia oraz kandydatury mgra Witolda Grzesiaka na dyrektora Wydziału Zdrowia UW, negatywnie zaopiniowanej przez NSZZ "Solidarność" i Dolnośląską Izbę Lekarską. M.in. powiedział: "Chcę podkreślić, że poziom zadłużenia naszej wrocławskiej i wojewódzkiej służby zdrowia nie jest najwyższy. Pod tym względem znajdujemy się w drugiej połowie dłużników. Nasze zadłużenie stanowi około 9 proc. budżetu województwa na ochronę zdrowia. [...], obecnie jest analizowana propozycja oddłużenia placówek służby zdrowia. Sygnalizował ten fakt między innymi marszałek Sejmu Józef Oleksy, a różne przymiarki czyni resort finansów. Hasłem wywoławczym jest korekta budżetu [...]. Jestem zwolennikiem tezy, że oddłużenie powinno nastąpić wraz z początkiem procesu zmian systemowych w służbie zdrowia." (*Chłonna konstrukcja*, 27.06.)



Pomóc umierającemu

"W kwietniu na 60 nowo przyjętych podopiecznych 34 to kobiety, 26 mężczyzn. U kobiet przeważa rak sutka, jajników i macicy, u mężczyzn - płuc i odbytu. U osób obu płci częsty jest rak żołądka. Średni wiek podopiecznych 60-69 lat. Najstarszy pacjent - 98 lat, najmłodszy - 30 lat." Mowa o Zespole Opieki Paliatywnej Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego. O działalności placówki i jej problemach, głównie finansowych pisze Halszka Szczerska (29.06.)

Ten problem poruszony również w SP z 6.07. (*Wołanie o człowieka*).

Ponadto w gazetach:

* *Decyzja za życia, transplantacja po śmierci* (R, 23.06., SP, 12.07.). Projekt ustawy transplantacyjnej, opracowany przez MZIOS, został przekazany do Komitetu Społecznego Rady Ministrów. Jeśli zostanie przyjęty, do pobrania narządów wystarczy "domniemana zgoda" dawcy.

* *Kwadratura leków* (R, 27.06.). Kierunki rozwoju polskiego przemysłu farmaceutycznego, jego ograniczenia, współpracę z firmami zagranicznymi przedstawia Z. Wojtasiński.

* *Amerykański sprzęt* (GR, 27.06.). Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego ufundowała Ośrodkowi Replantacji Kończyn w Trzebnicy amerykański zestaw narzędzi wartości 1,2 mld zł.

* *Kanapki pełne strachu* (SP, 28.06.). O najsukuteczniejszej formie walki z nowotworami, czyli profilaktyce: jak się odżywiać, których pokarmów unikać, jaką stosować dietę.

* *Powrót do świata dźwięków* (R, 29.06.). Zbigniew Wojtasiński pisze o leczeniu w Polsce zaburzeń słuchu, m.in. w najnowocześniejszej placówce tego typu - Cochlear Center (Warszawa).

* *Pierwszy poród w lipcu. Brochowski pawilon gotowy*. (SP, 29.06., także w GD z 30.06.) - do połowy lipca trwać będą przygotowania do uruchomienia oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala Specjalistycznego im. A. Falkiewicza na Brochowie we Wrocławiu.

* *Receptowy galimatias* (SP, 1.07.). Artykuł przypomina w skrócie zasady wypisywania leków.

* *Najlepiej nie choruj* (GD, 2-3.07.). Latem ponad połowa klinik Akademii Medycznej zostanie zamknięta z powodów remontów. Ich zadania przejmują szpitale podległe województwu, o zmniejszonym składzie personelu (urlopy).

* *Szpital wszystkich nieszczęść* (R, 4.07.). Rozmowa z prof. Kazimierzem Kobusem, dyrektorem Szpitala Chirurgii Plastycznej w Polanicy Zdroju.

* *Apteki też mogą konkurować* (R, 7.07.). Samorząd aptekarski przegrał spór dotyczący wydawania koncesji na prowadzenie aptek. Sąd Antymonopolowy orzekł, że okęgowe izby zmierzały do monopolizacji - zamknięcia rynku i dania pierwszeństwa własnym interesom gospodarczym.

* *Niemowlaki a eutanazja* (GW, 8.07.). Artykuł przedstawia kolejne wypadki zastosowania eutanazji i ich prawne konsekwencje w Holandii (pierwszym kraju na świecie, który eutanazję zalegalizował).

* *Atakuje najsłabszych* (GD, 8.07.). Tekst dotyczy cytomegalii, objawów i form zwalczania tej choroby.

* *Gwałcenie jajeczek* (R, 11.07.). O nowej metodzie sztucznego zapłodnienia pisze Z. Wojtasiński.

* *Leczenie może być tańsze od profilaktyki* (The Wall Street Journal Europe - dodatek GW, 11.07.). Do zaskakujących wniosków doszli badacze z Centrum Analizy Ryzyka przy Harvardzkiej Szkole Zdrowia Publicznego, którzy przeprowadzili analizę kosztów i korzyści wynikających z profilaktyki i leczenia.

(kz)

gazeta WYBORCZA
gazeta DOLNOŚLĄSKA

KOMPUTER W MEDYCYNIE

Droga od zainstalowania pierwszego komputera do pełnej informatyzacji szpitala jest długa i trudna. Wynika to z istnienia ogromnej różnicy między wdrożeniem pojedynczego programu, który pracuje na jednym stanowisku, a wdrożeniem złożonego systemu składającego się z wielu modułów realizujących różnorodne funkcje.

Obserwowane kierunki informatyzacji jednostek służby zdrowia wskazują na to, że przyszłość należy do systemów informatycznych, które zaspokajają kompleksowo potrzeby tych jednostek.

Naczelnym celem komputeryzacji szpitala jest: po pierwsze - usprawnienie zarządzania, co prowadzi do bardziej efektywnego i skutecznego kierowania szpitalem, po drugie - usprawnienie i ułatwienie pracy personelu administracyjnego i medycznego szpitala.

Dzięki informatyzacji uzyskuje się lepsze wykorzystanie zasobów materialnych i intelektualnych, oraz poprawia się jakość świadczonych usług. System informatyczny przejmie na siebie obieg informacji w szpitalu, umożliwia szybki dostęp do danych oraz znacznie upraszcza tworzenie potrzebnych raportów.

Kompleksowy system obsługi szpitala powinien zapewnić z jednej strony pełną obsługę części administracyjnej, a z drugiej obsługę części medycznej. Tak więc struktura takiego systemu powinna obejmować:

1. W dziedzinie zarządzania szpitalem:
 - finanse i księgowość,
 - kadry,
 - płace,
 - rachunek kosztów,
 - gospodarkę materiałową,
 - środki trwałe.
2. W dziedzinie medycznej:
 - obsługę ruchu chorych i izby przyjęć,
 - oddziały,
 - przychodnie,
 - pracownie specjalistyczne,
 - laboratoria,
 - apteki szpitalne i oddziałowe.

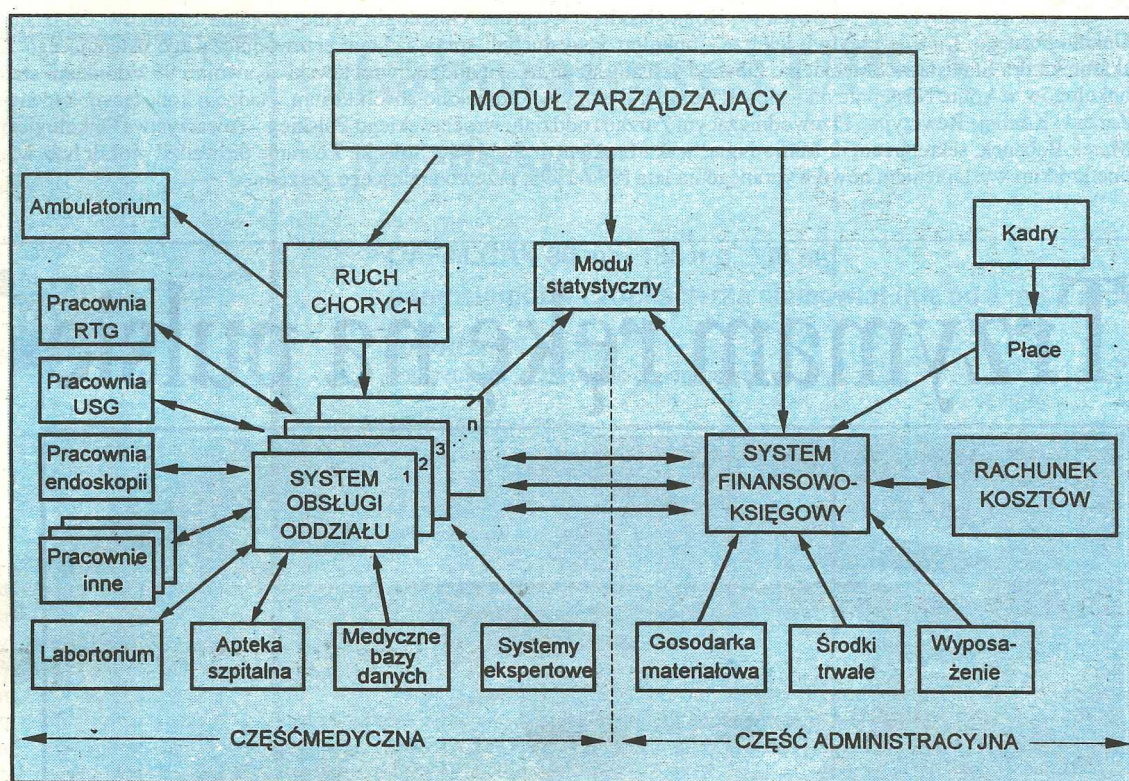
Dodatkowo system powinien mieć dostęp do światowych baz danych, medycznych list dyskusyjnych na przykład za pomocą sieci Internet.

Ponadto dla obu wymienionych dziedzin muszą być zapewnione narzędzia do tworzenia różnego rodzaju sprawozdań i statystyk.

Moduł finansowo-księgowy i rachunek kosztów powinny być zgodne z aktualnie obowiązującymi przepisami (np. obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 15 stycznia 1991 w sprawie prowadzenia rachunkowości - Dz.U. nr 10 poz. 30; rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 1992 - M.P. nr 19/92).

Z punktu widzenia budowy systemu informatycznego, kompleksowy system komputerowy powinien posiadać następujące cechy:

- strukturę modułową z precyzyjnie zaprojektowanymi, powiązaniem umo-



Struktura kompleksowego systemu obsługi szpitala

Jak komputeryzować szpital

zliwiającymi wymianę informacji pomiędzy wszystkimi modułami;

- otwartość, to znaczy możliwość modernizacji poprzez ulepszenie lub wymianę modułów i dołączanie nowych;

- niewrażliwość na konfigurację sprzętu - powinien działać w różnych, zmieniających się w miarę rozwoju systemu konfiguracjach sprzętu (wymiana serwerów, zmiana oprogramowania systemowego, dołączanie sieci lokalnych itp.);

- wielodostępność zapewniającą rozmieszczenie terminali i stacji roboczych w miejscach najbardziej dogodnych dla personelu szpitala;

- rozwinętą zasadę autoryzacji dostępu do zasobów, zabezpieczającą przed dostępem do informacji osób nieupoważnionych.

System powinien być przyjazny dla użytkownika (prosty w obsłudze, wyposażony w słowniki z możliwością uzupełniania przez użytkowników, w opcje podpowiedzi itp.).

Istotnym wyznacznikiem jakości systemu jest rodzaj narzędzi, jakie użyto przy tworzeniu systemu. System powinien być opracowany przy pomocy w pełni profesjonalnych, nowoczesnych narzędzi. Należą do nich:

1. Język programowania czwartej generacji (4GL);

2. System zarządzania bazą danych, charakteryzujący się następującymi własnościami:

- wielowątkową i wieloserwerową architekturą,
- wieloużytkowością,
- orientacją transakcyjną,
- automatyczną rezerwacją rekordów

- niezależnością od platformy sprzętowej i oprogramowania systemowego, - rozproszonym przetwarzaniem informacji w sieciach homo- i heterogenicznych,

- rozbudowanym systemem zabezpieczeń, który obejmuje eliminację kolizji podczas przeprowadzania transakcji, możliwość odtwarzania stanu bazy po awarii nośnika, wykonywanie archiwizacji w trakcie pracy systemu itp.

Realizację kompleksowej informatyzacji szpitala należy poprzedzić opracowaniem projektu systemu, który powinien zawierać:

1. Konfigurację i rozmieszczenie sprzętu. Dane wejściowe stanowi schemat organizacyjny szpitala, plan rozmieszczenia komórek organizacyjnych, liczba łóżek na poszczególnych oddziałach, liczba personelu w poszczegól-

nych komórkach organizacyjnych, stan komputeryzacji szpitala.

2. Dobór oprogramowania systemowego,

3. Dobór oprogramowania użytkowego z wykazem modułów obsługujących poszczególne dziedziny.

4. Wykaz niezbędnych zmian organizacyjnych w szpitalu.

5. Harmonogram i koszt realizacji systemu.

Harmonogram powinien zdefiniować etapy wdrożenia systemu oraz terminy rozpoczęcia i ukończenia poszczególnych etapów.

Koszt realizacji systemu powinien ujmować nakłady na realizację kolejnych etapów w rozbiciu na koszty:

- projektu,
- zakupu sprzętu,
- okablowania sieci,
- zakupu i instalacji oprogramowania systemowego i narzędziowego,
- zakupu i instalacji oprogramowania użytkowego,
- wdrożenia oprogramowania do eksploatacji.

Jeśli środki finansowe są niewystarczające, to komputeryzacja musi być rozłożona w czasie. W takim przypadku może trwać nawet kilka lat.

Komputeryzacja szpitala jest procesem złożonym, który wymaga zgodnego działania dostawcy systemu i personelu szpitala. Dostawca musi dostosować swoje produkty do specyfiki danego szpitala oraz umiejętnie przełamać naturalne bariery na jakie napotyka się przy wdrażaniu nowych technik przetwarzania informacji. Personel szpitala musi okazać konsekwencję, upór i dobrą wolę w dziele wdrażania systemu.

dr inż. Piotr Kociatkiewicz

Jeżeli jednak twój słuchacz wydaje się pojmować, o co

Najbardziej korzystne, z punktu widzenia zlecającego komputeryzację szpitala, jest powierzenie całości prac jednej firmie, która zapewni obsługę "pod klucz". Oznacza to, że:

1. Zweryfikuje projekt systemu,
2. Skompletuje sprzęt,
3. Okabluje sieć i zainstaluje sprzęt,
4. Dostarczy i zainstaluje oprogramowanie systemowe i użytkowe,
5. Przeprowadzi szkolenie personelu szpitala,
6. Wdroży system do eksploatacji.

Jeśli staniemy przed zadaniem wyboru jednej firmy spośród wielu, to należy zwrócić baczną uwagę, czy wybrana firma:

1. Oferuje nowoczesne rozwiązania sprzętowe i programowe,
2. Ma ustaloną renomę na rynku systemów informatycznych dla służby zdrowia, na przykład wyrażającą się liczbą pełnych wdrożeń,
3. Zapewnia kompleksową obsługę,
4. Rozpowszechnia własne oprogramowanie,
5. Oferuje produkty programowe i usługi wdrożeniowe po relatywnie niskich cenach,
6. Zapewnia usługi serwisowe typu "gorąca linia".

Na koszt kompleksowej komputeryzacji szpitala ma wpływ wiele czynników. Należą do nich:

- liczba łóżek w szpitalu,
- liczba zatrudnionego personelu,
- liczba oddziałów, pracowni, wielkość laboratorium,
- warunki lokalowe szpitala - rozmieszczenie i odległości między budynkami,
- przyjęty zakres informatyzacji,
- stan wyposażenia szpitala w sprzęt komputerowy,
- stan okablowania sieci w szpitalu.

Koszt kompleksowej informatyzacji szpitala jest wysoki. W zależności od czynników wymienionych wyżej, mieści się w granicach od 0,8 do 2 mld zł.

Czas pełnej realizacji systemu zależy od możliwości finansowych szpitala. Jeśli szpital przystępuje do kompleksowej komputeryzacji posiadając wymagane środki, to przy założeniu pełnego zaangażowania całego zespołu pracowników, począwszy od dyrekcji i kończąc na szeregowych pracownikach medycznych, można wdrożyć system w ciągu 5 - 6 miesięcy.

Jeśli środki finansowe są niewystarczające, to komputeryzacja musi być rozłożona w czasie. W takim przypadku może trwać nawet kilka lat.

Komputeryzacja szpitala jest procesem złożonym, który wymaga zgodnego działania dostawcy systemu i personelu szpitala. Dostawca musi dostosować swoje produkty do specyfiki danego szpitala oraz umiejętnie przełamać naturalne bariery na jakie napotyka się przy wdrażaniu nowych technik przetwarzania informacji. Personel szpitala musi okazać konsekwencję, upór i dobrą wolę w dziele wdrażania systemu.

Jeśli jednak twój słuchacz wydaje się pojmować, o co

chodzi w systemie dwójkowym, wtedy natychmiast powinien przejść do omawiania systemu heksadecymalnego (przez znawców zwanego heksem). Polega on na tym, że zamiast od 0 do 1 komputer liczy od 0 do 15 (zauważ, że bez względu na to, jak inteligentne są komputery, nie są w stanie zauważyć oczywistego faktu, że powszechnie liczy się od 1 do 10).

System ASCII

Jeśli wyjątkowo inteligentny słuchacz zdaje się rozumieć system heksadecymalny, natychmiast powie, że komputer uważa litery za liczby. Tajemnica kryje się w amerykańskim systemie kodowania dalekopisowego zwanym ASCII. W tym momencie powinien spojrzeć na zegarek i powiedzieć, że musisz już iść, bo akurat oczekujesz na depeszę modernową od znajomego z Krzemowej Doliny, przesłaną w kodzie ASCII rzecz jasna.

Opracowano na podstawie: R. Ainsley, A.C. Rae Jak blefować doskonale - Komputery Novum, Warszawa 1991.

Słowniczek

CONFIG.SYS I AUTOEXEC.BAT - podstawowe pliki konfiguracyjne (dla MS-DOS-u i systemów z nim zgodnych), zawierające polecenia "ustawiające" niektóre ważne parametry np. liczbę możliwych do "otwarcia" plików (files=...), liczbę segmentów pamięci użytych jako bufor (buffers=...). Tą drogą instaluje się także niektóre przydatne do

pracy systemu programy i sterowniki urządzeń np. sterownik tzw. pamięci górnej (hijmem.sys), sterownik dysku wirtualnego (ramdrive.sys), sterownik myszy (mouse.sys, mouse.exe, amouse.exe lub jeszcze inne). W ten sposób, najczęściej jako ostatnie polecenie w pliku autoexec.bat, instalowany jest Norton Commander.

Komputer na wesoło

System dwójkowy

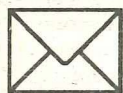
Musisz koniecznie wiedzieć, że komputery potrafią liczyć do jednego (oczywiście zaczynając od zera). Taki system liczenia nazywa się dwójkowy i jest całkowicie bezużyteczny dla kogokolwiek zajmującego się komputerami. Nie zmienia to jednak faktu, że każdy pretendujący do roli znawcy informatyki szczegółowo tłumaczy, na czym polega system dwójkowy, bez względu na to, czy go o to proszą czy nie.

Głównym celem istnienia systemu dwójkowego jest więc omamienie słuchacza, aby w oszłolomieniu nie dostrzegł różnych sprzeczności, od jakich zwykle aż roi się w dalszym ciągu wywodu. Dlatego zwracając się do komputera analfabety, należy na samym początku, przez dłuższy czas, mówić o systemie dwójkowym.

System heksadecymalny

Jeżeli jednak twój słuchacz wydaje się pojmować, o co

LISTY

Lekarze
do kolejek!

W odpowiedzi na pismo z dnia 08.06.1994 roku dotyczące artykułu umieszczonego w "Biuletynie DIL" nr 5/94, Dolnośląska Izba Aptekarska informuje:

Dolnośląska Izba Aptekarska nie otrzymuje "Biuletynów DIL", a więc artykuł nie był Izbie wcześniej znany.

W sprawie problemów poruszonych w artykule:

- recepty wystawione przez lekarzy dla najbliższej rodziny winny być w aptekach realizowane zgodnie z obowiązującym prawem;

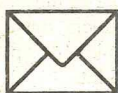
- problem odmawiania realizacji zielonych recept Izba uważa za niezgodny z prawem, a także naganny i godny potępienia, o ile nie wynika z powodu braku leku w aptece (który z kolei może wynikać z braku funduszy na ich zakup, ponieważ są one zazwyczaj bardzo drogie);

- w trzeciej poruszonej sprawie, dotyczącej obsługi pracowników służby zdrowia poza kolejnością - rozporządzenie MZiOS z dn. 9.08.1993 (MP 42 poz.421) par.13 precyzuje zasady wydawania leków w aptece. W związku z powyższym rozporządzeniem, pracownicy służby zdrowia nie są uprawnieni do korzystania z tego przywileju.

Sekretarz Rady Dolnośląskiej
Izby Aptekarskiej
mgr farm. Joanna Piątkowska

Od redakcji

Tak więc Drodzy Czytelnicy, recepty dla najbliższej rodziny będą realizowane bez pieczęci zakładu leczniczego, zielone recepty będą realizowane, ale po odbiór leków, niestety, będziemy musieli stać w kolejce.

Błędy w
Wykazie
leków 1994-95

Koło DIL przy Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy pragnie zwrócić uwagę na istniejące w Wykazie leków 1994-95 błędy merytoryczne i drukarskie. Np. na str.57 nazwy synonimiczne prolektofenu i propranololu są identyczne, co sugerowałoby, że chodzi o ten sam lek. Błąd ten powtórzony jest wielokrotnie, np. na str.11 i 55 polfenon i polifilin w nazwach synonimicznych są tym samym lekiem. Dostrzeżone błędy drukarskie to np. na str.7 alevac zamiast alavac, catanet zamiast catalet. Można przypuszczać, że błędów takich znalazłoby się więcej. Cytowane przykłady dowodzą, że przy opracowywaniu tego typu wydawnictw konieczny jest nadzór lekarzy i farmaceutów. Mamy nadzieję, że w przyszłości fachowa korekta podobnych publikacji pozwoli uniknąć takich może drobnych, ale istotnych uchybień.

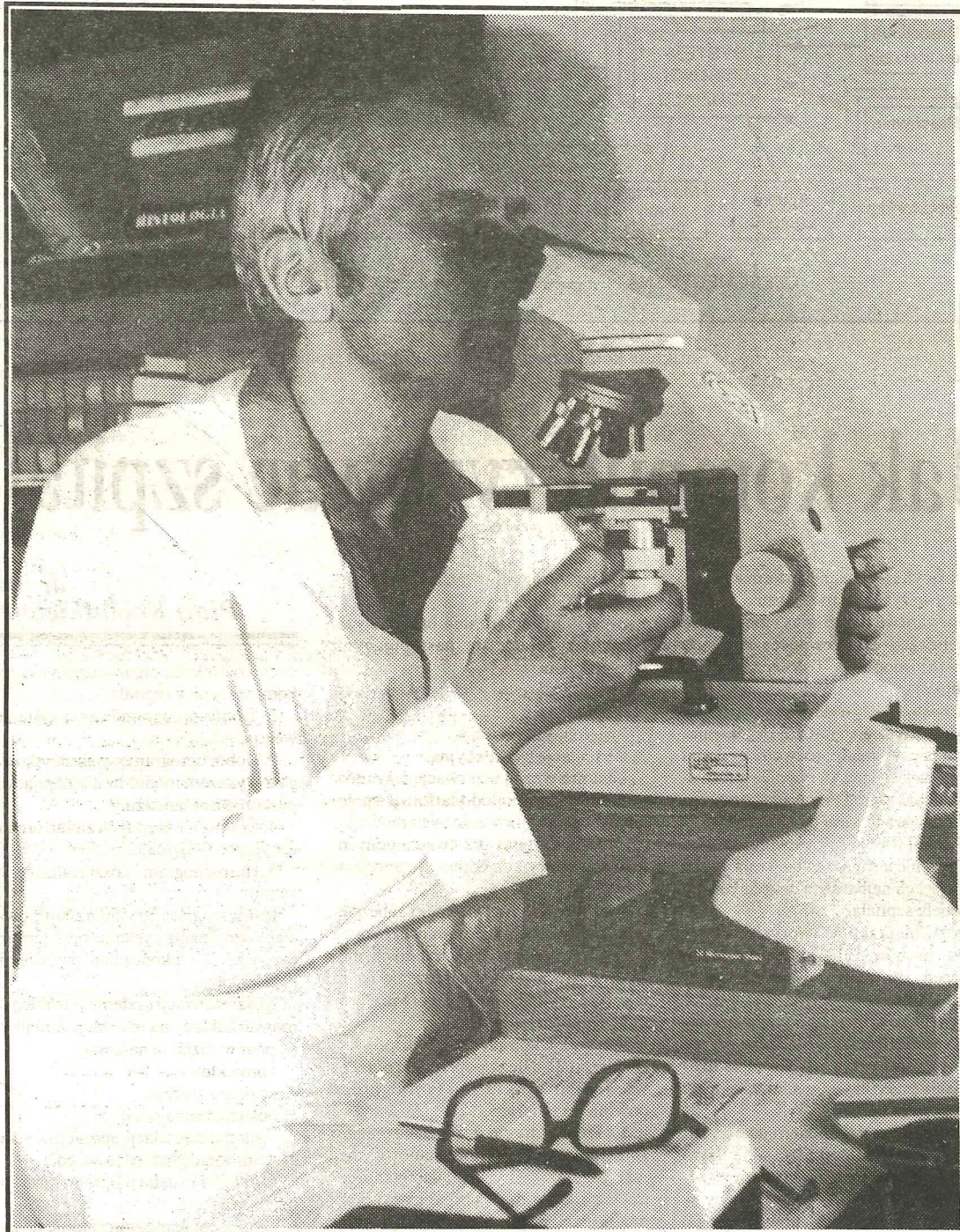
Koło DIL przy Wojewódzkim
Ośrodku Medycyny Pracy we
Wrocławiu.

Nowe władze dolnośląskich onkologów

29 czerwca odbyło się w świetlicy Dolnośląskiego Centrum Onkologii walne zebranie członków Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Licznie przybyli lekarze - onkolodzy wysłuchali sprawozdania przewodniczącego ustępującego Zarządu prof.dr hab. Jana Kornafela oraz skarbnika dra Stanisława Soleckiego. Dowiedzieliśmy się m.in., że oddział wrocławski ze swoimi 99 członkami stał się drugim, po warszawskim, skupiskiem onkologów w kraju. Następnie na wniosek Komisji Rewizyjnej udzielono absolutorium władzom kończącym kadencję. W głosowaniu tajnym wyłoniono nowy Zarząd i Komisję Rewizyjną. Przewodniczącym Zarządu oddziału wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego został dr Andrzej Wojnar, zastępcą dr Marek Bębenek, sekretarzem dr Maria Jagas, a skarbnikiem dr Stanisław Solecki. Zebranie prowadził prof.dr hab. Marian Wawrzkiwicz, a zakończone zostało ono krótkim wystąpieniem nowo wybranego na lata 1994-1998, przewodniczącego Zarządu.

(J.K.)

Trzymam rękę na pulsie



■ Rozmowa z nowo wybranym przewodniczącym Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, drem n.med. A.Wojnarem.

- Kilka dni temu został pan wybrany przewodniczącym Oddziału Wrocławskiego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego. Jak pan przyjął ten wybór?

- Byłem zaskoczony, że otrzymałem w tajnym głosowaniu największą liczbę głosów. Przyjąłem to jednak nie tylko jako wybór personalny, ale głównie jako zauważenie reprezentowanej przeze mnie specjalności, tj. histopatologii, i docenienie jej w procesie diagnozy oraz stymulowania terapii onkologicznej. Natomiast drugą swoją specjalizację z dermatologii wykorzystuję m.in. przy kwalifikacji chorych Dolnośląskiego Centrum Onkologicznego do skórných zabiegów operacyjnych.

- Co pan chce zrobić lub zmienić kierując zarządem tego towarzystwa?

- Przede wszystkim oczekuję współpracy, uwag i rad od ustępującego prezesa prof.dr hab. Jana Kornafela, zresztą mojego przyjaciela i kolegi jeszcze ze szkoły podstawowej, potem z liceum i następnie ze studiów na naszej wrocławskiej akademii.

Ponieważ ośrodek wrocławski organizuje w dniach 26-27 września XVIII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, jako członkowie nowego zarządu chcemy włączyć się do prac przygotowawczych, w większości już wykonanych przez poprzedni zarząd. W programie okresowych posiedzeń towarzystwa, jako morfolog, preferować będę obrazowe techniki diagnozowania (tj. radiologiczne i mikroskopowe) i na kanwie tych specjalności dalsze rozważania kliniczne. Będąc jednocześnie członkiem Prezydium Rady DIL chciałbym trzymać rękę na pulsie spraw onkologicznych na forum Izby i w porę sygnalizować nieprawidłowości, a zarazem zauważać problemy naszego samorządu zawodowego w pracy towarzystwa. Za jedną z takich spraw uważam problem specjalizacji z chirurgii onkologicznej, a szerzej, problemy związane ze szkoleniem w zakresie onkologii w ogóle, zwłaszcza młodych lekarzy. W zamierzeniach tych liczę przede wszystkim na pełnych zapалу członków nowo wybranego zarządu.

- Gratuluję wyboru i dziękuję za rozmowę.

(ar)

STOPNIE SPECJALIZACYJNE UZYSKALI

W sesji wiosennej 1994 egzamin na pierwszy stopień specjalizacji zdali lekarze:

pediatria

Małgorzata Gąsiorek, ZOZ Śródmieście Wrocław
Dorota Polak-Jonkisz
Małgorzata Krause, ZOZ Śródmieście Wrocław
Lidia Łabuz, Dolnośląskie Centrum Onkologii Wrocław
Aleksandra Basiak, AM Katedra i Klinika Endokrynologii Wrocław
Anna Maj, PSK 4 Wrocław
Jolanta Bieniasz, AM Klinika Endokrynologii Wieku Rozwojowego Wrocław
Jolanta Dziechcińska-Kucińska, ZOZ Oleśnica

Agnieszka Myrdzio, ZOZ Śródmieście

Lidia Przysiężna, Zespół Publicznych ZOZ Oleśnica
Marzena Ambicka-Ciba, ZOZ Trzebnica
Dorota Konopacka
Katarzyna Malczewska, ZOZ Fabryczna Wrocław
Bożena Potera-Kubicka, Wojewódzki Szpital Zespolony Wrocław
Agnieszka Bucka, AM Klinika Pediatrii i Kardiologii Wrocław

położnictwo i ginekologia

Krzysztof Mimir, PSK 5 Wrocław
Marcin Zborowski, PSK 5 Wrocław
Marian Morawski, ZOZ Psie Pole Wrocław

Krzysztof Żurawski, ZOZ Olawa
Dariusz Zowozak, Wojewódzki Szpital Zespolony Wrocław
Wael Shublag

otolaryngologia

Marzena Kubacka, ZOZ Stare Miasto Wrocław
Jolanta Ćmikiwicz, Specjalistyczny Zakład Profilaktyczno-Lecznicy Wrocław

radioterapia onkologiczna

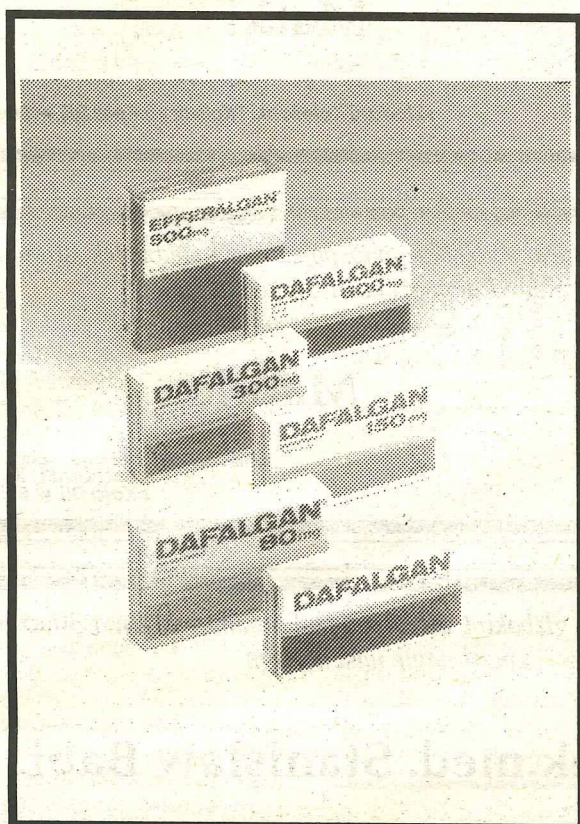
Katarzyna Woźniak
Iwona Włodarska, Dolnośląskie Centrum Onkologii Wrocław
Felix Błaszczyk, AM Katedra i Zakład Farmakologii Wrocław

anestezjologia i intensywna terapia

Aleksandra Hac, Dolnośląskie Centrum Gruźlicy Wrocław
Aldona Zielińska, ZOZ Olawa
Wiesława Duszyńska
Małgorzata Ludwińska, Specjalistyczny Szpital Zespolony Wrocław
Paweł Orzechowski, Ośrodek Replantacji Kończyn Trzebnica
Barbara Sypień, Dolnośląskie Centrum Onkologii Wrocław
Agnieszka Zamirowska
Agata Kobzarska-Cierpka, Dolnośląskie Centrum Gruźlicy Wrocław
Danuta Kamola, Dolnośląskie Centrum Gruźlicy Wrocław
Jakub Śmiechowicz, PSK 1 Klinika Anestezjologii Wrocław

Gratulujemy!

Europejski Lider środków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych



Laboratoires UPSA

przedstawia:

DAFALGAN 80 mg, 150 mg, 300 mg -

paracetamol w czopkach dla niemowląt (już od 3 m-ca życia), dzieci i młodzieży

DAFALGAN 600 mg -

paracetamol w czopkach dla dorosłych

DAFALGAN 500 mg -

paracetamol w tabletkach musujących

w postaciach dostosowanych dla każdego pacjenta
bez względu na wiek

Zalecany przez W.H.O.:

* przy bólach ostrych i chronicznych

* w stanach gorączkowych

WSKAZANIA: bóle głowy, miesiączkowe, mięśniowe, stawowe, gośćcowe i kostne różnego pochodzenia, stany przeziębieniowe, gorączka, grypa, szczególnie u chorych uczulonych na pochodne kwasu acetylosalicylowego.

PRZECIWWSKAZANIA: alergia na lek, ciężkie zaburzenia czynnościowe wątroby.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE: rzadko - skórne odczyny alergiczne.

ŚRODKI OSTROŻNOŚCI: prosimy o uważne przeczytanie ulotki przed użyciem.



Producent
UPSA Laboratoires
128, rue Danton
92500 Rueil-Malmaison
Francia

Biuro Informacji
UPSA
ul. Okrąg 12/5
00-407 WARSZAWA
tel./fax 621 86 93

Dystrybutor
OXMED Sp. z o.o.
ul. Duchnicka 3
00-967 WARSZAWA
tel./fax 663 43 39

**Uchwała Nr 2/89/I
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 18 grudnia 1989 r.
w sprawie wysokości składki
członkowskiej**

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

§ 11 Ustala się miesięczne składki obowiązujące członków izb lekarskich w wysokości:

1. lekarze pozostający w stosunku pracy lub służby albo umowy zlecenia lub umowy o dzieło w zakładach opieki zdrowotnej i innych jednostkach organizacyjnych - 2% zasadniczego uposażenia w podstawowym miejscu pracy,

2. Lekarze;

- a) wykonujący wyłącznie praktykę prywatną, właściciele lub współwłaściciele zakładów opieki zdrowotnej - 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,
- b) emeryci i renciści wykonujący wyłącznie praktykę prywatną - 3% najniższego wynagrodzenia pracowników,
- c) zatrudnieni na lekarskich kontraktach zagranicznych - 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,
- d) nie wykonujący zawodu lekarza - 6% najniższego wynagrodzenia pracowników,
- e) lekarze zatrudnieni jako nauczyciele i nauçyciele akademicy posiadający prawo wykonywania zawodu - 3% najniższego wynagrodzenia pracowników,
- f) stypendyści i rezydenci - 1% najniższego wynagrodzenia pracowników,

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

§ 2
Zwalnia się od obowiązku opłacania składki członkowskiej:

- 1) nie pracujących emerytów i rencistów,
- 2) lekarki podczas urlopów wychowawczych,
- 3) lekarzy w czasie jednego roku po uzyskaniu dyplomu,
- 4) bezrobotnych.

§ 3
Kwotę składki zaokrągla się do pełnych stu złotych w ten sposób, że końcówkę przekraczającą sto złotych pomija się.

§ 4

1. Obowiązek płacenia składki członkowskiej przez lekarzy powstaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym dokonany został wpis na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

2. Składka za dany miesiąc powinna być opłacona do końca tego miesiąca kalendarzowego.

3. W przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej obowiązek płacenia składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po tym skreśleniu.

4.⁴ Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

¹ W brzmieniu ustalonym przez par. 1 pkt 1 uchwały Nr 85/93/I NRL z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej, który wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 1993 r.

² W brzmieniu ustalonym przez par. 1 uchwały Nr 39/91/I NRL z dnia 13 kwietnia 1991 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL Nr 3/9/91), która weszła w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 1991 r.

Przepis dany przez par. 1 pkt 2 uchwały Nr 85/93/I NRL z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej.

4 Przepis dodany z par. 1 pkt 3 uchwały Nr 85/93/1 NRL z dnia 5 marca 1993 r. w sprawie zmiany uchwały w sprawie składki członkowskiej, który wejdzie w życie z dniem 1 lipca 1993 r.

UWAGA! SKŁADKA!

**Składki na rzecz
Izby
dla lekarzy
praktykujących
wyłącznie prywatnie**

**Wysokość składek
za miesiąc lipiec
wynosi
132.000 zł,**

**dla emerytów
50% tej sumy czyli
66.000 zł.**

**Kwoty te można przysyłać
używając zamieszczonego
obok formularza.
Na odwrocie prosimy
zaznaczyć tytuł wpłaty.**

Odcinek dla poczty	Odcinek dla posiadacza rachunku	Odcinek dla wpłacającego
zł..... _____ _____ _____ _____	zł..... _____ _____ _____ _____	zł..... _____ _____ _____ _____
..... wpłacający dokładny adres	 wpłacający dokładny adres	 wpłacający dokładny adres
Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ 0/Wrocław 893022 - 9537 - 2710	Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ 0/Wrocław 893022 - 9537 - 2710	Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ 0/Wrocław 893022 - 9537 - 2710
..... datownik podpis przyjmującego opłata zł	 datownik podpis przyjmującego opłata zł	 datownik podpis przyjmującego opłata zł

KONFERENCJE POSIEDZENIA

Sekcja Cytologiczna Polskiego Towarzystwa Patologów

informuje, że w dniach 4 i 5 listopada 1994 roku w Zamku Książ koło Wałbrzycha odbędzie się XVIII Ogólnopolskie Sympozjum poświęcone

*cytologii w praktyce ginekologicznej
i cytologii aspiracyjnej guzów tkanek miękkich.*

Zgłoszenia tytułów referatów prosimy kierować do 10 września 1994 r. pod adresem: Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM 50-368 Wrocław, ul. Marcinkowskiego 1.

Koszt udziału w Sympozjum (bez zakwaterowania) wynosi 400 tys. złotych od osoby.

Numer konta Oddziału Wrocławskiego PTPat:

PKO PB IV O Wrocław, nr 93549-412151-132 z dopiskiem Sympozjum Cytologii Klinicznej

Komitet Organizacyjny IV Konferencji Pneumonologów Wojskowej Służby Zdrowia

informuje, że IV Konferencja Naukowo-Szkoleniowa odbędzie się w dniach 14 i 15 listopada 1994 we Wrocławiu.

Temat konferencji:

"Wczesne rozpoznanie raka płuc".

Na konferencji będą również omawiane zasady leczenia raka płuc. Osoby zainteresowane problematyką konferencji oraz ewentualnym udziałem w niej proszone są o bezpośredni kontakt z jej komitetem organizacyjnym w terminie do 30.09.94 r.

Komitet Organizacyjny IV Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Pneumonologów Wojskowej Służby Zdrowia

50-981 Wrocław ul. Czerska 5.

telefon 68-15-15 wew. 364, 365, 367.

Miejsce obrad: Klub Oficerski Śląskiego Okręgu Wojskowego,

50-984 Wrocław, ul. Pretficza 24.

Możliwość zakwaterowania i wyżywienia na miejscu.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
płk dr n.med. E. Szklarz

W związku z realizacją programu "Analiza śmiertelności niemowląt oraz dzieci do 2 roku życia zmarłych poza zakładami opieki medycznej", Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej we Wrocławiu zwraca się z apelem do wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu o kierowanie zwłok do Zakładu Anatomii Patologicznej we Wrocławiu przy ul. Marcinkowskiego 1, celem wykonania badania pośmiertnego, a tym samym o niewystawianie karty zgonu dziecka bez przeprowadzonego uprzednio badania autopsyjnego.

Wszelkie informacje:

Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej, ul. Marcinkowskiego 1, 50-368 Wrocław, tel: 209 961, 209 976

Wyrazy głębokiego współczucia Koleżance lek. stomatologii Klementynie Saczuk z powodu śmierci

Matki

składają Koleżanki i Koledzy z Koła DIL w Bielawie

Wyrazy głębokiego współczucia Koledze lek. stomatologii Janowi Polowczykowi z powodu śmierci

Matki

składają:
Koleżanki i Koledzy
z Koła DIL w Bielawie

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że dnia 30 czerwca 1994 r. zmarł nagle nasz Kolega

lek.med. Stanisław Babiarz

Koleżanki i Koledzy
z Koła DIL
w Bielawie



**AURUM
DENTAL
DEPOT** sp. z o.o.

Oferuje:

- ✓ pełne wyposażenie gabinetów stomatologicznych i laboratoriów protetycznych w sprzęt i materiały renomowanych firm światowych,
- ✓ serwis gwarancyjny i pogwarancyjny,
- ✓ dogodne formy zakupu oraz upusty cenowe.

Zapraszamy do sklepu:

**ul. H. Sienkiewicza 54/56
50-349 Wrocław**

J. Matejka

H. Sienkiewicza

S. Wyszynskiego



M. Sępa-Szaryńskiego



Odcinek dla poczty

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla wpłacającego

Hiszpania

Już 4 sezon zapraszamy Państwa na wczasy firmy niemieckiej "Kylltal Reisen" w Hiszpanii.

Zapewniamy : - przejazd lux autokarem

- dobre hotele blisko plaż

- wyżywienie 3 razy dziennie

- opiekę rezydenta

Turnusy 10- lub 17-dniowe w **Calleli, Lloret de Mar, Malgrat de Mar, Salou, Cambrilis.**

Wyjazdy do końca października!

Atrakcyjne ceny (od 420 DM - płatne w dniu wyjazdu) plus 450 tys.

Dzieci do 10 lat - zniżka 50%

Zapraszamy:

But "El Dorado"

Podwale 62
50-010 Wrocław
tel. 44-84-05
lub 341-74

OGŁOSZENIA O PRACY

Zespół Opieki Zdrowotnej,
Sekcja Służb Pracowniczych,
ul. Kolejowa 29, tel. 173-931,
55-300 Środa Śląska zatrudni
- lekarza okuliste
- lekarza anestezjologa.

Zespół Publicznych Zakła-
dów Opieki Zdrowotnej w Oleś-
nicy zatrudni w przychodni
rejonowej lekarza pediatrę w
pełnym wymiarze godzin lub w
wymiarze 1/2 etatu.

Lekarz z pierwszym sto-
pniem specjalizacji z zakresu
chorób wewnętrznych poszu-
kuje pracy we Wrocławiu lub w
okolicznych gminach. Kontakt:
ul. Borelowskiego 60 m.4 tel.
48-15-56.

Dyrekcja Wojewódzkiego
Zespołu Szpitalno-Sanatoryj-
nego Chorób Płuc w Obornik-
ach Śląskich ogłasza konkurs
na stanowisko ordynatora od-
działu sanatoryjnego leczniczo-
rehabilitacyjno-kardiologiczne-
go dla dzieci. Wymagana spe-
cjalizacja drugiego stopnia z
pediatrii lub kardiologii dziecię-
cej.

Kandydaci zobowiązani są
dołączyć do podania dokumen-
ty określone w rozporządzeniu
MZiOS z dnia
5.03.1992r./Dz.U.Nr 22
poz.96/. Oferty należy kierować
w ciągu 30 dni od daty ukazania
się ogłoszenia pod adresem:
Wojewódzki Zespół Szpital-
no-Sanatoryjny Chorób Płuc
55-035 Oborniki Śląskie ul.
Trzebnicka 5/7.
Mieszkania nie zapewniamy.

Wojewódzka Stacja Pogoto-
wia Ratunkowego, ul. Wojska
Polskiego 21, 58-500 Jelenia
Góra, tel. 264-62, 231-01 za-
trudni:
- lekarza w zespole wyjazd-
owym,
- dwóch lekarzy w zespole "R"
w pełnym wymiarze czasu
pracy. Oferujemy bardzo dobre
warunki płacowe.

Zespół Opieki Zdrowotnej, ul.
Szpitalna 21, 59-225 Chojnów
zatrudni od zaraz małżeństwo
lekarskie, internistę i stomato-
loga, w Wiejskim Ośrodku Zdro-
wia w Krzywej. Zapewniamy
mieszkanie rodzinne na terenie
ośrodka.

E L M E D E S

tel. fax 57 98 74, ul. Stanów Zjednoczonych 35, 54 - 403 Wrocław, oferuje w
Leasingu i na raty:
- sprzęt Chirany - Ergostar, Praktik, Chiradent (autoryzowany serwis),
- regenerowane zachodnie unity i fotele stomatologiczne - każdy sprawny i
zainstalowany w siedzibie firmy,
- mini autoklawy Prestige Medical i KaVoklave,
- radiowizjografi i rentgeny stomatologiczne firmy Trophy,
- fachowe projektowanie i wykonawstwo pod klucz gabinetów stomatologicznych,
- wyposażenie pracowni rentgenowskiej - rentgen panoramiczny i rentgen z
cefalostatem



Pomorski Bank Kredytowy S.A. I O/ Wrocław
ul. Malarska 27/29 i Filia ul. Widok 10

oferuje kredyty dla lekarzy prowadzących lub zamierzają-
cych prowadzić gabinety lekarskie.

Wysokość kredytu:

- dla praktyk istniejących do 70 % łącznej sumy nakładów
- dla praktyk nowo uruchamianych do 50 % łącznej sumy
nakładów

Stopa oprocentowania kredytu - już od 38 % w skali
roku

Okres kredytowania - do 3 lat.

Zabezpieczenie kredytu - ustalone w porozumieniu z
kredytobiorcą.

Blizszych informacji udzielają Wydziały Kredytów:
ul. Malarska 27/29 tel 44-16-71 do 73
ul. Widok 10 tel 384-71

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

Dyrektor
mgr Danuta Jarosz

Sekretariat
Małgorzata Adamczyk
Elżbieta Banot
Patrycja Malec

Ewidencja
Krystyna Popiel
Irena Skrabka
Alicja Sokołowska

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

Główna księgowa
Karolina Dembińska

Kasjerka
Maria Gała
poniedziałek-piątek
10.00-15.00

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

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

Filie biura w delegaturach

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

Ogłoszenia drobne

Dolnośląskie Centrum Okuli-
styczne, Pl. Hirszwelda 1. Okazyj-
nie sprzedamy jednokanałowe
EKG. Tel. 61 78 67.

Sprzedam unit stomatologiczny
z fotelem. Tel. Milicz 41757 kie-
runkowy 0728.

Fotel stomatologiczny - używa-
ny, bardzo dobry stan, sprzedam.
Tel.(071)48 33 72.

Terminy dyżurów

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)

Zastępcy przewodniczącego
Ryszard Łopuch
(czwartek 13.00 - 14.00,
poniedziałek 12.00-13.30)
Krystyna Kochman
(wtorek 13.00 - 15.00)
Zdzisław Plamieniak
(środa 13.00 - 15.00)

Sekretarz
Maciej Przestalski
(wtorek 13.00 - 15.00)

Skarbnik
Andrzej Szmid
(poniedziałek 12.00 - 13.30)

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Żynda (czwartek 14.00 - 15.00)

Rzecznik odpowiedzialności
zawodowej
Jerzy Szkarłat (środa 13.00 - 14.00)

Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)

Przewodniczący komisji
problemowych:
Komisja Etyki
Ryszard Rzeszutko
(czwartek 12.00 - 13.00)

Komisja Finansowa
Andrzej Niedziółka

Komisja Informacyjna
Andrzej Wojnar
(czwartek 13.00 - 14.00)

Komisja Kształcenia

Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 14.00 - 15.00)

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

Komisja Organizacyjna
Andrzej Koziorowski

Komisja Pracy i Warunków Płacy
Konrad Leśniakowski
(czwartek 14.00 - 15.00)

Zespół ds. Praktyk Prywatnych i
Prywatyzacji
Aleksander Niedzielski
(trzeci czwartek miesiąca godz. 13.30)

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

Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz - Olipra
(pierwszy piątek miesiąca godz. 13.00)

Komisja ds. Stomatologii
Jerzy Piekarski
(pierwszy wtorek miesiąca
12.30 - 13.30)

Komisja ds. Reformy i Współpracy z
Samorządem Terytorialnymi i
Prywatyzacji
Ryszard Łopuch
(czwartek 10.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruzewicz-Miklaszewska
(trzeci piątek miesiąca 13.00 - 15.00)
Członkowie Koła Lekarzy Seniorów
spotykają się w ostatni piątek miesiąca
o godz. 12.00
Grupa Lekarek Dolnośląskich
MWiA spotyka się w każdy poniedziałek
o godz. 13.30.

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

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

"Remedium" ukazuje się co miesiąc i wysyłany jest na adres domowy 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= 40 modułów	19 200 000	28 600 000	-----
1/2= 20 modułów	9 600 000	14 300 000	17 200 000
1/4= 10 modułów	4 800 000	7 150 000	8 600 000
1/8= 6 moduły	2 880 000	4 290 000	5 160 000
1/16= 3 moduły	1 440 000	2 145 000	2 580 000
1 moduł (4x5 cm)	480 000	715 000	860 000

UWAGA!!!

Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotka-
niach 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.

Komitety redakcyjne:

W. Bednorz, R. M. Dudzik - redaktor graficzny J. Piekarski,
J. Racka - sekretarz, K. Pocięjkin,
A. Wojnar - redaktor naczelny, K. Ziembowska

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca
materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i
adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 15 lipca 1994 r.

Skład komputerowy i druk:

Norpol-Press sp. z o.o., tel.255634, ul. Żmigrodzka 107, Wrocław.

HOROSKOP

Baran

Emocje są zawsze złym doradcą. Postąpiłeś zbyt impulsywnie zwalnając z pracy pielęgniarkę. Zapamiętaj na przyszłość, że pracowników trzeba szanować, a nie zwalniać ich pod byle pretekstem.

Byk

Będziesz w doskonałej formie. Entuzjazm potęguje energię. Możesz ją wykorzystać i wprowadzić pewne zmiany na twoim oddziale, bo ostatnimi czasy nie wszystko chodzi jak w zegarku.

Bliźnięta

Polepszy się finansowa sfera twojego życia. Nie odkładaj oszczędności do lamusa. Zainwestuj, najlepiej w siebie. Może byś tak zapisał się na jakiś kurs języka obcego lub zrobił specjalizację.

Rak

Zaczynasz teraz swój dobry okres astrologiczny. Wiele czasu spędzisz z rodziną. Dobrze by było, gdybyście pojechali na wczasy. Odpoczynek teraz, zapoczątkuje dobrą kondycję zimą. Lekarzu zadbać o swoje zdrowie.

Lew

Przypominam, że szczęście przychodzi częściej do ludzi o umiarkowanych ambicjach. Im wyżej mierzysz, tym trudniej osiągasz to, o czym marzysz. Twoje plany zmian w szpitalu nie osiągnęły aprobaty...

Panna

Twoja obecna działalność przyniesie ci w przyszłości wiele powodów do satysfakcji. Dobrze by było, żebyś zaczął poświęcać więcej czasu własnemu zdrowiu. Zaczynaj uprawiać jakiś sport. Przy stole operacyjnym dobra kondycja jest niezbędna.

Waga

Wykorzystasz w sposób właściwy swoje umiejętności dyplomatyczne. Masz teraz okazję rozszerzyć kontakty, które zaowocują w przyszłości. Na twoim szpitalnym oddziale świat się nie kończy.

Skorpion

Powinieneś koniecznie zadbać o swoją kondycję fizyczną. Tryb życia, który prowadzisz służy zdrowiu innych, a twoje zdrowie?!

Strzelec

Zafunduj sobie spokojny urlop, a nie szumne wizyty u znajomych. Gdzieś na opuszczonej plaży lub górskim szlaku czeka na ciebie jakaś bratnia dusza...

Koziorożec

Jesteś partnerem stałym, można na tobie polegać, lecz twoja wstrzeźliwość w okazywaniu uczuć powoduje dość często konflikty z najbliższymi osobami. Bądź trochę miłszy dla pacjentów. Pamiętaj, że tabakiera jest dla nosa a nie odwrotnie.

Wodnik

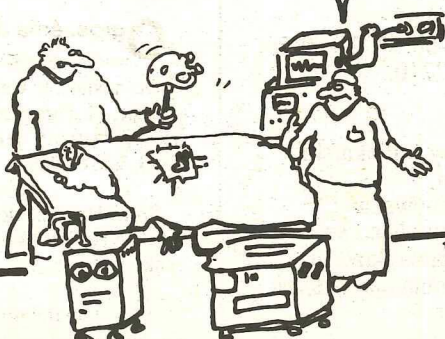
Planety tworzą dobrą aurę wokół twoich spraw zawodowych. Nie trać okazji i nie myśl tylko o przyjemnościach i wakacjach. A poza tym ludzie chorują również w wakacje.

Ryby

Cieężko pracowałeś przez cały rok, możesz więc spokojnie wybrać się na zasłużony urlop. Ale znając twoje judymowskie zapędy, zamiast odpocząć incognito, będziesz leczył cały turnus wczasowiczów.

A.P.

ACH, CI STAŻYŚCI!



HUMOR NUMERU

rys. Ł. Bartoszewicz

ZAPISKI EMERYTA

Jubileusz

Bylem ostatnio na jubileuszowym zjeździe - nagle spotrzałem przed sobą starych kolegów i koleżanki - zawsze młode, które jednak trudno poznać. Po serii drętwych mów spotykamy się w kularach i każdy opowiada swój krótki życiorys. Patrząc z boku - a taka jest rola felietonisty - widać czy mam przed sobą wędrowniczka zagranicznego - Niemcy, Austria, USA, Kanada, RPA czy rodzimego, pracusia czy picusia. Widać po sprawnych dłoniach i brudach na czole godziny dyżurowania. Ukryte w dłoniach tabletki nitrogliceryny świadczą o kardiologicznych efektach uprawiania zawodu. Wszyscy patrzą na siebie i przyjaciół pytając się wzrokiem: co nam dały te studia? Satysfakcję? Pieniądze? Wczesną rentę?

Może też zaspokojenie nienasyconego wręcz pragnienia poznawania nowych ludzi, ich psychiki, problemów społecznych, poznania ich do-

głębiej z trzewiami włącznie.

Może też poczucie władzy nad lokalną społecznością - każdy z nich przecież kiedyś będzie chory, musi przyjść do mnie czy jest dyrektorem, sklepową, nauczycielką, szefem drogówki.

Hola, hola powiecie, a gdzie tu miejsce na etos?

Przecież wielu z nas poszło na medycynę z wyraźnym celem pomocy ludziom, zmniejszaniu ich cierpień.

Ciotki mówiły: Pani, on taki wrażliwy, pieska poleczył, zabę pogłaskał itp. Maryśka z kolei - do dzieci ma taki dryg, że opiekuję się chorymi w ramach fundacji kościelnej.

W czasie kilku lat studiowania zaliczyliśmy szereg ceglanych tomów różnych - logii, etos wychodził z mody. Po studiach to samo - zaczęła się mordercza, źle opłacana praca.

Czasem dwadzieścia pięć dyżurów miesięcznie, żeby zarobić, czasem dlatego, bo nie miał ich kto wziąć! Pięć prac dodatkowych - bieganie od przychodni do izby wytrzeźwień, od pogotowia do jakiejś fabryki. Tak, to twardy kawałek chleba. Obserwując kolejne młode i piękne roczniki młodzieży zdającej piekielnie trudny egzamin wstępny, powraca pytanie: po co oni pchają się w ten zawód? Coś w nim jednak musi być! Jakaś tajemnica kontaktu z drugim człowiekiem, magia leczenia, małe zwycięstwa nad nieuchronną naturą, oczy wdzięcznego chorego, śmieszność noworodka i uczucie dramatu i beznadziejności nad nieuleczalnie chorym.

Tylko z okazji jubileuszu na chwilę przestajemy udawać twardzieli od serca. W gronie starych przyjaciół nikt się tego nie wstydzi.

dr Józef emeryt

Krzyżówka jubileuszowa

na dachu trolej-busu	odstep-ca od wiary	łopuch	latem w jeziorze	na głowie jelenia	pamiątka z Tuły	komu-nał
			rodak		"Nie rzucim..."	cuk-rowa
			okład-ka książki	1	19	
trzymaj siodło			3	arab. państwo		
			sedno sprawy	jap. wojskowy		15
		2	operowe solo			
odbitka				następstwo choroby wien-cowej	6	18
ryba słodkow.	9					
dawna moneta srebrna				napad	dowódca wojsk kozackich	fotograficzny lub retgenowski
	16	słynny wodosp. część wojew.	7			zona Abrahama
Kobu-szewski	wyga	as w rękawie			21	skóra na cho-lewki
kata-rakta		gr. bóg wojny				
			gagatek			14
	4		keno-zoik			
paszyt z gromady płazinców		10		senne widze-nie	20	
zakła-da miny			8	cel słyn-nego rajdu	5	13
kurtka noszona przez dżokejów		17		ocena		

Litery z pól oznaczonych, uporządkowane od 1 do 21, utworzą rozwiązanie.

Hasło prosimy przysyłać pod adresem: Dolnośląska Izba Lekarska, Matejki 6, 50-333 Wrocław

Wśród nadawców prawidłowych odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Hasło-rozwiązanie krzyżówki czerwonej brzmi: "Proteina".

Nagrody wylosowali: Wacek Mikłaszewski z Wrocławia, Aleksandra Pałak z Wrocławia i Maria Piwko ze Świeradowa Zdroju.

Nagrody prześlemy pocztą.

Uśmiech w białym fartuchu

- Chłopcze, pokaż język!
- Nie pokaże, bo się boję.
- Czego?
- Bo zawsze, gdy pokazuję język, to mnie ojciec bije!

Żona podaje mężowi syrop i mówi:
- Wypij trochę tego lekarstwa.
- Zartujesz? Przecież to lekarstwo dla naszego psa!
- Tak, ale jak pies zobaczy, że pijesz, to i on wypije!

Przychodzi facet do apteki i zastaje długą kolejkę czekających po leki. Nie może jednak długo czekać, ponieważ

wia więc użyć jakiegoś fortelu. Zaczyna chodzić po aptece, mówiąc pod nosem:

- A ona tam leży i czeka, a ona tam leży i czeka, a ona tam, biedaczka, leży w łóżku i czeka...

Kiedy już wszyscy zgodzili się przepuścić mężczyznę, ten podchodzi do okienka i mówi:

- Jakiś środek podniecający i dwie prezerwatywy poroosze!