



REMEDIUM

BIULETYN DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

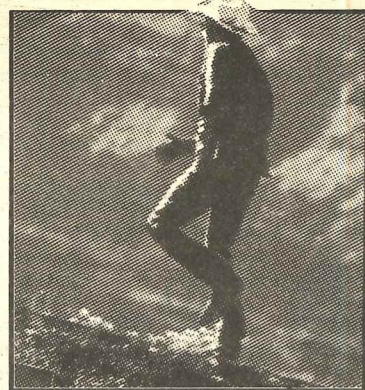
GRUDZIEŃ

Nr 12 (53)

ISSN 1213-0701



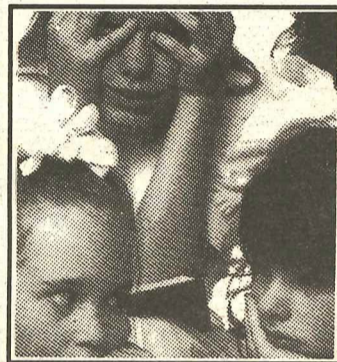
Z okazji nadchodzących świąt **Bożego Narodzenia** i zbliżającego się **Nowego Roku**, redakcja "Remedium" życzy wszystkim swoim czytelnikom spełnienia pragnień, realizacji planów i wiele radości.



str. 10

NATO-wskie białe noce

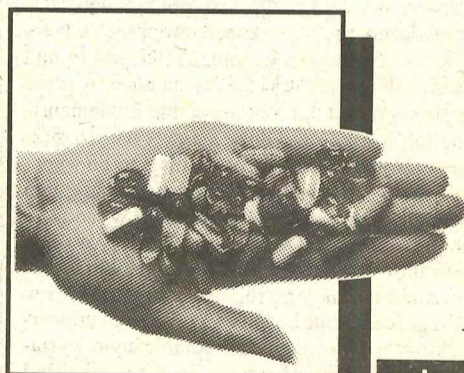
Ekspert terapii genowej nosił typowe stroje "inżynierów molekularnych", tj. mokasyny z surowej skóry, dżinsy lub spodnie z beżowego dreluchu i flanelowe koszule. Noszenie krawata nie było akceptowane, o czym piszący te słowa przekonał się osobiście, gdy jednego dnia przebrał się, aby częściowo uczestniczyć w sesji na temat przeszczepiania szpiku.



str. 17

O szarych komórkach u kobiet

"Biorąc rzecz zasadniczo, to równouprawnienie kobiet z mężczyznami jest nonsensem, bo się sprzeciwia odwiecznym prawom natury. Dopóki kobieta jest przeznaczona do rodzenia dzieci i karmienia niemowląt, jak na to wskazuje sama budowa jej narządów, to stanowczo ani mowy być nie może o równouprawnieniu z rodzajem męskim.



str. 17

Czy okres świąteczny sprzyja leczeniu?

Zona chorego zaniepokojona była stanem męża. W swych późniejszych zeznaniach podała, że leczenie męża polegało jedynie na założeniu opatrunku (nie zdejmowanego do śmierci); potem nie interesowano się już nim.

Konkurs "Remedium"

Redakcja "Remedium" ogłasza konkurs na najlepszy tekst opublikowany w naszym piśmie w roku 1994. Swoje głosy prosimy nadsyłać pod adres redakcji do 15 lutego 1995 roku.

Przewidujemy następujące nagrody dla autorów naj-

lepszych tekstów:
I nagroda 3 mln zł
II nagroda 2 mln zł
III nagroda 1 mln zł

Wśród czytelników głosujących na zwycięskie teksty zostaną rozlosowane nagrody książkowe.



Andrzej

Wojnar

Szpaltka Naczelnego

Zaczynam dziś szpaltę nietypowo, zwracając się personalnie do pani Bożeny K., gdyż tak podpisany list otrzymałem. Droga Koleżanko! Dziękuję za ciepłe słowa oraz za poddanie pomysłowi, który częściowo już kiedyś realizowaliśmy drukując ogłoszenie matrymonialne. Możemy taką rubrykę w każdej chwili wprowadzić, tylko kochani przesyłajcie do nas propozycje i oferty. Wydrukujemy wszystkie bezpłatnie. Możecie podawać hasła, pseudonimy lub kolejny numer, zawierając tajemnicę swych danych personalnych naszej redakcji. Albo podawać możecie numer skrytki pocztowej, którą na okres miesiąca wynajmiecie na swojej poczcie. Możliwości jest dużo, ale sprawa jest tak poważna i ważna, że gdyby choć jedna miła znajomość zadzierżgnięta za pośrednictwem "Remedium" dojrzała do ołtarza, to warto by było prowadzić miesięczną tę sympatyczną akcję. A może z czasem zorganizujemy w naszym klubie lekarza bal samotnych. Tak więc nieśmiała (jak piszesz) pani Bożeno K. proszę pisać do nas. Piszcie do nas wszyscy nieśmiały i śmiały. Czekamy.

Od pewnego czasu w comiesięcznych spotkaniach delegatów województwa wrocławskiego i przewodniczących kół naszej Izby uczestniczą przedstawiciele wojewódzkiego i miejskiego wydziału zdrowia. Niestety, nie mogą oni znaleźć wspólnego języka z salą. Salą nabrała codziennymi problemami doktorskiego bytowania, salą nie mogącą zrozumieć często zawile tłumaczonych problemów organizacyjno-finansowych, z jakimi borykają się oba wydziały zdrowia, salą, która napotyka co krok w swym otoczeniu na przykłady złej gospodarności i złego zarządzania.

Do rodziny Czytelniczy! Ile razy przyjeżdżam do siedziby DIL na ul. Matejki, mijam ogród botaniczny Uniwersytetu Wrocławskiego. Otóż ten ogród otoczony dotąd metalowym ogrodzeniem, a od ulicy Sienkiewicza nawet ogrodzeniem z kutej metaloplastyki, zostaje obecnie zastąpiony murem. Nie jest to jednak mur zwyczajny. Wysoki na kilka metrów, gruby na prawie metr, ze specjalnie wypalanej cegły, z ozdobnymi wykuszami i zwieńczeniem, z pieszczonymi przez fachowców fugami. Nie jest to też mur krótki, jest to mur wijący się jak mur chiński z ulicy na ulicę. A przed tym wylewano pod ten mur specjalne fundamenty. Według mnie laika są to duże a nawet bardzo duże pieniądze. Dotąd myślałem, ot nie mają na co wydawać pieniędzy, naszych społecznych i budują taki budowlany pomnik. Ale oto usłyszałem w radio, że nieremontowany od czasów wojny dach głównego budynku uniwersytetu grozi w każdej chwili zawaleniem, a nie ma na jego remont ani złotówki, i w najbliższym czasie nie będzie. Tego samego uniwersytetu, który w swym ogrodzie botanicznym wystawia potężne mury obronne. Jest to przykład namacalny, który można obejrzeć i dotknąć.

A więc może ta sala pełna przedstawicieli naszego lekarskiego samorządu widzi podobne mury w swoich gabinetach, w swoich przychodniach i szpitalach. I może chce te mury jeśli nie zburzyć (bo szkoda), to chociażby racjonalnie zagospodarować. Ot choćby dostawić dwie ściany i dach i zrobić z tego tak potrzebną gdzieś lekarzówkę.

Ciekawy jestem jak jest w innych województwach, czy spotkania delegatów kół z przedstawicielami wydziałów zdrowia są równie burzliwe jak nasze? Koleżanki i koleżdy korespondenci *in spe!* Napiszcie o swoich problemach, o dyluzym obecnie temacie oddłużeniu służby zdrowia, a może o podobnych "murach" jak wrocławski.

Bo mury mają to do siebie, że kiedyś tak jak berliński, za sprawą zwykłych ludzi, runą, a inne, jak chiński, będą trwać i będą widoczne nawet z księżycą.

Jeszcze trochę o ordynaturze, umiejętności polemizowania i autorytecie

Janusz Bielawski

Autor każdego tekstu lubi, kiedy ma dowody, że jest czytany, a szczególnie, gdy jego publikacja inspiruje lub budzi emocje. Mój artykuł pt. *No i co zrobić z tą ordynaturą?* zamieszczony w "Remedium" w lipcu br. ogromnie rozgniewał pana Rafała Ślusarza, jego list został wydrukowany w kolejnym numerze, za co panu Andrzejowi Wojnarowi, redaktorowi naczelnemu "Remedium", serdecznie dziękuję.

Tekst mojego szanownego adwersarza jak klamrą spinają dwa zdania. Pierwsze to odpowiedź na pytanie zawarte w tytule *No i co zrobić z tą ordynaturą?* - od razu wyjaśniam, że nie wiem.

Artykuł kończy zdanie "Redakcję bym prosił o większą porcję informacji o systemach w lecznictwie zamkniętym, jakie obowiązują w różnych krajach".

Jest we Wrocławiu przy ulicy Parkowej 1, dawniej Rosenbergów, jeszcze dawniej Parkowej, biblioteka Akademii Medycznej. Ja, jeśli czegoś nie wiem, to na ten określony temat nie wypowiadam się, a jeśli chcę jakiś temat zgłębić, dowiedzieć się więcej, to odwiedzam właśnie bibliotekę, a nie piszę apeli, żeby to zrobił za mnie ktoś inny, np. redakcja. Być może to odróżnia komucha od młodego prawnicowca. I jeszcze jedno. Takie postawienie problemu, przynajmniej dla mnie, dowodzi, że autor jest niedojrzały emocjonalnie, tym bardziej, że w tym konkretnym przypadku nawet nie było potrzeby udawania się do biblioteki. Wystarczyło przeczytać to, co każdy z nas dostaje pocztą do domu. W "Gazecie Lekarskiej" z czerwca br (nr 6, str. 13) jest wydrukowany artykuł prof. W.W. Jędrzejczyka pt. *Ordynator czy konsultant?*, gdzie zostały przedstawione wady i zalety obu systemów.

Jak sądzę, autorowi listu wcale nie chodziło o wniesienie rzeczowych uwag na temat przyszelego funkcjonowania oddziałów szpitalnych, ale o to, żeby dołożyć staremu komuchowi, który zamiast siedzieć gdzieś w rezerwacie, śmie jeszcze zabierać publicznie głos na tematy dotyczące środowiska lekarskiego. Zachodzi zatem pytanie, czy to wszystko, co jest zawarte w liście pana dr Ślusarza, jest polemiką?

Wg *Słownika języka polskiego* polemika to spór, dyskusja na tematy polityczne, społeczne, literackie, zwykle prowadzona na łamach prasy; polemizować to dyskutować z kimś mając odmienne zdanie. Wprawdzie mój miły adwersarz podejmuje próbę dyskusji na łamach prasy, ale na tym wyczerpują się znamiona polemiki.

Bo w polemice, tak przynajmniej ja sądzę, choć może jestem staromodny, powinny być używane argumenty oparte na rzeczowej analizie tekstu, zdarzeń, nigdy pomówieniach lub wyobrażeniach o faktach i zdarzeniach, a także czytaniu tekstu. Nigdy nie powinny być wyciągane, nazwijmy to delikatnie, pochopne wnioski po to, aby tylko komus dołożyć.

Pisze pan Ślusarz: "Drobne złośliwości, na jakie sobie pan profesor pozwala regularnie w jego felietonach, wymierzone są w Kościół. Bo jak inaczej rozumieć zdanie: 'Nie powinno mieć miejsca wnioskowanie o odwołanie ordynatora np. z powodu niechodzenia do kościoła'. Przykład zaiste absurdalny. Zalecałbym ograniczenie lektury lewicowej prasy, zwłaszcza brukowej".

Od sformułowania "zalecałbym" jest blisko do "zalecam", niezbyt daleko do "zabraniam" - a to już pachnie totalitaryzmem, co zresztą nie dziwi u człowieka, który zaczyna swój tekst od oświadczenia, że jest prawnicowcem. Jeśli stwierdzenie, że chodzenie lub niechodzenie do kościoła nie powinno być brane pod uwagę przy odwołaniu i jest dowodem na złośliwość pod adresem Kościoła, to również może być dla udowodnienia tej tezy użyte zakrzywienie palca, nie taki uśmiech, źle zawiązany krawat, nie mówiąc już o jego kolorze.

Taki tok rozumowania przypomina mi zdanie, o którym było w latach pięćdziesiątych dość głośno we Wrocławiu. Kierownikiem wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, a było to przed reformą administracyjną, był dr Eichner, Żyd. Znany był z tego, że jeśli zwracał komus uwagę, to potrafił posłużyć się, jak to dr Ślusarz określa, ryszotkowym językiem. Kiedyś wchodził na dywanik z głębi przepastnego województwa jakiegoś doktora, i to co jest istotą

anegdoty, również Żyda. I kiedy go tak strofował, ten wrzasnął: "Pan jesteś antysemita!" A na ów czas był to ciężki, polityczny zarzut. Jeśli można pomówić Żyda o antysemityzm, to można każdego pomówić o wszystko, używając argumentów z gatunku "a u was biją Murzynów".

Nie wiem też, czy rzeczywiście można było przed wojną za przynależność do partii o proweniencji komunistycznej odwołać ordynatora. Ale pan Ślusarz wie, a raczej jest przekonany, że wie i to wie lepiej. Nie jest mi również znany przykład, aby za czasów PRL kogoś odwołano z ordynatury li tylko dlatego, że chodził do kościoła, ale też nie uważam się za wszechwiedzącego. Nie mam też zamiaru wytykać panu Ślusarzowi bezpodstawnych pomówień jak i pytać, czym prawnicza retoryka jest lepsza od lewicowej, zwłaszcza że tej z lat czterdziestych i pięćdziesiątych, bo brzmią podobnie.

Zagadnienie przyszłej organizacji ochrony zdrowia w Polsce, a w szczególności szpitalnictwa jest tematem znacznie ważniejszym. Bulwersuje on środowisko lekarskie od dłuższego czasu. Pojawiło się w związku z tym wiele publikacji rzeczowych jak i takich, które są podsytkowane nastrojem chwili lub frustracjami autorów.

Z tych wszystkich recept należy korzystać z umiarem, bo to, co się popsuje w zaślepieniu jakąś ideologią, trudno będzie odrobić. W latach szalejącego stalinizmu rozwalano wszystko, co dobrze funkcjonowało w służbie zdrowia. Wtedy też został zlikwidowany samorząd lekarski. Sądzę, że należy zrobić wszystko, aby historia nie powtórzyła się. Dotyczy to również ordynatury.

Problem przyszłego systemu organizacyjnego w zamkniętym lecznictwie sprowadza się do alternatywy: ordynator (większość krajów Europy) czy konsultant (kraje anglojęzyczne).

Jeżeli ordynatura, za czym optuje, która w naszym kraju nie zawsze funkcjonuje w sposób doskonały, to poprawa tego systemu przez pragmatyczny tryb powoływania i renowacji na to stanowisko może wiele usprawnić i zmienić na lepsze. Istotną rolę może odegrać, inne niż dotychczasowe, umocowanie prawne nadzoru specjalistycznego, o co samorząd lekarski wniósł się dopominając.

Uważam, że mianowanie na stanowisko ordynatora nie powinno być dożywotnie, takie zresztą są obecnie tendencje. Świadomość, że za kilka lat trzeba będzie poddać się weryfikacji, wymusza potrzebę stałego dokształcania, jak również wyzbycia się dyktatorskich zachowań. Podzielim w pełni pogląd prof. Jędrzejczyka, który w zakończeniu swojego artykułu pisze tak o renowacji ordynatorów: "Jest oczywiste, że ucziwy konkurs nie jest żadnym zagrożeniem dla dobrych ordynatorów. Uczciwy, to znaczy oparty o kryteria merytoryczne. Rola izb lekarskich w zapewnieniu, aby to było normą, jest nie do przecenienia. Nie są bowiem rzadkie manipulacje składem komisji konkursowych, a poza tym administratorzy nie zawsze uznają wyniki konkursów za wiążące. I tutaj trwa walka "kolesiów" z "kompetencjami".

Zatem o nominacji lub renowacji na stanowisko ordynatora nie powinny wpływać, ani tym bardziej decydować, pozamerytoryczne czynniki jak również przynależność partyjna, stopień pobożności, kolor włosów, znajomości itd.

W czerwcu br. Naczelna Rada Lekarska zwróciła się do ministra zdrowia o nowelizację rozporządzenia z dnia 5 marca 1992 r. w sprawie trybu przeprowadzania konkursu. Studiując uważnie propozycje Naczelnej Rady Lekarskiej można się spodziewać, że wiele patologii, które niejednokrotnie można było zaobserwować przy przeprowadzaniu konkursów, zostanie wyeliminowanych.

Realizacja konkursów na stanowiska ordynatorów, zgodnie ze znalezionymi przepisami, nakłada bardzo dużą odpowiedzialność na samorząd lekarski. Od tego, jak do tej sprawy podejść okręgowe rady lekarskie, koła izby lekarskiej, zależy wygranie opcji "kolesiów" czy kompetencji zawodowych kandydata i jego zdolności w kierowaniu zespołem. Komisje konkursowe działając w oparciu o najlepsze przepisy wykluczające możliwości manipulacji, nie mają łatwego zadania. Nietrudno tutaj o

pomyłki wynikające nie ze złej woli. Bo trzeba, znając życie, stwierdzić, że już wydawanie opinii ubiegającym się o stanowiska ordynatora, jeśli są obiektywne, nie zawsze podobają się kandydatowi, a to wymaga od podpisującego pewnej dozy odwagi cywilnej. Są również sytuacje takie, gdy ordynator chcąc pozbyć się asystenta wystawia mu doskonałą opinię, choć ten na to nie zasługuje.

Jak z tego wynika, już na etapie gromadzenia dokumentów mogą odegrać pewną rolę pozamerytoryczne czynniki.

Na pytanie, jaki powinien być ordynator, odpowiada w swoim artykule dr Aleksander Białas ("Biuletyn" - czerwiec, 94).

W pełni podzielim przedstawione w tym artykule poglądy, wyrażone w bardzo wyważony sposób. Pragnę też zwrócić uwagę na następujące stwierdzenie w tym tekście: "Wydaje się oczywiste, że wysokiego stopnia specjalizacja oraz posiadane tytuły naukowe nie predysponują wielu lekarzy do podjęcia się tak odpowiedzialnej funkcji - kierującego podstawowym zespołem szpitalnym czy klinicznym".

Na ten problem patrzę z innej strony - mianowicie na to, co dyskwalifikuje kandydata do funkcji ordynatora. Posiadanie formalnych kwalifikacji (specjalizacji, tytułów naukowych) wcale nie jest równoznaczne z posiadaniem autorytetu zawodowego i w tym miejscu zgadzam się z drem Białasem. Jeżeli tym wszystkim dyplomom i zaświadczeniom o specjalizacji nie towarzyszy zdolność praktycznego zastosowania wiedzy, dyskwalifikuje to kandydata. Szczególnie ostro jest to postrzegane w specjalnościach zabiegowych. Zakładając, że kandydat posiada rzeczywiście wysokie kwalifikacje zawodowe, potwierdzone stosownymi dokumentami, niezależnie od tego komisja powinna brać pod uwagę zdolności kandydata do kierowania zespołem.

I tutaj często konieczny jest kompromis. Czy wysokie umiejętności zawodowe przy braku umiejętności kierowania zespołem, czy też trochę mniejsze kompetencje fachowe przy umiejętności unikania sytuacji konfliktowych w zespole i posiadaniu zdolności pedagogicznych.

To, co z całą pewnością dyskwalifikuje kandydata na stanowisko ordynatora, to przede wszystkim niski poziom fachowy, a także niedojrzałość emocjonalna, skłonności do konfliktów, brak zdolności pedagogicznych.

Tutaj mogę narazić się na zarzut, że komisja konkursowa pracująca jak najbardziej rzetelnie może się pomylić. Tak jest w istocie. Ale dlatego zgodnie z propozycjami Naczelnej Rady Lekarskiej ta sama komisja (chyba że przez ten czas któryś z członków umrze) przy renowacji może naprawić swój błąd.

Może również się okazać, że mianowany z pewnymi wątpliwościami na okres kadencji, której czas trwania określi komisja, ordynator zdobędzie zaufanie pacjentów i autorytet w środowisku lekarskim, a w szczególności w swoim zespole i wówczas renowacja stanie się formalnością.

Remedium inaczej

W "Rzeczypospolitej" z 4 listopada br. przeczytaliśmy o nowym "Remedium", którego pierwszy numer ukazał się w Rejonowym Areszcie Śledczym przy ul. Rakowieckiej w Warszawie. Założony z inicjatywy więźniów i przez nich redagowany, ma być forum, na którym skazani będą mogli wypowiedzieć się o warunkach życia w areszcie, o nurtujących ich problemach. "Remedium" ma się ukazywać w nakładzie 500 egzemplarzy.

(na podstawie "Rzeczypospolitej" z 4 listopada 1994 r.)

24 listopada zebrała się Rada Ochrony Zdrowia przy Prezydencji oraz przedstawiciel Ministerstwa Finansów i Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Porządek obrad obejmował: oddłużenie placówek służby zdrowia, założenia budżetu na 1995 rok, dyskusję nad ustawą o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej, wypracowanie stanowiska dotyczącego Konstytucji RP w części "ochrona zdrowia".

Rada ustosunkowała się negatywnie do przyszłorocznego budżetu, uważając, że przyszłoroczny budżet mimo wzrostu nie pozwoli na normalne funkcjonowanie ochrony zdrowia.

Uzgodniono, że na spotkaniu z Lechem Wałęsą Rada zwróci się z prośbą o zawetowanie ustawy o wynagrodzeniach oraz uznano, iż oddłużenie placówek służby zdrowia w wysokości 4,2 bln zł jest niewystarczające i nie pozwoli na realne oddłużenie.

Rada Ochrony Zdrowia przy Prezydencji skupia wszystkich rektorów akademii medycznych w Polsce, przedstawicieli związków zawodowych, organizacji samorządowych oraz autorytety w dziedzinie medycyny z całej Polski.

Ryszard Łopuch, wiceprzewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencji

Stanowisko Rady Ochrony Zdrowia w sprawie założeń budżetowych na rok 1995

Z docierających sygnałów wynika, że założenia budżetowe na rok 1995 przewidują dalszy spadek realnych nakładów na publiczną służbę zdrowia.

Ta sytuacja spowoduje: pogorszenie warunków szkolenia przed i podyplomowego, zwiększenie zadłużenia jednostek służby zdrowia, spadek realnych plac i zatrudnienia, a w konsekwencji niemożność zabezpieczenia świadczeń medycznych na poziomie 1994 roku.

Realizacja tych założeń spowoduje przerzucanie coraz większych kosztów leczenia na obywatela, a więc łamie zasadę soli-

Rada Ochrony Zdrowia przy Prezydencji

daryzmu społecznego.

*przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia
prof. Tadeusz Tołłoczko*

Stanowisko Rady Ochrony Zdrowia w sprawie oddłużenia jednostek służby zdrowia

Zaproponowane przez Radę Ministrów w uchwale 63/94 formy oddłużenia nie dają szans na rzeczywistą likwidację długów jednostek służby zdrowia, które nie są wynikiem złej gospodarności przychodni i szpitali.

Uważamy, że oddłużenie powinno być całkowite. Powinno obejmować przychodnie, szpitale, jednostki samorządowe, a także zobowiązania z tytułu refundacji za leki dla urzędników. Należy stworzyć mechanizmy zapobiegające ponownemu narastaniu niezawinionych długów.

Budżet służby zdrowia w żadnym wypadku nie może być przeznaczony na płacenie karnych odsetek. Suma przeznaczona na oddłużenie nie powinna być ograniczona założonym pułapem czasowym i wykorzystana w całości w 1995 r.

*przewodniczący Rady Ochrony Zdrowia
prof. Tadeusz Tołłoczko*

Stanowisko Rady Ochrony Zdrowia przy Prezydencji RP uważa, że rządowy projekt ustawy o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej spowoduje trwałe usankcjonowanie znacznego obniżenia wynagrodzeń pracowników sfery budżetowej, szczególnie w służbie zdrowia i pomocy społecznej.

Uchwalenie powyższej ustawy spowoduje dalszy rozwój negatywnych zjawisk, w tym:

- pauperyzację zawodów medycznych,
- degradację etyczną środowiska,
- dalsze odchodzenie pracowników od zatrudnienia w publicznej służbie zdrowia,
- ograniczenie dostępu do świadczeń medycznych,
- powiększenie zakresu "szarej sfery".

Efektom tego będzie dalsze pogarszanie zdrowia społeczeństwa. Prezydium Rady Ochrony Zdrowia wobec złego prawdopodobieństwa uchwalenia powyższej ustawy wwraca się do pana prezydenta Lecha Wałęsy o odrzucenie ww. projektu ustawy w całości.

*przewodniczący Rady Ochrony Zdrowia
prof. Tadeusz Tołłoczko*

Stanowisko Rady Ochrony Zdrowia dotyczące prac nad Konstytucją RP

Prezydium Rady Ochrony Zdrowia stoi na stanowisku, że w ostatecznym uzgodnionym tekście konstytucji powinny być zawarte i rozwinięte następujące tezy:

1. Odpowiedzialność każdego obywatela za własne zdrowie i rozwinięte
2. Istnienie różnych form zabezpieczenia społecznego
3. Obowiązek kreowania wieloletnich narodowych programów profilaktyki i ochrony zdrowia.

przewodniczący Rady Ochrony Zdrowia

prof. Tadeusz Tołłoczko

I Polski Kongres Uniwersalizmu

Kongresy i zjazdy naukowe, mimo zjawisk kryzysowych, mają swą ustaloną pozycję. Specjalistyczne spotkania cieszą się niesłabnącym zainteresowaniem, gdyż zastępują nie zawsze możliwą lekturę czasopism, jak również pozwalają na zapoznanie się z postępem i na weryfikację własnych poglądów i umiejętności. Problematyka interdyscyplinarna jest mniej popularna, ale zdecydowanie powoli prawo obywatelstwa nie tylko w nauce, ale i w praktyce. Celem piszącego te słowa jest podzielenie się treściami i przemyśleniami z I Polskiego Kongresu Uniwersalizmu, który odbył się w Warszawie w dniach 25-30 września 1994 r.

Wobec różnorodności tematyki, zarówno ogólnodyscyplinarnej, jak i specjalistycznej, wzięcia udziału w całości obrad było rzeczą niemożliwą. Wybrałem pierwszy dzień obrad, wykłady inauguracyjne oraz obrady Sekcji Medycyny i Promocji Zdrowia.

Samo motto Kongresu "Dialog - wspólna praca, Uniwersalizm - Ziemia ojczyzną ludzi", zostało rozwinięte we wstępnym, dłuższym wystąpieniu JM Rektora Uniwersytetu Warszawskiego prof. dra Włodzimierza Siwińskiego, gospodarza Auditorium Maximum. Prof. Siwiński jako szczególnie palącą sprawę podniósł potrzebę podejścia interdyscyplinarnego oraz konieczność wprost uporczywego poszukiwania wspólnego języka przez przedstawicieli różnych dziedzin wiedzy.

Zaangażowaniem i oryginalnością cechował się referat "Równość praw kobiety i mężczyzn w zjednoczonej Europie" dr Hanny Machińskiej, dyrektor Ośrodka Informacji Rady Europy, która między innymi stwierdziła, że już sama różnica w traktowaniu kobiet i mężczyzn jest sama w sobie dyskryminacją, a także jest niezgodna z art. 15 konwencji Praw Człowieka, mówiącej wyraźnie o zakazie dyskryminacji. Przykładem tego są np. stosowane u nas pewne ograniczenia wobec mężczyzn w sprawowaniu opieki nad dzieckiem

Zbigniew Domostawski

w przypadku jego choroby.

Refleksja nad równouprawnieniem, choćby na kanwie przytoczonego przez dr Machińską przykładu, nad związkiem między wolnością a równością, to również problemy, z którymi my lekarze spotykamy się codziennej praktyce.

Interesujące, nie pozbawione pewnych implikacji praktycznych w jakimś stopniu przydatnych dla lekarza, były dwa referaty poświęcone filozoficznej szkole lwowsko-warszawskiej.

Warto przy tym nadmienić, że

W okresie, gdy część

się gwałtownie bogaci,

a część katastrofalnie biednieje,

coraz bardziej pogłębia się przepaść

między drogimi technologiami

a priorytetami określonych

wartości moralnych.

Kazimierz Twardowski (1866-1938), profesor Uniwersytetu we Lwowie, czołowy filozof polski z przełomu XIX i XX stulecia, zwracał uwagę na potrzebę uprawiania filozofii jako teorii nauki, w której naczelną rolę należy się logice.

Idee te były rozwijane również w środowisku warszawskim, stąd przyjęło się określenie szkoły jako lwowsko-warszawskiej. Sam postulat określoności i zasadniczości twierdzenia, w którym staramy się o racjonalność możliwą w każdym przypadku, pozwoli usunąć niejedno nieporozumienie, umożliwi lepsze zrozumienie specjalistów różnych dziedzin.

Miło było usłyszeć o tym, że również we Lwowie jest pielęgnowany

kierunek myśli filozoficznej szkoły lwowsko-warszawskiej, w której logika, kultura logicznego myślenia i wyrażania swych myśli są kontynuowane. Rzadka to cnota naukowa.

Pragnę podkreślić, że koresponduje to z głosami (niestety nieraz osobnymi) wykładowców propedeutyki lekarskiej, którzy mieli odwagę wystąpić przeciw zbyt dużym obciążeniom filozofii treściami indoktrynacyjnymi, które wpajano medycykom "na siłę" przy równoczesnym zapomnianiu o tym, że właśnie tradycyjna logika prowadzi do wspólnych rozwiązań, których celem jest poznanie prawdy. A prawda jest zawsze jedna na ten sam temat.

prof. dr Cezarego Włodarczyka z Uniwersytetu Łódzkiego, utrzymany w tonie interdyscyplinarnego dyskursu. W okresie, gdy część się gwałtownie bogaci, a część katastrofalnie biednieje, coraz bardziej pogłębia się przepaść pomiędzy drogimi technologiami a priorytetami określonych wartości moralnych. Kontrastowym tego przykładem są kraje afrykańskie, gdzie obok wspaniałych, na światową skalę wyposażonych klinik, są siedliska nędzy, pozbawione najbardziej podstawowej opieki zdrowotnej. Według prof. Włodarczyka nowoczesna medycyna jest w konflikcie z odczuciem dobra publicznego polityka. Chęć i gotowość lekarzy do posługiwania się nowoczesną aparaturą są silniejsze od innych racji.

Podczas gdy obrady plenarne dostarczały wiele cennych refleksji, spójnych w swojej logiczności, z obrad Sekcji Medycyny i Promocji Zdrowia wyszedłem z wątpliwościami. Nie uzyskałem odpowiedzi pełnej, gdy zapytałem w dyskusji, czy reforma, jeśli już ma miejsce, będzie demontażem dawnego, czy wykorzystaniem tego, co jest w zakresie kadr i bazy materialnej. Wszak wielcy reformatorzy zwykle wykorzystywali to, co mieli do dyspozycji.

Pozostała również druga wątpliwość: czy fundacje i akcje filantropijne, mające swą bogatą tradycję, których funkcja w naszej rzeczywistości jest w moim odczuciu cenna, zdołają udźwignąć zakładany wysiłek finansowy, który w lwiej części winien pochodzić ze środków publicznych? Części bowiem od całości oddzielić się nie da.

Ważne jednak, że o "wstydlivych" sprawach się mówi i że ferment pewien został zasiany. Ale jak tak dalej pójdzie, o sprawach lekarskich coraz częściej będą decydowali nie-lekarze. Pewnym przykładem tego jest coraz częstsze obejmowanie stanowisk kierowniczych w służbie zdrowia przez przedstawicieli innych specjalności. Czy to tylko sprawa siły wyższej, czy też ma być uciekamy od uniwersalizmu. Pomyślmy...

Receptariusz

W związku z pismem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej do wojewodów z dnia 6 sierpnia 1994 r. dotyczącym receptariuszy dla lecznictwa otwartego, Komisja ds. Receptariusza województwa wałbrzyskiego pragnie podzielić się następującymi uwagami.

Po długiej dyskusji komisja uważa, że tworzenie jeszcze jednego dokumentu dotyczącego gospodarki lekami nie przyniesie wymiernych efektów w postaci obniżenia kosztów leczenia, a spowoduje jedynie zatarcie czytelności obowiązujących już przepisów. Ministerstwo Zdrowia dysponuje obecnie szeregiem zarządzeń, przepisów, list itp. regulujących gospodarkę lekami.

Komisja uważa, że receptariuszem dla lecznictwa otwartego jest *Lista leków podstawowych i uzupełniających MZIOS*. Leki spoza tej listy nie leżą w polu zainteresowania komisji, gdyż ich odpłatność jest stuprocentowa, choć znajdują się wśród nich leki istotne terapeutycznie.

Leki umieszczone na liście *Leków podstawowych i uzupełniających* są w zdecydowanej większości lekami tanimi. W pojedynczych przypadkach można znaleźć stosowanie leku tańszego w miejsce droższego. Tak więc praca komisji sprowadza się do wyeliminowania z *Listy leków podstawowych i uzupełniających* leków najdroższych, leków do stosowania w szeroko pojętym lecznictwie zamkniętym, jak i leków uznanych za wątpliwe terapeutycznie. Ponadto brak jest skutecznej kontroli przestrzegania zaleceń receptariusza. Możliwości takie zarysują się dopiero przy zmianie systemu ubezpieczeń społecznych lub chociażby zaistnienia kontraktów z gabinetami prywatnymi. Ordynowanie leków tańszych będzie w tym przypadku wymuszone kontrolowaną presją ekonomiczną. Nie będzie więc potrzeby tworzenia specjalnego receptariusza.

Komisja dostrzega możliwość dużych oszczędności przy upowszechnieniu receptariusza szpitalnego, wątpliwą w skuteczności receptariusza dla otwartej służby zdrowia.

Z upoważnienia członków komisji

*przewodniczący
dr n.med. Konrad Leśniakowski*

Z PRAC PREZYDIUM TRADY DIL

13 października

Kol. W. Bednorz poinformował zebranych, że uczestniczył w spotkaniu z przedstawicielami samorządu pielęgniarskiego i Sekcji Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność". Dyskutowano nad projektem przyszłorocznego budżetu służby zdrowia. Zdecydowano przygotować apel-list do parlamentu protestujący przeciwko dalszym planowanym obniżeniom wynagrodzeń pracowników sfery budżetowej. Apel zostanie rozesłany do wszystkich placówek służby zdrowia, gdzie będą go podpisywali pracownicy i pacjenci.

Również Prezydium DRL postanowiło poprzeć powyższą akcję i wystosować odrębny protest dotyczący założeń budżetu państwa na 1995 rok (opublikowany w poprzednim numerze "Remedium").

W posiedzeniu uczestniczyła zaproszona przez Prezydium dr Lidia Pajak, kierownik ZOZ Wrocław Krzyki, w najbliższych dniach odchodząca na emeryturę. Wręczono jej list z podziękowaniami za wieloletnią działalność zawodową i aktywną współpracę z samorządem lekarskim.

Skomplikowaną sytuację prawną-finansową szpitali klinicznych Akademii Medycznej na bazie obecnej przedstawiła kol. Krystyna Kochman. Po krótkiej dyskusji na ten temat Prezydium postanowiło zorganizować 8 listopada o godz. 13.00 spotkanie z dyrektorami państwowych szpitali klinicznych oraz przedstawicielami klinik akademickich i władzami Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Uchwały i wnioski:

1. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 35 mln zł.
2. Delegowano przedstawicieli Rady DIL do komisji konkursów na kierownicze stanowiska w placówkach służby zdrowia.
3. Komisji Etyki przekazano sprawę opracowania pisma do dyrektorów zoz-ów, dotyczącego trybu rozpatrywania skarg przeciwko lekarzom.

20 października

Organizatorzy sesji poświęconej Rudolfowi Weiglowski nadesłali podziękowania Radzie DIL za sponsorowanie powyższego przedsięwzięcia.

Na zaproszenie Prezydium w posiedzeniu uczestniczyli goście: mgr Tadeusz Turbiński i mgr Witold Grzesiak - dyrektor Wydziału Zdrowia UW we Wrocławiu. Zebrani dyskutowali nad: oddłużeniem placówek służby zdrowia, budżetem wrocławskiej służby zdrowia na 1995 rok, inwestycjami we wrocławskiej służbie zdrowia planowanymi na 1995 rok, planem tworzenia nowych stanowisk dializacyjnych w województwie wrocławskim, planowaniem i strategią wrocławskiego, wojewódzkiego Wydziału Zdrowia.

Na koniec zarówno Prezydium DRL jak i zaproszeni goście wyrazili chęć ścisłej współpracy.

Kol. Maciej Przestalski, sekretarz DRL po raz kolejny przypomniał o konieczności składania przez przewodniczących sprawozdań z działalności komisji problemowych w pierwszym roku II kadencji DIL.

Kol. W. Bednorz podziękował kol. R. Rzeszutce i kol. A. Gładyszowi za zorganizowanie konferencji nt. etyczno-prawnych problemów lekarzy dotyczących AIDS. Materiały z konferencji zostaną opublikowane w "Remedium" oraz w formie broszury. Kol. R. Rzeszutko zwrócił uwagę, że z przyznanej kwoty 10 mln zł na zorganizowanie konferencji wykorzystano jedynie 3,5 mln zł.

Uchwały i wnioski:

1. Prezydium delegowało swoich przedstawicieli do komisji konkursowych.
2. Na naradę szkoleniową w dniu 24.11. w Warszawie delegowano kol. M. Przestalskiego i p. K. Popiel.
3. Na Ogólnopolskie Sympozjum Cytologiczne (4-5.11.) delegowano kol. kol. R. Rzeszutkę, Z. Plamieniaka i przedstawiciela "Remedium".
5. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 56,8 mln zł.

27 października

Kol. Krystyna Kochman przedstawiła sprawozdanie ze spotkania delegatów DIL województwa wrocławskiego. M.in. dyskutowano nad zniesieniem rejonizacji w ginekologii i położnictwie we Wrocławiu.

Prezydium powołało zespół w składzie: kol. J. Szkarłat, kol. L. Żynda, kol. A. Niedziółka, który ma zająć się problemem pracy anestezjologów, przygotowując zasady opieki anestezjologicznej.

Kol. W. Bednorz i kol. Ryszard Łopuch uczestniczyli w spotkaniu delegatów DIL województwa jeleniogórskiego. Podczas spotkania między innymi przewodniczący DRL uroczyście wręczył prawo wykonywania zawodu lekarza tegorocznym absolwentom AM. Postanowiono, że we wszystkich delegaturach, a województwie wrocławskim na posiedzeniach cotygodniowych - uroczyście będą wręczać prawa wykonywania zawodu kolejnym absolwentom.

W posiedzeniu uczestniczyła zaproszona przez Prezydium DRL Ewa Sudnik, lekarz - radna miasta Wrocławia, członkini Komisji Zdrowia Rady Miejskiej. Zaapelowała ona do zebranych, aby lekarze skupieni w samorządzie terytorialnym Wrocławia i swojej organizacji zawodowej wspólnie wypracowali stanowisko wobec planu przekształceń wrocławskiej służby zdrowia, przygotowywanego przez Radę Miejską. Kol. R. Łopuch zaprosił dr Sudnik na spotkanie Komisji Współpracy z Samorządem Terytorialnym DIL, które odbyło się 10 listopada o godz. 9.30.

Prezydium zaprosiło również dr Annę Orońską - kandydatkę wrocławskiego wojewódzkiego Wydziału Zdrowia na specjalistkę wojewódzką w dziedzinie medycyny paliatywnej. Dr Orońska przedstawiła program, jaki chciałaby realizować jako specjalista wojewódzki, następnie odpowiadała na pytania zebranych. W głosowaniu Prezydium DRL zdecydowało jednogłośnie poprzeć kandydaturę dr Orońskiej oraz wystosować odrębne pismo popierające program przygotowany przez dr Orońską, dotyczący reprezentowanej przez nią dziedziny.

ciąg dalszy na str. 5

Komunikat

Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

Zarząd kasy zawiadamia o przyznaniu przez DIL nie oprocentowanej dotacji zwrotnej (w ciągu 12 miesięcy) w wysokości 100.000.000 zł na potrzeby LKPK.

Powyższa decyzja skróci czas oczekiwania na uzyskanie pożyczek z puli Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej dla jej członków.

Informujemy jednocześnie, że od początku swojej działalności zarząd kasy przydzielił w sumie 347 pożyczek na łączną kwotę 2.695.000.000 zł.

Ewentualnych chętnych do wpisania się w poczet członków kasy informujemy, że poniżej wydrukowany jest kwestionariusz warunkujący przyjęcie do LKPK, po uprzednim wpłaceniu wpisowego w wysokości 300.000 zł (jednorazowo).

Kwota ta podlega zwrotowi w przypadku rezygnacji z członkostwa. Zwracany jest również wkład członkowski uzyskany z comiesięcznych składek w wysokości 200.000 zł wpłacanych osobiście przez członków lub przelewanych przez macierzyste zakłady pracy na konto BGŻ Wrocław 893022-83928-2710.

Zbigniew Machaj

Deklaracja przystąpienia do Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej przy Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Nazwisko i imię..... Nr.....
 Data urodzenia.....
 Miejsce zamieszkania (adres).....
 Adnotacje o zmianie miejsca zamieszkania.....
 Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków.
 Jednocześnie oświadczam, że:
 1. Będę ściśle przestrzegać przepisów obowiązującego statutu, oraz postanowień Zarządu LKPK.
 2. Opłacam wpisowe określone statutem.
 3. Deklaruję miesięczny wkład członkowski w wysokości.....
 4. Składki i raty pożyczek zobowiązuję się wpłacać na konto Lek.Kasy do dnia 15-go każdego miesiąca.
 5. Zobowiązuję się zawiadomić Zarząd LKPK o każdej zmianie mojego miejsca zamieszkania i miejsca pracy.
 6. W razie mojej śmierci wpłacone wkłady członkowskie, po potrąceniu ewentualnego zadłużenia należy wypłacić ob..... zam..... ul..... nr.....
 7. Nazwa i adres zakładu pracy.....
 8. Oświadczam, że zapoznałem (am) się ze statutem Kasy.

Dnia19..r.

Własnoręczny podpis

Uchwałą Zarządu LKPK z dnia 199..r. przyjęty w poczet członków LKPK z dniem 19..r.

Skarbnik

Pieczęć LKPK

Przewodniczący

Sekretarz

Co dalej z pożyczkami?

W roku 1990 udało mi się przekonać Dolnośląską Radę Lekarską, a w 1991 Zjazd, aby zatwierdzić projekt o udzielaniu pożyczek członkom Izby Lekarskiej. Chodziło o to, ażeby nasze wspólne pieniądze zamiast leżeć w banku na oprocentowanym koncie, służyły naszym kolegom. Było to wtedy 500 milionów złotych. Pożyczkę można było brać do wysokości 50 milionów. Dolnośląska Izba Lekarska udzielała pomocy prawnej i finansowej pożyczkobiorcom, zatrudniając pracowników do obsługi pożyczek. Do dnia dzisiejszego udzielono 201 pożyczek. Obecnie na pożyczki oczekuje 149 osób, mimo że suma przeznaczonych pieniędzy na jeden rok przekracza 2,5 miliarda złotych. W tym okresie jedynie 3 osoby nie spłaciły w terminie pożyczek i trzeba było prosić żyrantów o spłacenie pożyczek za nich. Dlaczego ta forma pomocy ma tak duże powodzenie?

Po pierwsze, w banku, aby uzyskać pożyczkę trzeba pod zastaw założyć samochód, dom, ziemię lub własne pieniądze. Procedura załatwiania dokumentów trwa około 2 miesięcy. W Izbie odbywa się to szybciej i sprawniej. Prowadziliśmy negocjacje z wieloma bankami, które są chętne do udzielania pożyczek lekarzom, ale wszędzie miała obowiązywać ta sama procedura. Dopiero ostatnia rozmowa z dyrektorem BGŻ, mgrem Jerzym Sendlewskim przeprowadzona przez prezesem DRL Włodzimierza Bednorza i przeze mnie daje nowe perspektywy i możliwości udzielania pożyczek przez bank. Wszystkie formalności lekarze załatwialiby u pracowników DIL, a do banku zgłaszałby się jedynie z pismem poręczającym z DRL, na podstawie którego w ciągu paru dni otrzymywaliby żadaną kwotę pieniędzy. Pożyczkę i odsetki spłacaliby już w banku. Moja propozycja idzie dalej. Chcę, aby sumę pożyczek podnieść do 200 milionów złotych, a termin spłat rozłożyć maksymalnie na 2 lata. Gwarantem byłoby pieniądze DIL-u złożone w depozycie w BGŻ (np. jeden miliard złotych wysoko

oprocentowany, którego DIL nie mogłaby wybrać, ale mogłaby korzystać z odsetek).

Bardzo ciekawą ofertę przedstawił mgr Adam Grzeła, dyrektor Banku Śląskiego SA Oddział we Wrocławiu. Bank ten chciałby udzielać pożyczek lekarzom do sumy 200 mln zł z terminem płatności rozłożonym na 3 lata. Wysokość odsetek byłaby negocjowana co roku. Odsetki te są jedne z najniższych w Polsce. Wszystkie formalności lekarze załatwialiby na terenie izby lekarskiej z urzędnikami banku, którzy w wyznaczonym terminie zgłosiliby się do Izby. Jednym z warunków udzielenia pożyczki byłoby poręczenie izby pożyczkobiorcom do banku. Pożyczki te mogłyby być udzielane za zakup samochodu, gabinetów lekarskich i stomatologicznych, sprzętu medycznego itp. W przypadkach indywidualnych wysokość sumy mogłaby być negocjowana z bankiem. Pełną ofertę Banku Śląskiego SA znajdziecie Państwo w naszym "Remedium". Chciałbym również przedstawić najpierw Radzie DIL, a potem Zjazdowi następującą propozycję do dyskusji: aby przeznaczyć pewną sumę pieniędzy (1-2 mld rocznie) na pożyczki losowo udzielane przez Prezydium DRL członkom naszej Izby, np. w przypadkach kradzieży, zniszczenia mieszkania czy samochodu i innych nieszczęść, na które koledzy potrzebują nagle pieniędzy i są w stanie do pół roku spłacić tę pożyczkę. Środowisko nasze staje się coraz bardziej biedne. Pomimo tego część kolegów nie chce starać się o zapomogi, gdyż w ich mniemaniu obniża to rangę zawodu, a udzielona pożyczka w postaci kilkunastu milionów złotych pomogłaby im w przetrwaniu trudnego okresu finansowego. Decyzję o wysokości i terminie spłaty podejmowałaby Komisja Finansowa DIL i ona również opracowałaby regulamin udzielania tych pożyczek, a zatwierdzałoby je Prezydium DRL.

Ryszard Łopuch

Stypendia Care Deutschland

Z przyjemnością informujemy Państwa o ogłoszeniu naboru kandydatów na stypendia CARE Deutschland w 1995 roku.

Dysponujemy 16 stypendiami:

- 8 miejscami w Szpitalu Miejskim w Worms, w następujących specjalnościach: gastroenterologia, diabetologia, kardiologia, ginekologia, urologia, anestezjologia i opieka intensywna, patologia, pediatria, chirurgia ogólna, medycyna nuklearna i radiologia;

- 8 miejscami w Szpitalu Św. Katarzyny w Stuttgarcie, w następujących specjalnościach: anestezjologia i opieka intensywna, ortodoncja, patologia, okulistyka, laryngologia, interna.

Szpitaly te mogą przyjąć po jednej osobie w każdej specjalności w następujących terminach: po 4 osoby w Worms i Stuttgarcie od 1 maja 1995 na 2 miesiące oraz po 4 osoby w Worms i Stuttgarcie od 2 października 1995 na 2 miesiące.

Warunkami ubiegania się o stypendium są biegła znajomość języka niemieckiego oraz co najmniej I stopień specjalizacji. Wiek kandydatów nie powinien przekraczać 35 lat.

Warunki finansowe: bezpłatne zakwaterowanie, możliwość korzystania ze stołówki szpitalnej, kieszonek w wysokości 500 DM miesięcznie oraz ryczałt na koszty podróży w wysokości 400 DM.

Osoby pragnące ubiegać się o stypendia powinny nadesłać do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, w terminie do 5 stycznia 1995 r. ankietę.

W lutym 1995 r. odbędzie się w Warszawie rozmowa kwalifikacyjna z komisją stypendialną. O jej terminie zawiadomimy w stosownym czasie.

Osoby, które zostaną zakwalifikowane, będą proszone o nadesłanie do 30 marca 1995 r. następujących dokumentów:

- tłumaczenia (przysięgłe) dyplomu lekarza i specjalizacji,
- kserokopie lub odpisy dyplomu lekarza i specjalizacji, uwierzytelnione przez notariusza,
- curriculum vitae w jęz. niemieckim,
- proponowany program szkolenia w jęz. niemieckim.

*prezes
ZG Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
prof.dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski*

Uwagi

1. Ankiety można otrzymać w sekretariacie DIL i po wypełnieniu odesłać do DIL dla Komisji Kształcenia.

2. Wnioski poparte przez Komisję Kształcenia będą wysłane wspólnie do PTL w Warszawie.

Stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 listopada 1994 r. w sprawie projektu ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej.

Proponowana przez rząd ustawa o kształtowaniu środków na wynagrodzenia w państwowej sferze budżetowej jest nie do przyjęcia, ponieważ nie poprawia rażąco złej sytuacji materialnej lekarzy w stosunku do innych zawodów.

Projekt ustawy w dalszym ciągu nie przewiduje wyodrębnienia zawodu lekarza z siatki płac pracowników służby zdrowia. Środowisko lekarskie pozbawione jest głosu w ustalaniu płac lekarzy i międzydziałowych relacji wynagrodzeń w sferze budżetowej. Zapisy w projektowanej ustawie umożliwiają Radzie Ministrów pełną dowolność w kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej. Nie uwzględnia się nadal specyficznych uwarunkowań wykonywania zawodu lekarza - szczególnej odpowiedzialności, specyfiki czasu pracy, obciążeń psychicznych, konieczności stałego, kosztownego kształcenia.

W obecnej sytuacji lekarz pozbawiony jest należycie wynagrodzenia za godziny nadliczbowe i dodatku za pracę w godzinach nocnych.

Naczelna Rada Lekarska opo-

wiada się za odrzuceniem projektu ustawy o kształtowaniu wynagrodzeń w państwowej sferze budżetowej. Uważa, że należy przywrócić zasady wynagradzania pracowników służby zdrowia w oparciu o ustawę z 31.01.1989 r. oraz zrealizować postanowienia Trybunału Konstytucyjnego z dnia 21 września 1988 r. w sprawie wynagrodzenia za dyżury lekarskie.

NRL proponuje rozpoczęcie negocjacji układu zbiorowego dla zawodu lekarza z udziałem przedstawicieli izby lekarskiej i związków zawodowych. Przyszłe rozwiązania prawne powinny umożliwić realny wpływ przedstawicieli środowiska lekarskiego na kształtowanie wynagrodzeń lekarzy.

Niskie wynagrodzenia pracy lekarzy zmuszają ich do rezygnacji z kształcenia, a nawet do odchodzenia od zawodu, co w konsekwencji grozi bezpieczeństwu zdrowia społeczeństwa.

*sekretarz NRL
dr n.med. B.Pietrzykowska
Prezes NRL
dr n.med. Krzysztof Madej*

Dolnośląska

Izba

Lekarska

Jestem tegorocznym absolwentem Akademii Medycznej we Wrocławiu. Na początku października rozpocząłem staż podyplomowy w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 5 we Wrocławiu.

Dwa tygodnie temu odebrałem swoją pierwszą pensję stażową. Wynosiła ona 2.212.000 zł netto. Dyrektor PSK 5, do którego udałem się zbulwersowany jej wysokością, odpowiedział, że według jego informacji płaca ta nie odbiega wysokością od płacy stażystów w innych szpitalach, zaś brak możliwości podwyżki tłumaczył ogólnym niedostatkiem finansowania służby zdrowia.

Prosiłbym o informację, jakie działania podjęła Izba Lekarska w organach ustalających budżet służby zdrowia w celu zmiany tej fatalnej kondycji finansowej młodych lekarzy.

Z poważaniem

Tomasz Kuźniar

Klub lekarza w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej

Od roku w siedzibie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu przy ul. Matejki 6 działa klub o nazwie "Remedium". W sali widowiskowej systematycznie odbywają się spotkania z firmami farmaceutycznymi oraz wykłady naukowe dla lekarzy medycyny i lekarzy stomatologów. W trakcie tych zebrań można wypić kawę, herbatę oraz zjeść ciepły posiłek. Na dole w pomieszczeniach klubowych organizowane są regularnie przez lekarzy "uroczystości", tj. urodziny, imieniny, rocznice i inne. Sala jest zajęta w piątki i soboty na parę miesięcy naprzód. Podczas tych imprez można zamówić u agenta pełne wyżywienie. Można również przynieść własny prowiant i wynająć tylko salę. Lekarze płacą symboliczne kwoty za wynajem sali oraz zatrudnienie osoby do pomocy. Działalność ta rozwija się bardzo dobrze. Część z kolegów myśli jednak o działalności klubowej codziennej, kiedy to można by było pograć w brydża, szachy, posłuchać koncertu czy zobaczyć wystawę plastyczną. Zastanawiam się, czy w obecnej sytuacji finansowej, jak również braku czasu będzie wielu chętnych na takie imprezy. Czy działalność klubową nie pozostawić w takiej formie jaka jest. A jeżeli znajdują się chętni koledzy mający ciekawe pomysły, zapraszamy do Dolnośląskiej Izby Lekarskiej i chętnie zorganizujemy inne spotkania.

Ryszard Łopuch

Z PRAC PREZYDIUM I RADY DIL

3 listopada

Zebrani m.in. podjęli dyskusję nad zorganizowaniem hotelu w pomieszczeniach na IV piętrze w siedzibie DIL. Postanowiono, że Komisja Socjalna opracuje regulamin i zasady korzystania z pokoi hotelowych. Do końca listopada ma zakończyć się remont łazienki hotelowej. Zaproponowano, aby od 1 stycznia hotel rozpoczął działalność.

Uchwały i wnioski:

1. Odrzucono propozycję zwołania nadzwyczajnego zjazdu lekarzy.
2. Ustalono termin i program listopadowego spotkania delegatów wrocławskich DIL.

10 listopada

Poinformowano zebranych, że z powodu przedłużającego się remontu sali obrad w Klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego we Wrocławiu, gdzie ma się odbyć kolejny IX Zjazd Delegatów DIL, termin zjazdu zostaje przesunięty na 18 marca (zamiast 25 lutego, jak pierwotnie ustalono).

Na wniosek kol. W. Bednorza podjęto dyskusję nad zorganizowaniem nadzwyczajnego zjazdu krajowego lekarzy, który by opracował program działania Naczelnej Rady Lekarskiej. Zebrani opowiedzieli się przeciwko zwołaniu zjazdu.

W następnym punkcie obrad zebrani dyskutowali nad przedstawionymi dwoma projektami "Zasad finansowania wydatków własnych kół Dolnośląskiej Izby Lekarskiej". W wyniku dyskusji przyjęto ostateczną, poprawioną wersję dokumentu.

Kol. J. Terpiński, przewodniczący Komisji Rewizyjnej DRL, zaproponował, aby wniosek o dotacje podpisywał przewodniczący koła terenowego i dołączał do niego protokół z zebrania, na którym zebrani opowiedzieli się za wystąpieniem o przyznanie określonej dotacji. Kol. Terpiński przypomniał również, że do dnia dzisiejszego przewodniczący kół terenowych nie nadesłali do biura DIL kompletnych list członków kół. Zaproponował, aby Rada podjęła stosowną uchwałę obligującą przewodniczących do spełnienia ww. wymogów. Członkowie Rady DIL wyrazili powszechnie poparcie (bez głosowania).

Po przerwie kol. K. Kochman, wiceprzewodnicząca DRL przedstawiła sprawozdanie ze spotkania poświęconego klinikom na bazie obcej. Omówiła również fatalną sytuację sprzętową wrocławskiej służby zdrowia i zwróciła uwagę, że coraz częściej w placówkach zdrowia wymusza się od pacjentów opłaty za wykonywane usługi, w postaci "dobrowolnych cegiełek". Kol. K. Kochman zaproponowała, aby Rada DIL oficjalnie sprzeciwiła się tego typu karygodnym praktykom. Sprawa zostanie podjęta przez Prezydium DRL na najbliższym posiedzeniu.

Kol. J. Terpiński przypomniał, że Rada DIL na poprzednim posiedzeniu w dniu 6 października przyjęła skorygowany preliminarz budżetowy na 1994 r. Zmiany dotyczyły wpływu i wydatkowania dodatkowej kwoty 1,766 mld zł.

Kol. Teresa Agopsowicz-Olipra, przewodnicząca Komisji Socjalnej, odczytała projekt regulaminu korzystania z pomieszczeń hotelowych w siedzibie DIL. Regulamin będzie jeszcze dopracowany przez radcę prawnego DRL, skarbnika i przewodniczącego DRL.

Na wniosek kol. Wandy Poradowskiej-Jeszke, przewodniczącej Komisji Kształcenia, Rada DIL delegowała swoich przedstawicieli do komisji konkursowych:

W posiedzeniu uczestniczyła zaproszona przez Radę dr Musiał, przewodnicząca Komisji Zdrowia Rady Miejskiej Wrocławia. Poinformowała ona zebranych, że na spotkaniu z członkami Komisji ds. Współpracy z Samorządem Terytorialnym DRL wspólnie ustalono zorganizować zebranie ww. obu komisji. Zebranie poświęcone było "Ocenie i propozycjom przekształceń służby zdrowia we Wrocławiu" - dokument ten opracował lekarz miejski Władysław Sidorowicz.

Kol.kol. Jerzy Piekarski i Andrzej Koziorowski omówili przebieg spotkania Komisji Organizacyjnej NRL i Komisji Komputerowej NRL, po wprowadzeniu przez M. Przesalskiego.

Kol. Teresa Bujko poinformowała zebranych, że najbliższe spotkanie Koła Lekarzy Prywatnie Praktykujących odbędzie się 19 listopada. Rada delegowała na nie kol. Janinę Kasprzak-Wójtowicz.

Na spotkanie założycielskie (1.12.) koła DIL przy szpitalu im. Falkiewicza we Wrocławiu na Brochowie delegowano kol. Barbarę Bruzewicz-Mikłaszewską.

Kol. J. Piekarski, przewodniczący Komisji Stomatologicznej DRL poinformował zebranych, że od stycznia 1995 roku komisja będzie organizowała kursy szkoleniowe dla lekarzy, zaliczane do specjalizacji. Komisja proponuje ogłosić konkurs na najlepszą pracę poglądową specjalizujących się lekarzy.

2. Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 30 mln zł.

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

(kz)

Sto warzyszenie Menadżerów O pieki Z drowotnej

mgr M. Jolanta Borzyska

Jak nie naruszać dyscypliny budżetowej - szkolenie

W miesiącu marcu br. Oddział Dolnośląski STOMOZ zorganizował prorocze, jak się okazało, szkolenie nt. "Zasad postępowania w sprawach o naruszenie dyscypliny budżetowej" z udziałem pracowników naukowych Zakładu Prawa Finansowego Uniwersytetu Wrocławskiego.

Parę miesięcy później wszyscy kierownicy zakładów i główni księgowi z województwa wrocławskiego, a także woj. jeleniogórskiego (na razie), którzy zaciągnęli zobowiązania ponad limit wydatków w 1993 r., stają przed komisjami orzekającymi w sprawach o naruszenie dyscypliny budżetowej - stąd stanowisko Zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ w sprawie ponoszenia odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny budżetowej, które poniżej przedstawiamy.

Stanowisko Zarządu Dolnośląskiego STOMOZ w sprawie ponoszenia odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny budżetowej

W kilku województwach kierownicy zakładów opieki zdrowotnej, którzy zaciągnęli zobowiązania ponad limit wydatków w 1993 roku, odpowiadają restrykcyjnie przed komisjami orzekającymi w sprawach o naruszenie dyscypliny budżetowej. Sankcje przewidziane w ustawie dyskwalifikują menadżera jako profesjonalistę.

Jednym z kierunków działań przyjętych przez rząd będzie dalsze dyscyplinowanie budżetów wojewódzkich. Reżim finansowy ma wymusić materialną odpowiedzialność, również wojewody, za przekroczenie wyznaczonego w planie budżetu.

Oddział Dolnośląski STOMOZ uważa, że w majestacie prawa przenosi się odpowiedzialność za deficyt budżetowy i brak działań reformatorskich na kadre menadżerską, która nie posiada ani wpływu na te działania, ani obowiązku przysparzania dodatkowych dochodów budżetowych, lecz mimo to, podejmuje takie działania.

Wiadomo, że zadłużenie powstało głównie nie z tytułu niegospodarności, lecz z tytułu niezapewnienia odpowiednich środków na realizację zadań statutowych.

Podjęcie przez rząd decyzji o konieczności oddłużenia pozostaje w jaskrawej sprzeczności z restrykcyjnym charakterem odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny budżetowej.

Faktem jest, że stan zadłużenia służby zdrowia i całej sfery budżetowej anarchizuje realizację budżetu państwa i narusza dyscyplinę budżetową w skali całego kraju.

Pociągani do odpowiedzialności są głównie dyrektorzy jednostek, którzy dla realizowania zadań statutowych - ratowania życia i zdrowia pacjentów, przekroczyli limit wydatków.

Domagamy się jasnych i precyzyjnych, ogólnie obowiązujących reguł dysponowania publicznymi środkami finansowymi, ustalonych w wyniku rzetelnej analizy kondycji finansowej jednostek. Dotychczas nie jest znana żadna metodologia oceny gospodarki finansowej zakładów opieki zdrowotnej, ani przyczyn zadłużenia.

Na razie, nie chcąc ponosić odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny, czyli nie chcąc naruszać prawa, pozostaje dyrektorom jedyną legalną drogą zawieszenia funkcjonowania szpitala na czas określony, tj. od momentu wyczerpania limitu środków do czasu otrzymania nowego budżetu.

Konferencja w Trzebieszowicach

W dniach 21-22 października Oddział Dolnośląski STOMOZ zorganizował konferencję szkoleniową w Trzebieszowicach k.Kłodzka dla członków oddziału i zaproszonych gości.

W programie zawarły się między innymi: zasady podziału budżetu ochrony zdrowia w skali kraju i województw, w tym przykład województwa olsztyńskiego i opolskiego - referenci: Ryszard Olszanowski, Franciszek Gajek i Maciej Piróg, zawieranie umów i zasady przyznawania środków jednostkom samodzielnym, strategia dla zdrowia, prawa pacjenta - ref. Marian Sołtyś i odpowiedzialność cywilna lekarzy - doc. Andrzej Śmieja z Uniwersytetu Wrocławskiego.

Dzięki firmie Smithkline Beecham sponsorującej imprezę, uczestnicy ponosili jedynie częściowe koszty.

Konferencja spotkała się z dużym zainteresowaniem. Wzięło w niej udział około 80 osób, gościem m.in. był pan Tadeusz Turbiński - dyrektor Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu.

Uczestnicy konferencji składają serdeczne podziękowania kol. Marianowi Kowalowi - dyrektorowi ZOZ w Dzierżoniowie, kol. Janowi Ławskiemu - dyrektorowi ZOZ w Bystrzycy Kłodzkiej i kol. Zbigniewowi Okarmowski - dyrektorowi ZOZ w Świdnicy za sprawne zorganizowanie i interesującą formułę konferencji.

przewodnicząca Zarządu
Oddz. Dolnośląskiego STOMOZ
mgr M. Jolanta Borzyska

Uwagi Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ do projektu ustawy o zawodzie lekarza

W związku z bardzo zaawansowanymi pracami legislacyjnymi, mającymi na celu uchwalenie ustawy o zawodzie lekarza, poza uwagami wniesionymi przez uczestników konferencji w sejmie w dniu 26.09.94 r., istnieje pilna potrzeba uregulowania prawnego statusu lekarza zatrudnionego w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Zaakceptowana w projekcie ustawy samodzielność lekarza nie może naruszać kompetencji bezpośredniego przełożonego lekarza oraz kierownika zakładu, a w szczególności wolności zawierania umów o pracę.

Proponujemy zatem, aby w ustawie o zawodzie lekarza dopuszczano różne formy wykonywania zawodu lekarza, tzn. z jednej strony jako wolnego zawodu, a z drugiej - zatrudnienie lekarzy na podstawie umowy o pracę zgodnie z *Kodeksem pracy*.

Takie uregulowanie jest już przyjęte w ustawie o radcach prawnych, adwokatów wykonujących wolny zawód bądź na własny rachunek, bądź też na podstawie zatrudnienia zgodnie z art.2 *Kodeksu Pracy*.

Powyższe rozwiązanie legislacyjne wyeliminuje w przyszłości mogące się rodzić wątpliwości co do formy wykonywania zawodu lekarza.

Gdyby pominięto proponowane przez nas rozwiązania, to zawód lekarza byłby regulowany trzema równorzędnymi aktami prawnymi: ustawą o zawodzie lekarza, ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, *Kodeksem pracy* - co mogłoby wprowadzić wiele wątpliwości, kolizji i niejasności prawnych.

Konkurs

Dziekan Wydziału Lekarskiego

Śląskiej AM w Katowicach
ogłasza konkurs na stanowisko

profesora nadzwyczajnego

w I Klinice Kardiochirurgii w Katowicach
Katedry Kardiochirurgii w Zabrze.

Kandydaci na to stanowisko powinni spełniać następujące warunki:

- posiadać tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego,
- oraz znaczne osiągnięcia naukowe, dydaktyczno-wychowawcze i organizacyjne.

Zgłoszenie powinno zawierać:

- podanie o przystąpieniu do konkursu,
- autoreferat,
- opis nadania tytułu naukowego lub dyplomu doktora habilitowanego,
- spis publikacji z podziałem na powstałe przed uzyskaniem tytułu naukowego lub przed habilitacją oraz powstałe po uzyskaniu tytułu naukowego lub po habilitacji.

Termin przyjmowania zgłoszeń do 30 grudnia 1994 roku. Przewidywany termin zakończenia konkursu: 31 stycznia 1995 roku.

Dokumenty należy składać w Dziale Spraw Osobowych w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-952 Katowice.

Kandydatom spoza Katowic uczelnia nie zapewni mieszkania.

Wykaz radnych-lekarzy do rad gminnych

woj. wrocławskie

lek.stom.Biegańska-Sudnik Ewa,ZOZ Wrocław Śródmieście
lek. Kostecki Krzysztof,ZOZ Brzeg Dolny
dr med.Krzemień Krzysztof,ZOZ Milicz
lek. Kucharski Michał,Woj.Zespół Szpitalno-Sanatoryjny
Chorób Płuc Oborniki Śląskie

lek. Mioduszevska Jolanta, ... Zarząd Służby Zdrowia MSW Środa Śląska
lek. Osiański Marek,Gminny Ośrodek Zdrowia Długoleka
lek. Tomaszewski Mirosław,ZOZ Milicz
lek. Tomczak-Mor Alicja, Zakład Porcelany Ciechów k.Środy Śląskiej

woj.jeleniogórskie

lek. Bąk Krzysztof, ZOZ Bolesławiec
lek. Ciemięga Adam, ZOZ Bolesławiec
lek. Dawidowicz Zygmunt,Urząd Gminy Janowice Wielkie
lek. Dawidowicz Wioletta,Urząd Gminy Janowice Wielkie
lek. Dziuba Wiesław,ZOZ Zgorzelec
lek. Gil-Lubaszka Maria,Szpital Wojskowy w Budowie
lek. Grzesiak Bogusław,ZOZ Lubań
lek. Kałdonek Andrzej,ZOZ Kowary
lek. Kliszcz Janusz,ZOZ Lubań
lek. Krajewski Włodzimierz,ZOZ Kamienna Góra
lek. Kulej Henryk,PP Uzdrowisko Świeradów Czerniawa
lek. Latoś Tadeusz,Centrum Pneumonologii Dziecięcej Karpacz
lek. Łasiz Bogdan,ZOZ Lwówek Śląski
lek. Macek Krzysztof,Miejsko - Gminny Ośrodek Zdrowia Bolków
lek. Mandat Kazimierz,Urząd Miasta i Gminy Lubomierz
lek. Młynarczyk Szymon,ZOZ Lwówek Śląski
lek. Pawlik Roman,ZOZ Bolesławiec
lek. Piestak-Babijczuk Janina,ZOZ Bolesławiec
lek. Południkiewicz Marian,Woj.Szpital Zespolony Jelenia Góra
lek. Pomichter Ryszard,ZOZ Bolesławiec
lek. Pyrzanowski Juliusz,Urząd Gminy Jeżów Sudecki
lek. Samor Jacek,ZOZ Kowary
lek. Skorupski Józef,Gminny Ośrodek Zdrowia w Osiecznicy
lek. Stańczyk-Kolanowska Teresa,Urząd Gminy Olszyna
lek. Szczepański Stanisław,ZOZ Bolesławiec
lek. Szmigiel Piotr,Urząd Gminy, Ośrodek Zdrowia Siekierzyn
lek. Woch Gustaw,Urząd Gminy, Gminny Ośrodek
Zdrowia Platerówka

woj.legnickie

lek. Borawska Ewa,ZOZ Głogów
lek. Dąbrowski Leszek,ZOZ Jawor
lek. Gibek Mirosław,ZOZ Jawor
lek. Gliński Jerzy,ZOZ Głogów
lek. Grześkowiak Przemysław,ZOZ Legnica
lek. Janusz Tadeusz,ZOZ Głogów
lek. Juros Paweł,Szpital Chirurgiczny Legnica
lek. Knapik Marian,ZOZ Lubin
lek. Krahl-Sereta Danuta,ZOZ Głogów
lek. Krajewski Jacek,ZOZ Jawor
lek. Kwiatkowska Grażyna,ZOZ Polkowice
lek. Malkiewicz Jerzy,Wojewódzki Szpital Legnica
lek. Marcinów Janina,ZOZ Głogów
lek.stom. Pasternak Wanda,ZOZ Złotoryja
lek. Pyziński Wojciech,ZOZ Legnica
lek. Scharoch-Kołodziejczyk Katarzyna,ZOZ Legnica
lek. Sulicki Tadeusz,ZOZ Głogów
lek. Świetlik Andrzej,ZOZ Lubin
lek. Węgierska Jolanta,ZOZ Polkowice
lek. Wojciechowski Waldemar,ZOZ Lubin

woj.wałbrzyskie

lek. Balawajder Alfred,ZOZ Nowa Ruda
lek. Burger Bogusław,ZOZ Duszniki Zdrój
lek. Dudziński Marian,ZOZ Świebodzice
lek. Dziedzic Janusz,ZOZ Bielawa
lek. Hać Andrzej,Woj.Szpital Zespolony Wałbrzych
lek. Janicki Andrzej,ZOZ Dzierżoniów
lek. Kaczmarzyk Janusz,ZOZ Dzierżoniów
lek. Kusyk Maria,Specj. ZOZ Nad Matką i Dzieckiem Wałbrzych
lek. Loose Heliodor,ZOZ Duszniki Zdrój
lek. Lubieniecka Bogumiła,ZOZ Żąbkowice Śląskie
lek. Łydzba Danuta,ZOZ Świdnica
lek. Małolepszy Andrzej,Woj.Szpital Zespolony Wałbrzych
lek. Markiewicz Grażyna,ZOZ Żiębice
lek. Musiel Stanisław,ZOZ Dzierżoniów
lek.stom.Nawrocka Elżbieta,ZOZ Duszniki Zdrój
lek. Piszczałkowski Henryk,ZOZ Bielawa
lek. Podogrodzki Tadeusz,gabinet prywatny Szczawno Zdrój
lek. Puskarz Roman,Woj.Szpital Zespolony Wałbrzych
lek. Seweryn Ewa,ZOZ Żąbkowice Śląskie
lek. Sokołowski Jacek,ZOZ Świebodzice
lek. Stępień Ewa,ZOZ Żiębice
lek. Rybka Elżbieta,ZOZ Nowa Ruda
lek. Undas Stanisław,ZOZ Bielawa
lek. Winiarski Zygmunt,ZOZ Nowa Ruda
lek. Partyka Magdalena,ZOZ Bystrzyca Kłodzka
lek. Zuzafski Edward,ZOZ Nowa Ruda

W majowym "Biuletynie" opublikowaliśmy informacje o sposobie ubezpieczenia się lekarzy od odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu. Niestety, mimo dużego zapotrzebowania na informacje tego typu oraz mimo próby stworzenia grupowego (tańszego) ubezpieczenia, praktycznie nie otrzymaliśmy deklaracji koleżanek i kolegów za zorganizowaniem prawnego i pragmatycznego systemu ochronnego dla środowiska lekarzy. Zchylenie na replikę - coraz liczniejsze kłopoty cywilno-prawne lekarzy, związane przede wszystkim z wykonywaniem prywatnej praktyki, spowodowały reanimację problemu ubezpieczenia zawodowego. Skargi pacjentów na czynności lekarskie, szczególnie zabiegowe, w czym wiodą prym stomatolodzy, zrodziły pilną potrzebę ponownego uregulowania bezpieczeństwa praktykowania w naszym wolnym zawodzie. W momencie powstania roszczeń pacjenta objawia się tragedia zawodowa i osobista wielu naszych korporantów. Skargi wnoszone do DIL wymagają postępowania z urzędu - postępowania polubownego, u rzecznika odpowiedzialności zawodowej, w sądzie lekarskim; przy roszczeniach materialnych - w sądach cywilnych. Niedostatek naszej wiedzy prawnej w nowym zjawisku roszczeń wobec lekarzy powodują wielokrotnie pogłębienie, i tak złej, sytuacji cywilno-prawnej, często deontologicznej. W

Ubezpieczenie zawodowe lekarzy - raz jeszcze

przypadku rozsądnego ubezpieczenia cywilnego lekarza (ubezpieczenie kontraktowe), pierwotne roszczenie naszego pacjenta obciąża instytucję ubezpieczającą, czyli ubezpieczyciela.

* W razie zajścia zdarzenia, które może spowodować roszczenia ze strony poszkodowanego, ubezpieczający (lekarz - przyp. J.P.) obowiązany jest w miarę możliwości zapobiec zwiększeniu się szkody oraz starać się o ustalenie okoliczności wypadku. * Ubezpieczający obowiązany jest niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela o szkodzie i stosować się do jego zaleceń. Należy dostarczyć ubezpieczycielowi wszystkie niezbędne dokumenty dotyczące roszczenia i rozmiaru szkody.

* Jeżeli przeciwko ubezpieczającemu poszkodowany wystąpi z roszczeniem o odszkodowanie na drogę sądową (arbitrażową), ubezpieczający jest obowiązany natychmiast zawiadomić o tym ubezpieczyciela. Na żądanie ubezpieczyciela ubezpieczający jest obowiązany udzielić pełnomocnictwa procesowego wskazanej przez ubezpieczyciela osobie.

* Ubezpieczający, bez uprzedniej zgody ubezpieczyciela, nie może uznać za zaspokoił roszczenia strony po-

szkodowanej. Zaniechanie tego obowiązku, jak również ograniczenie, może spowodować ograniczenie lub odmowę wypłaty odszkodowania.

Jest to "klucz" do aktywnej obrony przed wniesieniem przez pacjenta skargi do organów izby lekarskiej, a także organów ścigania i sądów cywilnych. Niewątpliwie powyższa relacja lekarz-pacjent-ubezpieczyciel powoduje nieprzewidywalne reakcje towarzyszy ubezpieczeniowych. W symulacji należy przyjąć wariant pragmatyczny - wzrost stawek ubezpieczeniowych. Temu jednak mogą zapobiec grupowe ubezpieczenia lekarzy. Dolnośląska Izba Lekarska zrzesza ponad 10 tysięcy lekarzy i lekarzy stomatologów, z tego znaczna część koleżanek i kolegów prowadzi indywidualne praktyki. Zasada stosowania opustów (na przykładzie TU "Samopomoc") w ubezpieczeniu grupowym, firmowanym przez DIL, na terenie województw: jeleniogórskiego, legnickiego, walbrzyskiego i wrocławskiego, powoduje, iż w przypadku deklaracji co najmniej 500 lekarzy kwota rocznej składki ubezpieczeniowej rośnie proporcjonalnie o 30%, tj. do 1,0 mln zł. Nadto TU "Samopomoc" SA rezygnuje z ok. 20% prowizji, po-

mnieszonej o stosowny podatek, którą to kwotę dedukuje się przekazywać na konto DIL. Podobnie opusty przewidują inne towarzystwa ubezpieczeniowe (tabela). Dodatkowym atutem grupowego ubezpieczenia jest ekonomiczna siła nacisku na ubezpieczyciela w negocjowaniu rocznych składek i stosowanych wyłączeń w ubezpieczeniu. Proponowane grupowe ubezpieczenia lekarzy są początkiem systemowego rozwiązania roszczeń pacjentów wobec lekarzy. Jest to nowe, nieznanie nam zjawisko, przed którym musimy się bronić. Nie kwestionujemy prawdziwości i skuteczności (odpowiedzialność deliktowa i kontraktowa), jednak przeciwstawiamy się powstawaniu rynku roszczeniowego, tworzonego komercyjnie, nawet poza granicami RP, dla korporacji prawników. W tym miejscu ubolewamy, iż praktycznie zaistniał konflikt interesów samorządu lekarskiego i adwokackiego. Traktujemy to jako nieubłagane konsekwencje demokratyzacji życia publicznego. Sposób i formy grupowego ubezpieczenia lekarzy to ustawowy i moralny obowiązek Rady Lekarskiej DIL. Zatem wybór firmy ubezpieczającej, negocjowane opusty i inne ulgi podlegają dynamicznej weryfikacji w aspekcie interesów lekarzy.

Uprzejmie prosimy o niezwłoczne nadsyłanie deklaracji w sprawie wspomnianego, grupowego ubezpieczenia. Nadmieniamy, że umowa zawierana z preferowaną instytucją ubezpieczeniową (tabela) przewiduje możliwość rezygnacji z ubezpieczenia (w trakcie jego trwania) w przypadku wątpliwości lekarza, a także negocjowania szczególnych warunków umowy.

mującego zamówienie". Art. 637: "Jeżeli dzieło ma wady, zamawiający może żądać ich usunięcia, wyznaczając w tym celu przyjmującemu zobowiązanie odpowiedni termin z zagrożeniem, że po bezskutecznym upływie terminu nie przyjmie naprawy. Przyjmujący może odmówić naprawy, gdyby wy magała nadmiernych kosztów. [...]" Art. 638: "Jeżeli z artykułów poprzedzających nie wynika nic innego, do rękójmi za wady dzieła stosuje się odpowiednio przepisy o rękójmi przy sprzedaży."

Gwarancja - "gwarancja jest pisemnym zapewnieniem co do jakości rzeczy sprzedanej oraz usunięcia wad fizycznych rzeczy lub dostarczenia rzeczy wolnej od wad, jeżeli te wady ujawniają się w terminie określonym w umowie. Stosownie do postanowień gwarancji nie powoduje samo przez się nieważności tej gwarancji", "zakłady prywatne nie są zobowiązane do udzielania gwarancji. Jeśli jednak gwarancji udzieliły, to fakt ten powinien być stwierdzony na piśmie."

Rękójmi za wady - art. 556: "Sprzedawca jest odpowiedzialny względem kupującego, jeżeli rzecz sprzedana ma wadę zmniejszającą jej wartość lub użyteczność ze względu na cel w umowie oznaczony albo wynikający z okoliczności przeznaczenia rzeczy, jeżeli rzecz nie ma właściwości, o których istnieniu zapewnił kupującemu, albo jeżeli rzecz została kupującemu wydana w stanie niepełnym (rękójmi za wady fizyczne)." Art. 557: "Sprzedawca jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu rękójmi, jeżeli kupujący wiedział o wadzie w chwili zawarcia umowy." "Termin do uprawnień z tytułu rękójmi za wady fizyczne nie może skończyć się wcześniej niż w trzy miesiące po upływie terminu gwarancji".

Wyłączenia - wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenia, np. zakażenie pacjentów wirusem HIV oraz innymi chorobami wszczeniowymi, szkody spowodowane wadą ukrytą leku lub instrumentów medycznych, za co odpowiada producent w ramach gwarancji i rękójmi, brak pomysłów skutków leczenia, nieumyślne spowodowanie powikłań w przebiegu ciąży i uszkodzenie płodu itp.

Jerzy Piekarski

P.S. Nagminnym "grzechem" lekarzy jest pochopnie, często nieprzemyślane krytykowanie kolegów lekarzy, uprzednio leczących danego chorego, w kwestii diagnostycznej i terapeutycznej. Jest to wielokrotnie głównym przyczynkiem do wnoszenia, często zresztą niesłusznie, skarg pacjentów przeciw lekarzom. W aspekcie etyki lekarskiej, a także Kodeksu Karnego w art. 178 i 181. Prawo nie obowiązuje lekarzy prywatnie praktykujących do prowadzenia dokumentacji medycznej, jednak ze wszelkich miar wskazane jest prowadzenie takiej. Skarżony lekarz, nie posiadający faktografii jest mało wiarygodny dla ubezpieczyciela i sądu.

Jerzy Piekarski

¹ "Gazeta Dolnośląska" (wklejka "Gazeta Wyborczej"), 15 września 1994 r.

Ubezpieczyciel	GRYF	HEROS	HESTIA	KONZEPTION	PZU	SAMOPOMOC
Reasekuracja ubezpieczyciela:						
Polska	?	+	+	?	?	+
zagranica	+	+	+?	?	+	+
Ubezpieczenie deliktowe	+	?	+	+	+	+
Ubezpieczenie kontraktowe	+	?	-	?	-	+
Ubezpieczenie tylko w uspołecznionej służbie zdrowia	?	?	-	-	?	+
Suma gwarancyjna	?	?	-	-	?	100 mln HIV WZWNW
Składka roczna	?	?	-	-	?	0,1 mln
Ubezpieczenie tylko w prywatnej praktyce	+	?	+	+	+	+
Suma gwarancyjna	do 5 mld	?	1 mld	1 mld lub 10 mld	do 5 mld	0,5 mld
Składka roczna bez udziału własnego	7%	?	0,085 do 0,17 mln	-	5,59 %	1 mln (lek. stom. 1,2 mln) 1,5 mln HIV WZ.W
Składka roczna z udziałem własnym	4,4%	?	-	*	-	-
Udział własny	opcjonalny	?	-	10% max. 100%	+ - ?	-
Ubezpieczenie łączne w obu ww. sektorach	+	(wzrost stawki o 50%)	?	?	+	+
Ubezpieczenie przy zatrudnieniu w kilku jednostkach	+	?	?	-	+	+
Ubezpieczenie: WZW, HIV(zakażenie pacjenta)		?	-	-	-	+
Ubezpieczenie zatrudnionych lekarzy w indywidualnej praktyce (składka roczna)	+		+	+	?	+(0,7 mln)
Ubezpieczenie personelu	+	?	-	-	+	+(0,4 mln)
Odpowiedzialność ubezpieczyciela za sprzęt medyczny	+	?	-	-	odrębne	-
Ubezpieczenie NW	+	?	+	-	?	+(gratis)
Suma gwarancyjna	80 mln	?	40 lub 70 mln	-	?	20 mln
Składka roczna	210 tys.	?	0,048-0,172	-	?	-
Dodatkowe ubezpieczenie od utraty zarobków lekarza w przypadku NW	+	?	-	-	do negocjacji	+
Ubezpieczenie na życie	+	?	-	-	+	-
Grupowe ubezpieczenie (opusty)	+	?	-	-	+	+
Ulga prowizyjna		?	-	-	do negocjacji	+
Ratalna opłata składki	+	?	-	-	+	+
Negocjowalne warunki	+	?	-	-	+	+

Gryf - ciekawa propozycja dodatkowego ubezpieczenia od utraty zarobków lekarza w przypadku NW.

Heros - towarzystwo mimo deklaracji nie dostarczyło szczegółowych warunków zawodowego ubezpieczenia lekarzy.

Hestia (ubezpieczenie tylko deliktowe) - wersja podwyższona do sumy gwarancyjnej 2 mld zł; składka roczna od 0,141 do 0,281 mln zł.

Konzeption II - składka roczna uzależniona jest od rodzaju specjalizacji, od 0,9 do 4,5 mln przy sumie gwarancyjnej 1 mld oraz 2,0 - 21,8 mln w przypadku sumy gwarancyjnej 10 mld zł. Lekarze zakładający nowe praktyki otrzymują przy wyborze sumy gwarancyjnej 10 mld zł w pierwszym roku 30% zniżki, w drugim 20%, a w trzecim 10% zniżki.

PZU - w najbliższej przyszłości przewidywane ubezpieczenie kontraktowe.

Samopomoc - lekarz prowadzący prywatną praktykę i równocześnie pracujący w lecznictwie publicznym lub zakładowym jest, bez dodatkowej składki, równocześnie ubezpieczony w obu rodzajach wykonywanej praktyki, w przypadku zbiorowego ubezpieczenia lekarzy od składki ubezpieczeniowej przysługują bonifikaty: ponad 100 lekarzy - 10%, ponad 200 lekarzy - 15%, ponad 500 lekarzy - 30%.

Warta - obecnie nie przewiduje ubezpieczenia lekarzy od odpowiedzialności cywilnej.

Informacje o ubezpieczycielach zbierane były w różnym czasie, mogą więc nie zawierać pełnych danych o aktualnych ofertach firm.

Wyimki prawne:

Kodeks cywilny - par. 415 "kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę zobowiązany jest do jej naprawienia"; par. 416 "osoba prawna jest zobowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu".

Dobrowolne kontraktowo-deliktowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej gwarantuje lekarzowi, iż w przypadku błędnej diagnostyki lub terapeutycznego roszczenia materialnego pacjenta pokryje towarzystwo ubezpieczeniowe.

Dz. U. nr 59, poz. 334 z 28 lipca 1990 r. - możliwość tworzenia towarzystw ubezpieczeń wzajemnych (TUW), które stowarzyszają "zespoły ludzi mających wspólne cele, zapewniające rekompensatę za straty poniesione w wyniku nieprzewidywanych zdarzeń losowych, ochraniających członków przed następstwami różnych zdarzeń losowych na zasadzie solidarności pomocy". W październiku 1991 powstało pierwsze po wojnie TUW, z siedzibą w Warszawie.

Słownik:

Ubezpieczający - tym przypadku lekarz ubezpieczający się od odpowiedzialności cywilnej, niezależnie od tego, kto zawarł umowę ubezpieczenia.

Ubezpieczyciel - towarzystwo ubezpieczeniowe.

Zbiorowe umowy ubezpieczenia - zawierane przez izby lekarskie, inne organizacje stowarzyszające lekarzy, pracodawców. Zbiorowymi umowami nie mogą być objęci lekarze zatrudniający personel lekarski lub pomocniczy personel medyczny.

Ubezpieczenie deliktowe - "niezamierzony uszczerbek osób trzecich lub uszkodzenie majątku".

Ubezpieczenie kontraktowe - "nieotrzymanie warunków umowy". **Umowa o dzieło** - art. 627: "Poprzez umowę o dzieło przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania oznaczonego dzieła, a zamawiający do zapłaty wynagrodzenia". Art. 663: "Jeżeli zamawiający zamówienie wykonywa dzieło w sposób wadliwy albo sprzeczny z umową, zamawiający może przedawnić go do zmiany sposobu wykonania i wyznaczyć mu w tym celu odpowiedni termin. Po bezskutecznym upływie wyznaczonego terminu zamawiający może od umowy odstąpić albo powierzyć poprawienie lub dalsze wykonanie dzieła innej osobie na koszt i niebezpieczeństwo przy-

Deklaracja

uczestnictwa w grupowym (DIL) ubezpieczeniu lekarzy prywatnie praktykujących

Firma ubezpieczająca:

Imię i nazwisko lekarza:

Adres zamieszkania:

Tytuł zawodowy:

Równoczesne zatrudnienie w uspołecznionej ochronie zdrowia: tak/nie

podpis lekarza i pieczęć

Deklarację prosimy nadsłać do DIL listem poleconym, w terminie do dwóch tygodni od daty otrzymania "Remedium".

Ocena sytuacji miejskiej służby zdrowia Wrocławia i propozycje przekształceń

Umowa pilotażowa, na mocy której miasto przejęło otwarte leczenie zorganizowane w 6 zespołów opieki zdrowotnej i 6 samodzielnych zakładów publicznej służby zdrowia, obowiązującej od 1 stycznia 1994 r. Po niespełna 10 miesiącach funkcjonowania w nowej sytuacji można dokonać wstępnego bilansu.

Przejęto 80 placówek w znacznej mierze zdekapitalizowanych. Zaległości w remontach bieżących sięgają 17 lat. W stosunku do wielu wydano różne nakazy sanitarne, od lat nie wykonywane. Środki przyznane z nadwyżek budżetowych miasta w części powstrzymały proces dekapitalizacji. W oparciu o zatrudnionych w zoz-ach specjalistów sporządzono listę, kierując się pilnością potrzeb. Za najpilniejsze uznano remonty dachów i instalacji, osuszanie zawilgoconych pomieszczeń, naprawę stolarki. Dofinansowywano instalowanie pieców gazowych, liczników ciepła, regulatorów węzłów. Wykonano prace malarskie w najbardziej zaniedbanych placówkach. Dokonano przeglądu aparatury diagnostycznej. Zaobserwowano znaczne różnice w wyposażeniu placówek sprzętem, przy jednoczesnych wieloletnich zaniedbaniach w zakupach. Sporządzono listę aparatury, wg której starać się będziemy o wyrównanie standardu możliwości laboratoryjnych. Wieloletnie zaniedbania powodują znaczną awaryjność sprzętu diagnostycznego (np. zaszła konieczność zakupu 6 lamp rentgenowskich). W oparciu o te same środki dofinansowaliśmy nowe inwestycje: przychodnie przy ul. Bończyka i Krynickiej, remonty przy ul. Orzeszkowej i ul. Promień. Obecnie najpilniejsze nasze zadania to rozwiązanie problemów funkcjonowania przychodni przy ul. Conrada Korzeniowskiego (róg Trzebnickiej), na Żemikach, w Muchoborze Wielkim. Utrzymanie nakładów na poziomie podobnym (oby urealnionym inflacyjnie) pozwoliłoby na stopniową poprawę stanu budowlanego i wyposażenia miejskich placówek.

W ramach umowy pilotażowej przejęliśmy 4180 etatów kalkulacyjnych. Rzeczywiście obsadzonych jest 3846,7 etatów. Strukturę zatrudnienia przedstawiam w tabeli 1.

Tabela 1

Struktura zatrudnienia w wybranych grupach zawodowych (stan na 30 czerwca 1994 r.)

Zatr. ogółem - etaty	Ogółem	Procent
z tego:		
lekarze	647,3	16,8%
lekarze dentyści	314,8	8,2%
farmaceuci	8,3	0,2%
analitycy	35,9	0,9%
pielęgniarki	798,5	20,8%
położne	106,5	2,8%
tech. analityki med.	142,1	3,7%
tech. farmaceuci	5	0,1%
tech. fizjoterapii	103,2	2,7%
tech. masażyści	6	0,2%
tech. elektroradiologii	65,7	1,7%
tech. dentyści	75,7	2,0%
tech. terapii zajęciowej	3	0,1%
tech. ortopedii	0	0,0%
higienistki stomatolog.	44,3	1,2%
instruktorzy higieny	2	0,1%
dietetycy	1	0,0%
opiekunki dziecięce	0	0,0%
ortoptycy	0	0,0%
sekretarki medyczne	23,8	0,6%
statystycy medyczni	21	0,5%
sanitariusze	0,5	0,0%
salowe	16	0,4%
obsługa	1.426,1	37,1%
razem	2.420,6	62,9%
obsługa	1.426,1	37,1%

Władysław Sidorowicz Lekarz Miejski Wrocławia

Trwają końcowe prace nad określeniem obciążenia poszczególnych stanowisk pracy, mierzonego ilością mieszkańców przypadającą na jednego zatrudnionego. Wstępne ustalenia wskazują na znaczne różnice pomiędzy placówkami. Ilustrują to następujące przykłady.

W Przychodni Rejonowej nr 1 Starego Miasta na 1 zatrudnionego lekarza przypada 2230,8 podopiecznych, gdy w Zawidawiu II - 7142. W pionie pediatrycznym na 1 lekarza w Przychodni Rejonowej nr 1 Śródmieście przypada 566 dzieci, a w przychodni nr 9 Krzyki - 1490. W ginekologii wartości te wahają się od 7835 do 73480. W stomatologii od 1041 do 8912 na jednego lekarza. Wśród pielęgniarek środowiskowych - od 1567 do 6015 na jeden etat. Wydział Zdrowia weryfikuje i wyjaśnia wychwycone dysproporcje. Zajdzie konieczność stopniowego wyrównania obciążenia pracujących. Nie taję, że zaskoczony jestem skalą tych rozpiętości, przekładaną wszak na określone warunki korzystania ze świadczeń przez pacjentów i pracy personelu medycznego. Jest to jeden z elementów, którego, niestety, nie uwzględniano przy usamodzielnianiu placówek.

W umowie podpisanej przez prezydenta i wojewodę uzgodniono, że długi służby zdrowia do dn. 31.07.1993 r. zostaną spłacone przez wojewodę wrocławskiego w całości, natomiast z drugiego półrocza będą negocjowane. Zapis ten nie został w pełni uwzględniony przez zarządzających placówkami służby zdrowia. Kierując się zasadą unikania karnych odsetek, płacono przesuwając termin powstawania zobowiązania poza bezpieczny termin: 31 lipiec, a nawet poza 31 grudnia 1993 r. Rozporządzenie o oddłużeniu, do którego brak jest jeszcze zarządzeń wykonawczych, zastaje nas z zadłużeniem ok. 3,3 mld. Nie jest jasne, czy uda się uregulować korzystnie tę sprawę. Strukturę budżetu i wydatków przedstawiam w tabeli 2.

Należy zauważyć, że najbardziej chronioną częścią budżetu służby zdrowia są płace i ich pochodne - kolejne nuchy placów-

we zwiększają ich udział w wydatkach. W wielu placówkach oznacza to finansowanie etatów przy braku środków na funkcjonowanie. Dlatego też zaniedbano promocję zdrowia i profilaktykę, znacznie ograniczono świadczenia rehabilitacyjne. Pieniądze przyznane przez Radę Miejską pozwoliły na poprawę sytuacji. Zwiększono zakres świadczeń rehabilitacyjnych (Bończyka, przy ul. Krynickiej, Miejskie Zakłady Kąpielowe). Po długotrwałych negocjacjach podpisano kontrakt z ZOZ "Pulsantis" na wykonywanie wielu deficytowych świadczeń dla części rejonu dzielnicy Fabryczna. Utrzymanie tej tendencji w przyszłym roku należy uznać za podstawowe dla zapewnienia poziomu świadczeń.

W okresie do 1993 r. ze struktur zoz-ów, wyodrębniły się Szpitale. W 1993 r. na mocy decyzji wojewody oddzieliły się ze struktur ZOZ Psie Pole 3 przychodnie - Zawidawia I, II, III, z ZOZ Fabryczna - przychodnia przy ul. Żelaznej, przychod-

Tabela 1

Paragraf	Opis	Kwota w mln zł	%
11	wynagrodzenia osobowe	192.653	55,42%
17	zakładowy fundusz nagród	12.004	3,45%
41, 42	ZUS, fundusz pracy	94.050	27,05%
43	ZFSS	6.678	1,92%
21-40, 72	wydatki rzeczowe, inwestycje	42.249	12,15%
	razem	347.634	100,0%

nia Reumatologiczna przy ul. Budziszyskiej i Przychodnia przy ul. Na Ostatnim Groszu. Porządkowanie spraw związanych z wydzieleniem trwało do czerwca 1994 r., kiedy placówki te przejęły ostatecznie swoją gospodarkę budżetową. Kończy się w nich obsadzanie stanowisk kierowniczych osobami wyłonionymi w postępowaniu konkursowym. W ostatnich dniach kierownik przychodni przy ul. Legnickiej złożył wniosek do Rady Miejskiej o usamodzielnienie tej placówki w formie publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie całej służby zdrowia nadal odbywa się według zasad gospodarki niedoboru. Nierównomiernie rozmieszczenie struktur i personelu medycznego wystrza te zasady. Największe trudności ma pacjent w dużych przychodniach. Nie następuje w nich wiązanie się pacjenta z określonymi pracownikami fachowymi. Rozmyta jest struktura odpowiedzialności za jakość relacji, w efekcie najtrudniej tam o zaspokojenie swoich potrzeb zdrowotnych, ale także o satysfakcję zawodową. Podjęte w bieżącym roku nieśmiałe próby "cywilizowania" kontaktów pacjenta z instytucją leczniczą nadal nie przynosiły efektu w wielu placówkach. Trwa kontrola przestrzegania zasad rejestracji na godziny i telefonicznej, za czym zostaną podjęte działania dyscyplinujące.

Po przejęciu w pilotażu otwartego leczenia, Wydział Zdrowia zatrudnił prawnika, ekonomistę i sekretarkę. Stworzono Zespół Promocji Zdrowia w obsadzie 3 1/4

etatów (dwie pielęgniarki, magistra wf i magistra analityki). Jesteśmy jednym z mniejszych wydziałów wśród miast prowadzących pilotaż. Poza bieżącym zarządzaniem przejętymi strukturami, przygotowaliśmy plan promocji zdrowia dla miasta Wrocławia. Jednym z jego elementów jest analiza sytuacji zdrowotnej mieszkańców, wskazanie czynników ryzyka i sposobów przeciwdziałania zagrożeniom. Jest oferta prowadzenia przez miasto długofalowej polityki zdrowotnej. Zauważamy duże zainteresowanie tym programem,

którego znacząca część stanowi realizację prezydenckiego programu profilaktyki, zwłaszcza w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W strukturach wydziału od kilku lat działa pełnomocnik ds. uzależnień, z którym staramy się wzmocnić pion leczenia odwykowego. Finansowanych jest szereg programów odwykowych. W oparciu o możliwości szkół i naszych poradni rehabilitacyjnych stopniowo chcemy objąć opieką rehabilitacyjną (od gimnastyki korekcyjnej do kompleksowej rehabilitacji) dzieci z wadami postawy. Stopniowo pogłębia się nasza znajomość przejętych struktur służby zdrowia. Odnotowujemy wiele pozytywnych elementów w działaniu placówek usamodzielnionych. Znacznie poprawiły się ich zaopatrzenie, gospodarka finansowa, powiązania z lokalnymi społecznościami. Kierownicy pogłębili swoje zaangażowanie w zarządzanie. Dlatego nie będziemy utrudniać placówkom, które zechcą się usamodzielniać, tej formy funkcjonowania. Wydział Zdrowia uznaje za właściwy program stopniowego wzmocnienia roli POZ ewoluującej ku kontraktowym lekarzom rodzinnym. Decentralizacja struktur jest niezbędnym elementem tego procesu. W polityce wydziału będziemy dążyć do "poziomych" powiązań samodzielnych placówek w postaci zespołu zakładów opieki zdrowotnej. Zespoły zakładów staną się ośrodkami liczenia kosztów i obsługującymi księgowo placówki. W zakresie wzajemnie uzgodnionym, obarczane będą zadaniami (wraz z pieniędzmi) z zakresu polityki zdrowotnej miasta. Po wprowadzeniu przepisów o przepływie środków między jednostkami budżetowymi na tym poziomie prowadzone będą rozliczenia i kontrakty. Od listopada chcemy podjąć szkolenie kierowników przychodni w zakresie zarządzania. Pragnęlibyśmy zdobyć zaufanie personelu do kierunku przekształceń, przełamać nieufność do prawa. Przekształcenia strukturalne musimy wiązać z wyrównywaniem warunków startu placówkom. W ewentualnych przemianach korzystać będziemy z bazy danych, chroniąc umowami zakres wykonywanych przez placówki zadań. Stwierdzone dysproporcje obciążeni i wyposażenia stanowią znaczne utrudnienie wszelkich przekształceń strukturalnych.

Drugi oddech stażysty

- Szybciej kolego, niech pan zamknie drzwi. Mamy reanimację - dr Zanekki uciskając energicznie mostek, przestępował z nogi na nogę. - Te cholernie buty. Nawet nie zdążyłem ich zdjąć. Niech pan wchodzi. Proszę mnie zmienić. Tu pan stanie. Niech pan nie zgina rąk w łokciach, tylko robi ucisk ciężarem całego ciała. Pacjenta przewiozła dr Zapędzka - anestezjolog. Podobno miał ból w klatce piersiowej. Wcześniej była karetka, lekarz jednak zbagatelizował sprawę, podał jakiś zastrzyk i odjechał. Bóle nie ustępowały. Po 3 godzinach rodzina ponownie wezwała karetkę. Nie było akurat wolnej, więc pojechała erka. Na szczęście - ponieważ pacjent miał NZK. Dr Zapędzka dała sobie z tym radę. Jak zawsze, wzięła z sobą do pacjenta przenośny aparat do defibrylacji. Sanitariusz trochę się krzywił - musiał taszczyć na 2 piętro prawie 10 kg. Jednak gdyby nie to urządzenie pacjent by nie żył. Uderzenie 200 watów i po krzyku. Delikwent otwiera oczy i pyta się, gdzie jest.

- Nie przesadzaj Wojtek. Dlaczego opowiadasz młodszemu koledze takie bajki?

- Bajki? Nie pamiętasz, jak przed tygodniem zdefibrylowaliśmy pacjenta na sali?

- Tak, ale to była inna sytuacja. Badał pacjenta. A ten zaczyna najpierw mówić o rzeczy, a potem się przeżyje. Tętno? Nie ma! Biorę więc do ręki łyżki defibrylatora i "strzelam". Na to pacjent otwiera oczy i pyta, co się dzieje. Ale takie rzeczy zdarzają się dość wyjątkowo.

- Kolego niech pan się przesunie, pan ordynator nie może przejść.

- Bardzo przepraszam.

- Tak kolego - powiedział dr Kowalski, torując sobie drogę wysuniętą do przodu ręką. - Przepraszam. Co tu się dzieje?

- Zatrzymał się gdzieś przed dziesięcioma minutami.

- Tak, kolego Bitowski. Co my tu mamy?

- Zawał, chyba przedni, ból, migotanie komór. Drugi raz dzisiaj.

- Ach tak. Kolego, proszę się przesunąć, chcę podejść bliżej. Siostrzo, proszę podać pacjentowi jedną ampulkę curantylu domięśniowo! Czy jest tlen? Kolego, niech pan zapamięta - tlen jest szalenie ważny. Często decyduje o powodzeniu całej akcji. Podobnie jak walka z bólem. To pan na pewno wie. Czy jest już tlen?

- Nie, panie doktorze, jeszcze nie. Pan Kazio zgubił klucz od komórki, ale mówił, że zaraz znajdzie.

- Widzi pan kolego, jakie mamy kłopoty. Musimy butle z tlenem trzymać na zewnątrz. Przepisy inaczej nie pozwalają.

- Panie doktorze, curantyl poszedł, czy coś jeszcze?

- Tak, proszę podać jeszcze ampulkę calcium, oczywiście dożylnie.

- Panie doktorze, rodzina pacjenta.

- Niech poczeka przed gabinetem. Albo nie. Doktorze Bitowski, proszę poprowadzić dalej akcję reanimacyjną. Ja w tym czasie udzielię informacji rodzinie.

- Tak jest, panie doktorze - odpowie-

dział dr Bitowski, szepcząc coś pod nosem.

- Siostrzo, szybko adrenalinę.

- Podskórnie?

- Nie, prosto do żyły! Tyle razy pani to mówiłem. Szybko. Jeszcze jedną ampulkę. Kolego niech pan włączy ładowanie. Nie ten przycisk! Ten po prawej. Dobrze, proszę się odsunąć.

Pacjent podskoczył na łóżku.

- Kolego, co tam mamy na zapisie?

- N... nie wiem, to znaczy...

- Tak. Dalej migotanie. Kolego niech pan jeszcze podmasuje. A pan niech wyżej uniesie brodę i mocniej dociśnie tę maskę. Siostrzo, jeszcze jedną adrenalinę. Kolego, jeszcze raz ładowanie. Co mamy na monitorze? Rytm zatokowy? Świetnie. Kolego niech pan sprawdzi tętno. Gdzie pan maca? Zostaw pan rękę. Przecież obkurczona na amen. Macaj pan albo na szyi albo na udzie.

- Czuję bardzo wyraźnie.

- Dobrze. Przenosimy chorego. Siostrzo, proszę podłączyć monitor. Kroplówkę z xylokainy. Proszę mi podać ciśnieniomierz. 95/50. Zrobimy teraz EKG.

Z dużą ulgą usiadłem na chwilę. Co to, światło przygasa? Kołysze się wszystko. Przytrzymuję się krzesła. Czarna mgła...

- Jak pan się czuje? Narobił nam pan strachu, ale tylko przez moment - śmieje się dr Bitowski.

- Gorąco mi. Nie, zimno! - wykrztusiłem, z trudem łapiąc oddech. I jeszcze jeden. Drugi oddech stażysty...

Jacek

Sprawozdanie
z Międzynarodowej
Konferencji Izb
Lekarskich i Podobnych
Organizacji Krajów
Wspólnoty Europejskiej

Paryskie spotkanie

Barbara Bruzewicz-
Miklaszewska

Paryż, 24 października 1994 r

Międzynarodową Konferencję Izb Lekarskich Krajów Wspólnoty Europejskiej otworzył dr Pierre Bailly. Uczestniczyły w nim delegacje: Francji, Wielkiej Brytanii, Niemiec, Włoch, Belgii, Luksemburga, Hiszpanii, Szwecji, Danii, Portugalii, Holandii oraz, po raz pierwszy w charakterze pełnoprawnego członka, Austrii. Na czele jej delegacji stał przewodniczący Austriackiej Izby Lekarskiej dr Michael Neumann. Z krajów Europy Środkowej (jako obserwator) byłam w dalszym ciągu jedynym przedstawicielem. Na następne spotkanie zaproszono Szwajcarię. W spotkaniu uczestniczył ponadto przedstawiciel Stałego Komitetu Medycznego Unii Europejskiej.

I Pierwszym punktem programu było jednogłośnie przyjęcie protokołu z poprzedniego spotkania w dn. 6 czerwca 1994 (sprawozdanie *Nikt nie chce cudzoziemców* w "Remedium", nr 9-10 (51), 1994 str.9)

II W sprawie migracji lekarzy w Europie stwierdzono, że sytuacja pozostała

się stabilizuje. We Francji osiedliło się 24 lekarzy ze Wspólnoty Europejskiej i 36 spoza, we Włoszech - 41 osób, w Szwecji - 49. W Austrii praktykuje 143 cudzoziemców. W Polsce od 1 stycznia do 14 października 1994 uzyskało prawo wykonywania zawodu 188 cudzoziemców, w tym 2 lekarzy z Grecji, 1 z Hiszpanii, 1 z Włoch i 3 z Niemiec. Dr Pierre Haehnel - sekretarz generalny konferencji poinformował, że w porządku obrad najbliższego spotkania Comité Permanent de Mediciens Unii Europejskiej w Lizbonie znajdzie się sprawa tzw. medycyny alternatywnej, jak również sprawa statku rosyjskiego w Cieśninie Gibraltarskiej z operującymi okulistami rosyjskimi.

III Dr Pierre Bailly (Francja) przedstawił porównanie interpretacji art.460 francuskiego kodeksu zdrowia publicznego na temat lekarzy chorych psychicznie i znajdujących się w innych stanach patologicznych. We Francji regionalne izby lekarskie zajmują się tym problemem. Chory kolega nie płaci składki na izbę i na czas choroby zawie-

szą wykonywanie zawodu. Izba wspiera go psychicznie. Podobnie w Belgii i Luksemburgu. W Danii decyzję podejmuje minister zdrowia. W Wielkiej Brytanii i Irlandii powołuje się Komisję Medyczną oceniającą stan zdrowia lekarzy. W Austrii Izba Federalna podejmuje decyzję na podstawie raportu ekspertów. W Holandii powołuje się trybunał z 12 członków: W Szwecji opiniują lekarze zaufania. Psychiatrzy - wolontariusze przeważnie nie otrzymują honorarium za taką ekspertyzę. Wydaje się wskazane by, zanim wpisze się cudzoziemca do rejestru, pytać izbę lekarską kraju pochodzenia o "dossier" kandydata. W Szwecji wymagany jest *certifikat de Bonne Reputaion*, podobnie we Francji i w Niemczech.

IV Dr Vilmar (Niemcy) przedstawił syntezę odpowiedzi poszczególnych izb na kwestionariusz dotyczący zabezpieczeń jakości leczenia. Odpowiedziały następujące kraje: Niemcy, Belgia, Dania, Hiszpania, Francja, Wielka Brytania, Włochy, Luksemburg, Holandia, Polska (c.d. 3152/93), Portugalia i Szwecja. Nie odpowiedziały: Austria, Grecja, Irlandia. Dokument jest do wglądu w Komisji Współpracy z Zagranicą DIL.

V i VI Następnymi dwoma punktami w porządku obrad dotyczyły nauczania etyki lekarskiej. Temat referował dr Jacques Moulin, który niedawno został wybrany na prezydenta Światowego Związku Lekarzy. Na kwestionariusz ankiet (który wysłano również do Polski jeszcze w 1993 r. - sygnowany c.d. 3150/93) odpowiedzieli: Portugalia, Wielka Brytania, Hiszpania, Włochy, Luksemburg, Francja. Z Polski odpowiedź jeszcze nie

nadeszła, więc zapytana o sytuację w naszym kraju, powiedziałam, że generalnie nie różni się ona od np. Francji, gdzie etykę wykładają na wydziałach lekarskich. W Polsce od 5 lat komisje etyki i deontologii lekarskiej były przestrzegane, a prawo bioetyczne jest ciągle udoskonalane. Aktualnie numerem 2 na francuskiej liście bestsellerów jest książka napisana przez profesora Akademii Francuskiej Jeana Bernard'a: *Medicin Dans le Siecle (Lekarz w końcu wieku)*, którą właśnie świeżo we Francji kupiłam. Jest w niej duży rozdział "Czas etyki", więc zacytowałam z niej parę zdań. Były one idealnie zgodne z naszym K.E.L. Zaskoczenie było ogromne... bo nawet Francuzi tej książki jeszcze nie znali. Usłyszałam parę miłych słów o tym, że Polska to właściwie jest już w Europie. Przywiozłam kwestionariusz dra Moulin i przesyłam dowi Umiaostowskiemu - przewodniczącemu Komisji Etyki NIL. Numerem pierwszym na liście bestsellerów jest *Przekroczyć próg nadziei* Jana Pawła II.

VII Z powodu nieobecności dra Brearley'a, kwestionariusz dotyczący ochrony danych nie był dyskutowany. Przypomniano o konieczności nadesłania jak najszybciej odpowiedzi. Również i ten kwestionariusz został przesłany do dra Piątkiewicza - przewodniczącego Komisji Legislacyjnej NIL, do dra Jerzego Piekarskiego - Komisja Informatyki NIL oraz do dr Janiny Kasprzak-Wójtowicz - przewodniczącej Komisji Legislacyjnej DIL.

VIII Mme Villette - sekretarz wykonawczy konferencji prosi wszystkie izby krajowe o przysłanie wzoru

kwestionariusza wpisu do rejestru izby lekarskiej. Ustalono termin następnego zebrania na poniedziałek 6 lutego 1995 r.

Na zakończenie dowiedzieliśmy się, że dr Pierre Bailly ostatni raz prowadził Międzynarodową Konferencję Izb Lekarskich, gdyż odchodzi na emeryturę. Sekretarz Generalny dr Pierre Haehnel przedstawił krótki przebieg długiej pracy dra Bailly, m.in. jako wiceprzewodniczącego Francuskiej Izby Lekarskiej i redaktora *Kodeksu Etyki*. Miłym akcentem było wręczenie drowi Bailly kasety z ulubioną muzyką klasyczną.

Następnego dnia spotkałam się z dr Barbara Lisowska-Groszpierre i drem Pierre Konopką członkami AMOPF (Związek Lekarzy Polskiego Pochodzenia we Francji), od których dowiedziałam się, że 62 młodych lekarzy dzięki temu stowarzyszeniu mogło przebywać na stażu szkoleniowym we Francji. W 1994 roku było w Paryżu na 1 - miesięcznym stypendium 6 Polaków, 4 Węgrów i 2 Czechów. Mam nadzieję, że nawiązane sympatyczne kontakty zaowocują wymianą naukową kolegów z Dolnego Śląska w niedalekiej przyszłości.

W środę 26 października 1994 byłam przyjęta przez dra Eugene Saint-Eve - przewodniczącego Francuskiej Izby Lekarsko-Dentystycznej, dra Pierre Billes - wiceprzewodniczącego oraz dra Gabriela Oestreichera - sekretarza generalnego w przepięknej siedzibie izby przy ul. Emila Menier 22.

Mme Langagne - sekretarz administracyjny i dr Claude Rousseau - kustosz muzeum Pierre-Fauchard'a zapoznali mnie z historią i aktualną działalnością izby.

Ponadto poznałam redaktor *Danute Cichocką* i ilustratora *Darka Kostrewę* z *pierwszego dwujęzycznego polonistycznego aktualności polskich "Polonia" i udzieliłam wywiadu, który ma się ukazać na Gwiazdkę. Nie udało mi się natomiast obejrzeć "Miłości na Krymie" Sławomira Mroźka, który to spektakl we francuskiej obsadzie jest grany przy pełnej sali w Theatre National de la Colline. Na Montmartrze jak zwykle tłumy turystów, a na Esplanadzie Inwalidów - pustki - tylko złote platany i kloszardzi.*

Symposium młodych naukowców z całej Polski

W dniach 28-30 października 1994r. na zaproszenie Studenckiego Koła Naukowego, działającego przy I Katedrze i Klinice Położnictwa Akademii Medycznej we Wrocławiu przyjechali do Świeradowa-Zdroju członkowie Studenckich Kół Naukowych z całej Polski. Wydarzeniem, które ściągnęło ponad 70 uczestników było Ogólnopolskie Symposium Położniczo-Ginekologicznych Studenckich Kół Naukowych odbywające się pod patronatem JM Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. dr hab. Jerzego Czernika. Opiekunem Koła Naukowego organizującego symposium był dr Andrzej Wilczyński, a przewodniczącą Komitetu Organizacyjnego była Ewa Jakuczek.

Obrady odbywały się w malowniczo położonym, w okolicy Gór Izerskich, hotelu "Malachit". Wszystkie prace zgłoszone na symposium poddane zostały wnikliwej analizie i recenzji przez komitet naukowy w składzie: prof. dr hab. Jerzy Robaczyński, prof. dr hab. Mieczysław Cisło, dr hab. Marian Goluda, prof. dr hab. Tadeusz Heimrath, prof. dr hab. Mieczysław Ujeć, prof. dr hab. Renata Wasikowa, prof. dr hab. Janusz Woytoń, dr hab. Jerzy Zalewski i dr Andrzej Wilczyński.

Program naukowy obejmował pięć sesji, na których prezentowane były prace młodych naukowców. Sesjom przewodniczyli członkowie komitetu naukowego, którzy czuli na sedach merytoryczną i jęzgową stroną wygłaszali prace oraz moderowali owocne dyskusje. W nadziejach poświęconych m.in. zagadnieniom położniczym, ultrasonografii u ciężarnych, metabolizmowi węglowodanów w ciąży oraz tematom onkologicznym przedstawionych było ponad 30 prac z takich ośrodków akademickich jak Tychy, Warszawa, Bydgoszcz, Poznań, Lublin i Wrocław. Prace zostały opublikowane w recenzjowanym i indeksowanym wydawnictwie Akademii Medycznej we Wrocławiu zatytułowanym *Materiały Ogólnopolskiego Symposiumu Studenckich Położniczo-Ginekologicznych Kół Naukowych*.

Obecnością swoją zaszczylił uczestników Symposium nestor polskiej nauki p. prof. Kazimierz Jabłoński, dzieląc się ze wszystkimi swoim bogatym doświadczeniem i głęboką wiedzą. Przez cały czas symposium panowała niezwykle miła i koleżeńska atmosfera, a nieformalne wieczorne spotkania przyczyniły się do integracji środowiska młodych naukowców. Organizacja symposium była według powszechnie panującego poglądu bardzo udana, a uczestnicy zadowoleni. Było to możliwe dzięki wsparciu sponsorów i firm farmaceutycznych. W przyszłym roku organizację podobnego ogólnopolskiego symposiumu Studenckich Kół Naukowych zapowiedzieli już koledzy z Tych.

Witold Pisarek

Sprawozdanie z praktyki wakacyjnej na oddziale ginekologiczno-położniczym w szpitalu w Kempen (Niemcy)

W miesiącu lipcu 1994 odbyłam praktykę na oddziale ginekologiczno-położniczym w Kempen. Na czas mojego pobytu w tym mieście zostałam zakwaterowana w domu znajdującym się w odległości 50 m od szpitala. W szpitalu przebywałam w godz. od 7.30 do 16.00. Miałam także możliwość uczestniczenia w dyżurach popołudniowych i nocnych. Cały czas pracowałam z lekarzami oddziałów ginekologicznego i położniczego. Do moich obowiązków należało pobieranie krwi, uczestniczenie w odprawach lekarskich i wizytach na oddziale. Praktycznie codziennie byłam na bloku operacyjnym jako obserwator lub jako asysta przy operacjach. Lekarze oraz personel bloku operacyjnego chętnie objaśniali mi wszystko, co się działo na sali oraz to, co mnie ciekawiło. Badalam pacjentki przed operacją - także *per vaginam*. Byłam też obecna przy przyjmowaniu i wypisywaniu pacjentek z oddziału ginekologicznego oraz położniczego. Poznałam zasady badania wewnętrznego oraz badania USG przez powłoki brzuszne i *per vaginam*. Zaznajomiłam się także z zasadami pracy na sali porodowej. Praktyka ta spełniła moje oczekiwania. Poszerzyłam zasób mojego słownictwa z zakresu ginekologii. Zdobyłam wiele informacji, a także przyjaźni. Lekarze oraz średni personel medyczny, pracujący na tym oddziale, był bardzo życzliwi i chętnie udzielali informacji o szpitalu. Dziękuję drowi Glowackiemu z Hospital zum Heligen Geist w Kempen za zorganizowanie tej praktyki.

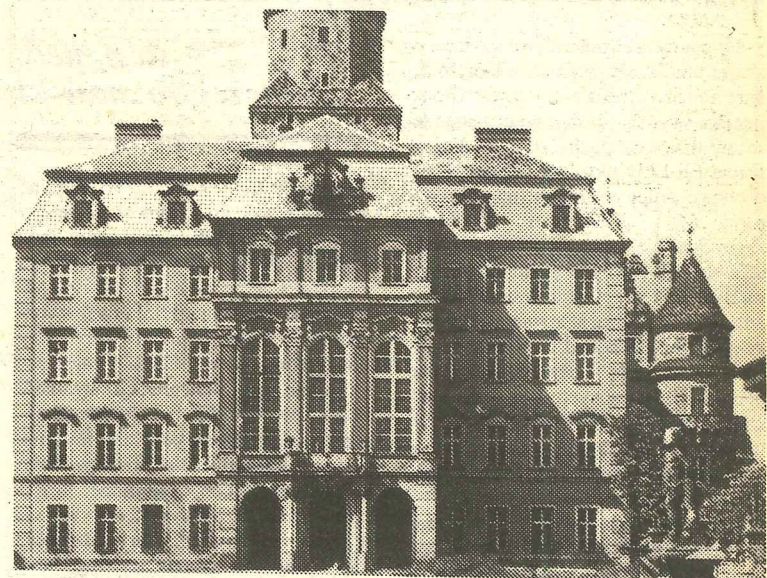
Agnieszka Gerber

Ogólnopolskie sympozjum cytologii klinicznej w Książu

Pod protektorem rektora AM prof. dra Jerzego Czernika odbyło się w dniach 4 i 5 listopada na zamku Książ koło Wałbrzycha, XVIII Ogólnopolskie Symposium Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów. Organizatorem była Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej AM we Wrocławiu. Obrady otworzył kierownik tegoż zakładu prof. dr hab. Jerzy Rabczyński. DIL reprezentowali członkowie prezydium: przewodniczący Komisji Etyki dr Rzeszutko i przewodniczący Komisji Informacyjnej dr Wojnar. W sympozjum uczestniczyło ponad 250 lekarzy patomorfologów i ginekologów cytologów, a pierwszego dnia zamkowa sala balowa, gdzie odbywały się obrady, dosłownie pękała w szwach. Pierwszy dzień obrad zdominowały tematy cytologii ginekologicznej oraz porównywanie systemu klasyfikacji Bethesda z Papanicolaou. Dyskusja na te tematy była, zwłaszcza w sesji panelowej, bardzo interesująca. Sesji przedpołudniowej przewodniczył prof. dr hab. Włodzisław Olszewski prezes Europejskiego Towarzystwa Cytologów, a popołudniowej prof. dr hab. Jerzy Rabczyński. Po południu odbyło się walne zebranie członków Sekcji Cytologii Klinicznej Polskiego Towarzystwa Patologów, na którym wysłuchano sprawozdania ustępującego zarządu oraz Komisji Rewizyjnej i wybrano nowy zarząd, którego przewodniczącym został prof. Bogu-

sław Musiałowicz z Białegostoku, natomiast członkiem zarządu za terenu działania DIL dr Michał Jeleń z Wrocławia. Po zebraniu odbyły się warsztaty z diag-

różnych krajowych ośrodków, wystuchaliśmy też referaty autorów z Szwajcarii, Francji i Niemiec. Na zakończenie organizatorzy zafundowali uczestnikom



nostyki cytologicznej na sprzęcie firmy Olympus. Symposium towarzyszyło ogółem sześć firm, które prezentowały swój sprzęt i aparaturę. Pierwszego dnia odbył się pokaz samochodów marki Fiat, prezentowanych przez firmę Amicar z Wrocławia. Drugi dzień obrad dotyczył tematów z cytologii ogólnej, a sesji przewodniczył prof. dr hab. Bogusław Musiałowicz. Oprócz referatów z

symposium zwiedzenie z przewodnikiem zamku z przepięknymi tarasami, pobliskiej stajni ogierów i palmiarni. Noclegi mieliśmy w hotelu zamkowym, którego pomieszczenia znajdują się w basztach i murach obronnych podzamcza, jednak zapowiadana biała dama nikomu się nie ukazała.

Andrzej Wojnar

**Historia nie przestaje
zadziwiać człowieka.
Jeszcze kilka lat temu
odbywanie się roboczego
naukowego spotkania
NATO na temat terapii
genowej w Rosji
na jeziorach Ładoga i Onega
mogłoby być rozważane
jedynie w kategoriach żartu.
Żart zmateriałizował się w
dniach 21-26 czerwca 1994 r.
połączony w dodatku
z sympozjum na temat
przeszczepiania szpiku.**

Uczestników zamustrowano wspólnie na statek "Wissarion Bieleński" i wysłano w rejs. "Wissarion Bieleński" to komfortowy statek wycieczkowy zbudowany w 1980 roku w NRD (było kiedyś takie państwo), posiadający sale wykładowe i lokale rozrywkowe.

Grupę kilkudziesięciu międzynarodowych ekspertów uzupełniono o trzystu lekarzy rosyjskich. Obrady odbywały się od 8-mej rano do 11-tej wieczorem, ale przerwano je dwoma kilkugodzinnymi wycieczkami po wyspie na wspomnianych jeziorach. Pokazano między innymi, jak udało się zdewastować wspaniałą cerkiew na wyspie Wałam. Program towarzyski trwał od 11-tej wieczorem i udało mi się potwierdzić naukowo, że białe noce są faktem, ale tylko wtedy, kiedy nie ma chmur. Jeśli są chmury, to robi się ciemno.

Wykładowców obu sympozjów można było łatwo rozróżnić po ubiorze. Eksperti terapii genowej nosili typowe stroje "inżynierów molekularnych", tj. mokasyny z surowej skóry, dzinsy lub spodnie z beżowego dreluchu i flanelowe koszule. Noszenie krawata nie było akceptowane, o czym piszący te słowa

NATO-wskie Białe Noce Terapii Genowej i Przeszczepiania Szpiku

**Wiesław Wiktor
Jędrzejczak**

przekonał się osobiście, gdy jednego dnia przebrał się, aby częściowo uczestniczyć w sesji na temat przeszczepiania szpiku. W sympozjum nie uczestniczył tym razem laureat Nagrody Nobla Mike Bishop, który charakteryzuje się noszeniem krótkich spodni.

Z kolei transplantologów szpikowych widywano w charakterystycznych granatowych marynarkach i szarych spodniach połączonych z czerwonym krawatem (tzw. strój organizacyjny nr 1). W sympozjum nie uczestniczył tym razem prof. Bob Gale, który wyróżnia się tym, że do tego stroju nosi drewniaki, a nie nosi skarpetek.

Honorowymi gośćmi byli: prof. Jon Van Rood - najwybitniejszy ekspert w zakresie typowania i doboru dawców szpiku i prof. George W. Santos nr 2 w historii przeszczepiania szpiku, człowiek, który wymyślił autologiczne przeszczepy szpiku, kondycjonowanie cytotatykami, oczyszczanie szpiku z komórek nowotworowych i wiele innych rzeczy. W dorobku prof. Santosy są też prace, których współautorem jest piszący te słowa.

Sympozjum było poświęcone pamięci Aleksandra Maximowa, profesora Wojskowej Akademii Medycznej w Petersburgu, a następnie uniwersytetów w Berlinie i Chicago (po ucieczce ze Związku Radzieckiego). Profesor Maximow był twórcą koncepcji krwiotwórczych komórek macierzystych i na jego książkach powstała poza Związkiem Radzieckim (gdzie był na indeksie) hematologia doświadczalna, a następnie przeszczepianie szpiku. Profesor Maximow uciekł (wraz z kochanką) po rewolucji saniami po lodzie do Finlandii, skąd przez Niemcy wyemigrował do USA.

Początkowo zastanawiałem się, dlaczego sympozjum na temat terapii geno-

wej zorganizowano na Jeziorze Ładoga, ale wkrótce się wyjaśniło: chodziło o dyskusję z dala od prasy, od sensacji, dyskusję o problemach tej metody leczenia, a nie o nadziejach z nią związanych. Ale oczywiście omawiano też strategiczne kierunki jej rozwoju. Dyskusje były bardzo zażarte. Niewątpliwie terapia genowa powinna dążyć do tego, żeby wprowadzanie pożądanego genu było możliwe za pomocą normalnej infekcji wirusowej. Wtedy zakażano by po prostu chorych na talasemię wirusem grypy zawierającym zdrowy gen dla hemoglobiny.

Już ten przykład ilustruje problemy. Wirus grypy nie zakaża krwiotwórczych komórek macierzystych, które wytwarzają erytrocyty zawierające hemoglobinę, a zakaża nabłonek oddechowy. Co komu po hemoglobinie w nabłonku oddechowym? Po drugie, wirus grypy i podobne są zbyt małe by pomieścić gen dla hemoglobiny. Poza tym, chodzi nie tylko o to, aby było dość zdrowej hemoglobiny, ale także o to, aby nie było jej zbyt dużo. W dodatku zakażenie wirusem grypy ulega wyleczeniu po tygodniu, co w takim przypadku oznaczałoby zniknięcie zdrowej hemoglobiny. Chodzi więc o to, aby infekcja wirusem zawierającym zdrowy gen nie była uleczalna, albo, żeby była długotrwała. Pewne tego typu metody są już stosowane (np. zakażenie adenowirusem zawierającym gen dla kanałów chlorkowych w mukowiscydozie), ale są to dopiero początki.

Inne strategie lecznicze obejmują połączenie terapii genowej z terapią komórkową, np. z przeszczepianiem szpiku, limfocytów, keratynocytów, fibroblastów, hepatocytów. Oczywiście wszystkie przeszczepiane komórki muszą zawierać wprowadzony gen.

Okazuje się, że najłatwiej wprowadzić obcy (zdrowy) gen do komórki, chociaż jest to też bardzo trudne. Ten sukces nie gwarantuje jednak następnego, to znaczy, że wprowadzony gen faktycznie zmusi komórkę do

wytwarzania swojego produktu. Co więcej, nawet jeśli jest on w stanie robić to wtedy, gdy komórki są poza organizmem, to po wszczepieniu *in vivo* sytuacja ulega zmianie i komórki przestają wytwarzać pożądaną produkt. Odrębnym zagadnieniem jest sprawa wyboru właściwych komórek i metody ich wszczepienia. Obecnie kłopoty z utrzymaniem produkcji wytworu wprowadzanego genu *in vivo* przekraczają ewentualne problemy nadprodukcji.

Dość sceptycznie wypowiedziano się o celowości prób zwiększenia immunogenności nowotworów przez wszczepianie do niektórych komórek nowotworowych genów na cytokiny, czyli o tzw. wszczepieniach przeciwnowotworowych. Wiele nowotworów naturalnie wytwarza różne cytokiny i nie powoduje to wstrzymania ich wzrostu. Oczywiście, zawsze jest możliwe, że coś, co jest mało prawdopodobne jednak się stanie. Mimo to znacznie większe nadzieje wiąże się z cząsteczką B7 układu zgodności tkankowej, która dostarcza tzw. dodatkowego sygnału w odporności przeciwnowotworowej.

Ta część obrad była okraszona tragiczną wiadomością o śmierci prof. Grega Johnsona z Australii. Greg Johnson (wychowanek prof. Donalda Metcalfa, odkrywcy krwiotwórczych czynników wzrostowych) miał na swoim koncie zarówno odkrycie niektórych komórek krwiotwórczych, jak i mechanizmów regulujących ich zachowanie. O tym, że 6 lat temu operowany był z powodu czerniaka dowiedziałem się od niego dwa lata temu na podobnym do obecnego sympozjum, które odbywało się w niemieckim parku narodowym w Wilsede koło Hamburga. Było to w czasie nocnej dyskusji o immunoterapii nowotworowej na wozie konnym, który odwoził nas do hotelu, a powiedziane było w formie żartu. Potem spotkałem się z Gregiem w sierpniu 1993 roku na zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Hematologii Doświadczalnej w

Rotterdamie, gdy gratulował mi i nagrody dla mojego asystenta Pawła Kalińskiego za pracę o subpopulacjach makrofagów. Jego asystent dostał II nagrodę. Nie przypuszczałem, że widzę go po raz ostatni. Donald Metcalf przygotowywał się do odejścia na emeryturę i Greg miał wrócić, objąć po nim schedę. Na jesieni choroba nawróciła. Greg zdecydował, poddać się terapii genowej. Bez powodzenia. Jeszcze raz człowiek przegrał z tą chorobą, z którą walczył.

W zakresie przeszczepiania szpiku przedstawiono dane dotyczące nowej strategii pozyskiwania dawców szpiku, tj. metody rozszerzonych rodzin. Metoda ta umożliwiła dobranie dawcy szpiku dodatkowej grupie chorych. Dobranie dawcy umożliwia przeszczepienie szpiku, ale po zabiegu istnieje jeszcze ryzyko nawrotu białaczki. Przedstawiono ulepszoną metodę wykrywania resztkowej choroby nowotworowej tzw. FISH, a nadto całą gamę metod immunoterapii zmniejszających ryzyko nawrotu, w tym metodę indukowania czegoc, co nie powinno istnieć, a istnieje, tj. autologicznej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi. To, że przeszczep własnego szpiku może atakować własne tkanki, odkrył George Santos, a ma to oczywiście zastosowanie wtedy, kiedy ten atak można skierować przeciwko białaczce.

W ostatnim dniu pobytu zwiedziłem także Petersburskie Centrum Zaawansowanych Technologii Medycznych. Centrum temu podlega Ośrodek Przeszczepiania Szpiku obejmujący 16 sal jałowych. Pierwszy zabieg przeszczepienia szpiku wykonano w Petersburgu 16 lat temu. Obecnie wykonuje się zabiegi u chorych z białaczkami, różnymi innymi nowotworami i w aplazjach szpiku. I pomyśleć, że był czas, kiedy Rosja była w tej dziedzinie za Polską...

W czym interesie była zmiana tego stanu rzeczy?

przedruk
ze "Skalpela", nr 4, 1994, s.66-68

Zjazd Amerykańskiej Akademii Lekarzy Rodzinnych

Stopniowe zbliżanie się do modelu systemu opieki zdrowotnej, w którym lekarz rodzinny będzie zajmował istotne miejsce, wymaga bliższego poznania tej formy działania służby zdrowia. Dzięki firmie Eli Lilly możliwy był udział 10-osobowej grupy polskich lekarzy w kolejnym (46) dorocznym zjeździe Amerykańskiej Akademii Lekarzy Rodzinnych (AAFP), który odbył się w tym roku w Bostonie w dniach od 22 do 25 września. Organizacja ta stanowi największą, bo liczącą ponad 13 tysięcy członków, organizację medyczną na terenie Stanów Zjednoczonych. Doroczne spotkania AAFP są źródłem podnoszenia kwalifikacji i kontaktu z najnowszymi osiągnięciami techniki medycznej i przemysłu farmaceutycznego. Biorąc pod uwagę liczbę uczestników tegorocznego spotkania (ponad 8.000.000), obrady odbywały się nie tylko w salach Hynes Convention Center - największego centrum kongresowego w Bostonie, ale również w bezpośrednio sąsiadujących z centrum salach konferencyjnych hoteli Sheraton i Marriott. Tematyka seminariów i wykładów prowadzonych przez wybitnych specjalistów obejmowała niezwykle szeroki zakres zagadnień, z którymi może spotkać się w swojej praktyce lekarz rodzinny. Łączna liczba wykładów sięgała blisko

**dr n.med.
Andrzej Boznański**

60 i dotyczyła na ogół tematów zarówno szeroki, jak np. diagnostyka bólów głowy, profilaktyka schorzeń układu krążenia czy problemy w postępowaniu z osobami demencyjnymi, jak i zagadnień dość wąskich, np. zaburzeń w rozwoju cieleśnie-płciowym czy nowotworów skóry. Część z zajęć poświęcona była interpretacji wyników badań specjalistycznych (przede wszystkim endoskopowych, ale również histopatologicznych) w podstawowym ich zakresie. Wobec ogromnej liczby uczestników każdy wykład odbywał się 4-krotnie w różnych dniach i godzinach, aby każdy zainteresowany zagadnieniem mógł uczestniczyć w nim, nie rezygnując z obecności na pozostałych. Pomimo bogatego programu i olbrzymiej liczby lekarzy i ich rodzin (jako że wielu z nich przybyło na kongres z dziećmi, dla których przygotowany był odrębny program dotyczący historii Bostonu, jego architektury i zabytków), organizacja kongresu pozostawała perfekcyjna. Po wybraniu interesującej

nas tematu i wpłaceniu 40 dol. (cena za uczestnictwo w 1 wykładzie), na ekranie monitora ukazywała się data, godzina i numer sali, w której znajdują się jeszcze wolne miejsca - wszystko odbywało się sprawnie, bez długich kolejek i zbędnego tracenia czasu.

Z racji swoich zainteresowań uczestniczyłem w seminariach dotyczących diagnostyki alergologicznej i muszę stwierdzić, że zarówno wnioski dotyczące interpretacji tych badań, jak również zasady ich zlecenia (np. kontrowersyjny program skórných testów diagnostycznych u niemowląt) nie różniły się w znacznym stopniu od znanych nam zasad postępowania. Natomiast zupełnie odmiennie od naszych przyzwyczajęń pozostawał sposób prowadzenia wykładów. Były one wielokrotnie przerywane pytaniami słuchaczy (co jednak zupełnie nie przeszkadzało wykładowcy), a w końcowej części przybrały formę wspólnej dyskusji i wymiany doświadczeń jej uczestników. Równie interesujące w swojej formie pozostawały tzw. spotkania z ekspertami. Prowadzący takie zajęcia, wybitny autorytet w swojej dziedzinie, przedstawiał interesujący przypadek w formie kolejno po sobie następujących etapów diagnostyki i terapii. Uczestnicząc w spotkaniu prowadzonym przez prof. Schwartza z uniwersytetu w Cleveland zaskoczony byłem dużą wiedzą uczestników spotkania (przecież nie specjalistów), podczas dyskusji nad trudnym przypadkiem młodej kobiety w 4 miesiącu ciąży, chorującej na astmę steroidozależną, w okresie zaostrzenia objawów

chorobowych.

Tematem numer jeden wśród amerykańskich lekarzy (co znalazło odbicie w tematach kilku seminariów) jest obecnie projekt głębokich zmian systemowych w służbie zdrowia. Proponowany przez administrację prezydenta Clintona ma również wielu zwolenników co przeciwników. Projekt ten można scharakteryzować jednym zdaniem - zapewnienie większej liczbie osób tańszej realizacji świadczeń. Oczywiście wiązać się to będzie z preferencją przez państwo ośrodków oferujących "tańsze usługi" - co dość często (przynajmniej zdaniem lekarzy) znaczący będzie - "gorsze usługi". Szczególne zaniepokojenie, zwłaszcza wśród lekarzy zabiegowych, budzi projekt powołania "regionalnych stowarzyszeń zdrowotnych pracodawców", których celem byłaby refundacja kosztów leczenia swoich pracowników, ale tylko w ośrodkach oferujących najniższe ceny. Wobec zakładanego w projekcie zwrotu przez pracodawcę aż 80% kosztów leczenia istnieje obawa o właściwy wybór takich ośrodków. Jak widać problemy w znalezieniu optymalnego modelu opieki zdrowotnej nie stanowią wyłącznej domeny naszego kraju.

Dzięki organizatorowi wyjazdu - firmie Eli Lilly, możliwe było również odwiedzenie jej głównej siedziby znajdującej się w Indianapolis. Eli Lilly jest obecnie jednym z najpotężniejszych koncernów farmaceutycznych (ponad 6 miliardów dolarów obrotu w 1993 roku) i pobyt w jej centrum w pełni to potwierdza. Początki firmy sięgają roku 1876,

kiedy to młody farmaceuta, weteran wojny domowej - porucznik Eli Lilly rozpoczął w skromnym budynku na przedmieściach Indianapolis produkcję preparatów ziołowych. Gwałtowny rozwój przedsiębiorstwa datuje się na lata dwudzieste. Rozpoczęto wówczas na skalę przemysłową produkcję insuliny uzyskiwanej z trzustek zwierzęcych. Obecnie Eli Lilly zatrudnia 32 tysiące pracowników, a jej produkty sprzedawane są w 106 krajach świata. Zgodnie z oczekiwaniami najciekawszą częścią pobytu w centrum naukowo-przemysłowym była możliwość poznania zasad produkcji biosyntetycznej insuliny. Jej synteza oparta jest o rekombinację materiału genetycznego bakterii *E.Coli*. Metoda ta opracowana w 1982 roku polega na łączeniu łańcuchów A i B insuliny, otrzymanych dzięki klonowaniu dwu kolonii *E.Coli*, lub (co już jest osiągnięciem ostatnich lat) na hodowlę jednego szczepu bakteryjnego zawierającego gen dla produkcji proinsuliny, co zbliża proces syntezy do warunków fizjologicznych. Końcowym etapem jest poddanie prekursora insuliny odpowiednim reakcjom enzymatycznym i ostatecznie otrzymanie substancji o wysokim podobieństwie strukturalnym do ludzkiej insuliny. Tak bardzo skomplikowany proces biotechnologiczny możliwy jest oczywiście przy wykorzystaniu najnowocześniejszej techniki, zapewnieniu absolutnej sterylności, jak również dzięki ogromnemu zaangażowaniu w jej rozwój wszystkich pracowników firmy.

XXI Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii

W dniach od 3 do 7 lipca 1994, w Yokohamie odbył się XXI Międzynarodowy Kongres Elektrokardiologii. Jego przewodnim tematem były problemy zaburzeń rytmu serca rozpatrywane w wielu aspektach, poczynając od badań histopatologicznych poprzez zastosowanie różnych technik elektrofizjologicznych i na zagadnieniach terapii kończąc.

K.Chida, C.Watanabe i współpracownicy (Japonia) zaprezentowali wyniki badań autopsyjnych u chorych w podeszłym wieku z migotaniem przedsionków i wolną akcją komór. Zmiany histologiczne układu bódźoprzewodzącego polegały na zwyrodnieniu węzła zatokowego i włóknieniu mięśniowych obu przedsionków oraz znacznym nacieczeniu tłuszczowym i zwłóknieniu węzła przedsionkowo-komorowego i pęczka Hisa. Ta sama grupa oceniła preparaty histologiczne pochodzące od 36 osób zmarłych w wieku przekraczającym 100 lat. Zaobserwowano atrofię węzła zatokowego z redukcją komórek w 5 przypadkach, natomiast u 23 badanych występowało jednostronne lub obustronne zwłóknienie odnog pęczka Hisa.

W trakcie kongresu przedstawiono 18 prac z zakresu zastosuowania 24-godzinnej rejestracji EKG metodą Holtera, ze szczególnym uwzględnieniem analizy dobowej zmienności rytmu serca (HRV - *heart rate variability*). U chorych z zagrożonych nagłą śmiercią sercową z powody arytmii komorowych stwierdzano podczas rytmu zatokowego obniżenie oddechowej zmienności rytmu serca w czasie odpoczynku nocnego, co przypisuje się spadkowi napięcia nerwu błędnego (H.Takeda, Japonia). W grupie pacjentów z przedwczesnymi pobudzeniami komorowymi (PCV), na podstawie różnic w rezultatach analizy spektralnej 24-godzinnego zapisu EKG, wyróżniono dwa odmienne mechanizmy patofizjologiczne, odpowiedzialne za powstanie arytmii; w pierwszym przypadku częstość PVC rosła wraz ze wzrostem częstości akcji serca, w drugim zaś zależność taka utrzymywała się tylko do pewnego poziomu, powyżej którego częstość PVC malała (T.Saikawa, Japonia). D.Ferreira i współpracownicy (Portugalia) przedstawili wyniki prospektywnych badań u chorych po zawale mięśnia sercowego, u których w okresie 6 miesięcy analiza zachowania się HRV wykorzystywana była do oceny stopnia dysfunkcji układu autonomicznego. Przy użyciu systemu Holtera sprzężonego z elektrogramem stwierdzano występowanie większej częstości akcji serca i większą liczbę incydentów arytmii komorowych w fazie snu REM, niż w fazie bez szybkich ruchów gałek ocznych (K.Kudoh, Japonia).

W grupie statulaków, Y.Okamoto i współpracownicy (Japonia) zaobserwowali, że zmienność rytmu serca jest tym większa, im wyższy jest wskaźnik inteligencji badanych osób. Charakterystyka zmienności rytmu serca w czasie bezpośrednio poprzedzającym incydent częstoskurczu komorowego (VT) wykazała tendencje do sympatykotonii u chorych z idiopatycznym VT, oraz obniżenie napięcia układu przywspółczulnego u pacjentów z VT w przebiegu kardiomiopatii rozstrzeniowej (H.Hayashi, Japonia).

Znaczną ilość prezentacji dotyczyła technik EKG o wysokiej rozdzielczości. Wyniki badań prospektywnych, prowadzonych techniką uśrednionego EKG w okresie 10 miesięcy u chorych po zawale mięśnia sercowego, przedstawił L.Yung-Zung z Chin. Stwierdził on, że występowanie późnych potencjałów komorowych obciąża chorych, zwłaszcza po zawale ściany dolnej, wyższym ryzy-



Józef Jagielski
przewodniczący
Sekcji
Elektrokardiologii TIP

kiem powikłania w postaci arytmii komorowej i nagłej śmierci sercowej. R.Abe i współpracownicy (Japonia) wykazywali przydatność uśrednionego EKG, wyzwalanego załamkiem P do przewidywania zagrożenia napadowym migotaniem przedsionków u pacjentów z chorobą wieńcową. Analiza załamka P metodą szybkiej transformacji Fouriera pozwalała na wykrycie w trakcie rytmu zatokowego parametrów (m.in. obecności "późnych potencjałów przedsionkowych") zwiastujących wystąpienie migotania przedsionków. T.Mrocza i współpracownicy (Polska) uzasadniali przydatność badania EKG o wysokiej rozdzielczości, zwłaszcza analizy w domenie częstotliwości, do nieinwazyjnego selekcjonowania pacjentów po zawale mięśnia sercowego pod kątem ryzyka komorowych zaburzeń rytmu. Prace dotyczące zastosowania EKG o wysokiej rozdzielczości prezentowano także podczas sympozjum satelitarnego. Dla przykładu, w badaniach K.Shimomury i współpracownicy (Japonia), u pacjentów z arytmia komorową rejestrowano podczas rytmu zatokowego zarówno "późne potencjały" z powierzchni ciała, jak i "opóźnione potencjały" śródsercowe (nasierdziowe i wsierdziowe), wykazując u większości badanych wysoką korelację między wartościami i dystrybucją obu rodzajów potencjałów. P.W.Macfarlane (Szkocja) zwrócił uwagę w swoim wystąpieniu na problem braku standaryzacji w zakresie techniki filtracji i systemów odprowadzeń stosowanych w różnych pracowniach przy rejestracjach EKG o wysokiej rozdzielczości, co stanowi przyczynę istotnych rozbieżności w zakresie ustalanych norm.

M.A.Tadescio i współpracownicy (Włochy) wskazywali na możliwość wykorzystywania parametrów badania wektorkardiograficznego lewego przedsionka do prognozowania skuteczności zabiegu kardiowersji u chorych z migotaniem bez wad zastawkowych. Y.Hiyoshi i współpracownicy (Japonia) przedstawili natomiast możliwości wykorzystywania techniki magnetokardiografii do badania trójwymiarowej lokalizacji dodatkowych szlaków przewodzenia w zespole WPW na podstawie analizy źródła prądu. U pacjentów z zespołem WPW zarówno początkowa lokalizacja dipola na klatce piersiowej, jak i jego migracja, odbiegały od wzorca obserwowanego u osób zdrowych. Lokalizacja dipoli ustalana powyższą metodą, pokrywała się z obrazami TK i MRI, oraz przystaje do wyników badań elektrofizjologicznych. Na

powiązania między rozproszeniem repolaryzacji komór i przydatnością na występowanie częstoskurczu komorowego wskazywali S.Yuan i współpracownicy (Szwecja). Rejestrowali oni jednocześnie jednofazowe potencjały czynnościowe z koniuszka i z drogi odpływu prawej komory podczas rytmu zatokowego i podczas elektrostymulacji prawej komory. Stwierdzili, że dyspersja obliczana jako różnica między parametrami zarejestrowanymi w wymienionych punktach PK była większa u pacjentów, u których zdołano wywołać monomorficzny częstoskurcz komorowy. A.M.Wnuk-Wojnar i współpracownicy (Polska) wskazywali natomiast na istotne różnice w czasie trwania i amplitudach jednofazowych potencjałów czynnościowych z koniuszka prawej komory pomiędzy pacjentami z arytmia komorową i nadkomorową.

8 prezentacji dotyczyło oceny efektywności leczenia częstoskurczu komorowego techniką ablacji falami radiowymi (Japonia, USA). Skuteczność tej terapii była wyraźnie większa przy braku ograniczonej choroby serca, przy częstoskurczach wywodzących się z wolnej ściany prawej komory oraz przy punktowej lokalizacji źródła arytmii. Efektywność ablacji zwiększa także przeprowadzenie podczas napadu VT takich badań, jak określenie miejsca najwcześniejszego pobudzenia komory, zapis potencjału rozkurczowego oraz mapowanie pobudzeń. Z kolei G.Watanabe (Japonia) przedstawił pomyślnie efekty chirurgicznej resekcji źródła VT ustalonego w oparciu o mapping nasierdziowy u chorych z arytmogenną dysplazją prawej komory. K.Suwalski i współpracownicy (Polska) zaprezentowali natomiast zachęcające wyniki zastosowania chirurgicznej ablacji w przypadkach nawracającego migotania przedsionków, opornego na standardowe metody leczenia.

W celu lepszego poznania patofizjologicznego podłoża komorowych zaburzeń rytmu, stosowane są od paru lat badania techniką mapowania potencjałów serca z powierzchni ciała (BSPM - *body surface potential mapping*). Na podstawie jednoczesnych zapisów elektrokardiograficznych z kilkudziesięciu odprowadzeń na powierzchni klatki piersiowej, tworzone są w systemie mikrokomputerowym różne rodzaje map, a mianowicie mapy izopotencjalne, izointegralne, mapy czasu pobudzenia komór oraz tzw. mapy odchyleń. Analiza map zmierza do ustalenia cech najsilniej różnicujących poszczególne patologie serca. W trakcie kongresu przedstawiono między innymi prace opisujące zmiany obserwowane w przypadkach arytmii komorowych u pacjentów po zawale mięśnia sercowego (J.Jagielski i wsp., Polska; M.Ito i wsp., Japonia), u których mapy izointegralne QRST wykazują multipolarną dystrybucję, wynikającą z niejednorodności procesu repolaryzacji, co najprawdopodobniej stanowi substrat komorowych zaburzeń rytmu. Z kolei u chorych z arytmogenną dysplazją prawej komory stwierdzano w mapach izopotencjalnych QRS przedłużenie czasu przewodzenia prawej komory oraz nieprawidłowości w mapach ST-T (L.DeAmbroggi i wsp., Włochy; K.Katayama i wsp., Japonia; Y.Toyoshima i wsp., Japonia). Prace dotyczące metody BSPM prezentowano także w ramach sympozjum satelitarnego, gdzie między innymi S.Kawano (Japonia) przedstawił przydatność mapowania z powierzchni ciała załamka P w wykrywaniu ognisk ektopowych w arytmii przedsionkowej. Mapy załamka P otrzymane w trakcie rytmu zatokowego różniły się znacząco od map załamków

P uzyskiwanych przez stymulację kolejno prawego i lewego przedsionka serca. M.Hirai (Japonia) zaprezentował natomiast wyniki badań map izointegralnych QRST u chorych z zespołem WPW, wykazując, że nieprawidłowości obserwowane w dystrybucji map normalizowały się wyraźnie po przeprowadzeniu zabiegu ablacji dodatkowego szlaku przewodzenia. S.Filipova i współpracownicy (Słowacja) przedstawili rezultaty zastosowania techniki BSPM do oceny lokalizacji i rozległości zawału mięśnia sercowego.

W trakcie sympozjum satelitarnego, na życzenie organizatorów, przedstawiono aktualny stan badań w zakresie mapowania potencjałów serca z powierzchni ciała w Polsce (J.Jagielski). Ma to związek z faktem, że w 1991 roku w Katedrze i Zakładzie Patofizjologii we Wrocławiu został zainstalowany, jako pierwszy w Polsce, japoński system do mapingu serca HPM-7100 firmy Fukuda-Denshi. W oparciu o normy ustalone dla ludzi zdrowych, prowadzone są w tym systemie badania mapowania potencjałów serca u pacjentów po zawale mięśnia sercowego, po zabiegach torakochirurgicznych, jak też u chorych z zaburzeniami rytmu i przewodzenia. W czasie sympozjum przedstawiłem nową teorię opisu map potencjałów serca opracowaną z fizykiem z Uniwersytetu Wrocławskiego prof. Janem Morzymasem.

W trakcie obrad kongresu przewodniczyłem 1 sesji na temat arytmii. Wziąłem również udział w corocznych obradach International Council in Electrcardiology. Na posiedzeniu m.in. podjęto decyzję o organizacji następnych kongresów. W roku 1995 - XXII Kon-

gres zorganizuje prof. A.van Oosterom w Nijmegen w Holandii. W roku 1996 - XXIII Kongres prof. Liebman w Cleveland w USA, a XXIV Kongres w roku 1997 - doc. Bacharova w Bratysławie. Wyrażono również zgodę na zorganizowanie przeze mnie satelitarnego sympozjum w roku 1996 we Wrocławiu w ramach Kongresu Polskiego Towarzystwa Fizjologów.

Spotkanie w Japonii przypadło w 35 rocznicę I Sympozjum Wektorkardiograficznego, które zapoczątkowało minione kongresy. Z tej okazji zorganizowano historyczną wystawę przypominającą kolejne kolokwia i sympozja wektorkardiograficzne oraz kongresy elektrokardiologii. Podkreślono, że pierwsze sympozjum wektorkardiograficzne zostało zorganizowane 35 lat temu we Wrocławiu przez prof. Kowarzyka. Wymieniono, że XVIII Kongres Elektrokardiologii zorganizowałem w roku 1991 w Polsce w Warszawie. W czasie obrad ICE podkreślono, że kongresy elektrokardiologii prezentują cały przekrój wyników badań, poczynając od nauk podstawowych poznawczych, aż do terapii w chorobach serca. O połączenie się z Międzynarodowym Towarzystwem Elektrokardiologii zabiega Amerykańskie Towarzystwo Komputeryzacji Elektrokardiologii, którego członkowie przedstawiają swoje prace w czasie obrad kongresów elektrokardiologii.

Podziw mój wzbudziła bardzo dobra organizacja kongresu, w którym wzięło udział ponad 500 uczestników z całego świata i przedstawiono wyniki swoich prac w ponad 300 referatach. Organizatorzy pokazali nam historyczne muzeum siedzib starych rodów japońskich.

Pod pręgierzem

Przypominamy wybrane paragrafy uchwały o ogłaszaniu się lekarzy (pełny tekst zamieściliśmy w "Biuletynie DIL" z lutego 1993 r.).

par. 2. Zabrania się wszelkich sposobów ogłaszania, które naruszyłyby zasady etyki i deontologii lekarskiej.

par. 3.1. Dozwolone jest ogłaszanie się w prasie codziennej i periodykach, w rubrykach ogłoszeń lekarskich. Nie wolno publikować ogłoszeń w ramach oraz wśród innych ogłoszeń płatnych.

par. 3.2. Ogłoszenie powinno przedstawiać treści informacyjne, zgodnie z posiadaną specjalizacją, pozbawione cech reklamy i konkurencji oraz zawierając następujące dane: imię i nazwisko lekarza, tytuł naukowy, specjalność, adres, numer telefonu, dni i godziny przyjęć.

par. 3.3. Ogłoszenia prywatnie praktykujących lekarzy zawierające niepełną informację, np. "lekarz" bez podania nazwiska, tylko z podaniem numeru telefonu, nawracające wycieczkowe ogłoszenia, obietnice, czas i sposoby leczenia, określające sposób płatności będą traktowane jako nieuczciwa reklama.

Zwracamy uwagę, że powyższych przepisów nie przestrzegają np. * dr Anatol Ruzga, który zamieszczając ogłoszenie w "Gazecie Dolnośląskiej" nie podał adresu gabinetu, dni i godzin przyjęć.

* dr Katarzyna Stelczyk-Malinowska, która również umieszczając ogłoszenie w "Gazecie Dolnośląskiej" nie podała adresu swojego gabinetu, dni i godzin przyjęć.

* dr Henryk Knakiewicz, który w ogłoszeniu zamieszczonym w "Gazecie Dolnośląskiej" nie podał adresu gabinetu, dni i godzin przyjęć.

* dr hab. Leszek Paradowski w swoim ogłoszeniu zamieszczonym w "Gazecie Robotniczej" zapomniał podać godzin przyjęć.

Mistrzostwa Lekarzy Dolnego Śląska w Żeglarskim

W lecie przyszłego roku pragniemy zorganizować Mistrzostwa Lekarzy Dolnego Śląska w Żeglarskim w Legnicy. Odbędą się one w zależności od zainteresowania z jakim się spotka ta propozycja w naszym środowisku. Czekamy na zgłoszenia.

Komitet Organizacyjny
- Komisja Informacyjna DIL,
Wrocław, ul. Matejki 6.

Wolno i majestatycznie prześuwamy się pod największym mostem wiszącym, jaki kiedykolwiek w życiu widziałem. Nawiasem mówiąc, jest to drugi pod względem wielkości most wiszący na kontynencie północnoamerykańskim. Odległość od lustra wody do przesa wynosi ok. 60 metrów!

Zaczyna świtać. Most jest jeszcze oświetlony, co potęguję wrażenie.

Przepląnąwszy pod mostem, zbliżamy się do nadbrzeża. Przed oczami mam samo centrum miasta. Widok to zaiste imponujący. Z pomocą holowników cumujemy do kei i po chwili trap dotyka lądu. Jesteśmy w Kanadzie.

Oczywiście nie wytrzymuję i schodzę na nadbrzeże. Jest prawie szósta rano, port jeszcze śpi. Nabożnie stąkam po kei, daremnie rozglądając się za celnikiem, ichnim WOP-istą czy też jeszcze innym urzędnikiem. Pewnie ich budki są przy wyjściu z portu. Już bym tam poszedł, ale obowiązki wzywają na statek.

Po śniadaniu wypełniam formularze skierowań do lądowej służby zdrowia, czyli tzw. *requisition*. Mam przy tym nadzieję, że uda mi się tam trafić w charakterze opiekuna, bądź tłumacza. Dostaję też do opracowania formularz na temat stanu sanitarnego statku. Sprawa jest prosta i polega na odpowiedzi na sześć pytań. Jedną odpowiedź "yes" na którekolwiek z pytań ściągają na statek niebawem problemy we wszystkich portach świata. Moja jednostka jest przykładowo "czysta", więc z czystym sumieniem kreślę sześć razy nie. Zamykam biuro i oczekuję wraz z dowódcą na przybycie agenta. Przybywa ona (znów dama!) wczesnym przedpołudniem. Szybko dogadujemy się w kwestiach dotyczących medycyny. Nie będzie też problemu z moją obecnością u doktorów w charakterze opiekuna rybaków. Pojęcie "portowej służby zdrowia" jest tu tylko umowne. Placówki medyczne, sprawujące opiekę nadzałogami statków zawijających do VCR okazują się być rozrzucone po całym mieście. Dotarcie do każdej z nich zajmuje trochę czasu, ale dla mnie, turysty, to wielki plus. Wozić nas tam będzie taksówka, która zajęła pod sam trap. Zwoluję moją "wycieczkę". Jedzie nieszczęśliwie z niedowładem dłoni, szef kuchni obsypany wysypką, na którą nie mam już leków i dzielny "lotnik" z Berlina.

Ruszamy - na pierwszy ogień do "ogólnego", czyli po naszymu do przychodni rejonowej. Na moją prośbę taksówkarz zaprzestaje wyścigów z kolegami po fachu. Jedziemy wolniutko, a ja podziwiając widoki, zasypuję szofera mnóstwem pytań. Taksówka - co ciekawe - jeździ na gaz, podobnie jak miejskie autobusy. Wszędzie ekologia.

Docieramy do budynku pełniącego funkcję "morskiej polikliniki". Wnętrze nijak nie przypomina naszych przychodni, a raczej jakieś biura lub banki. Poczekalnie jak z katalogów, z głośników sączy się kojąca muzyka. Sądzą moich podopiecznych i ruszam zasięgnąć języka. Panią z recepcji zniewała mnie swoją uprzejmością i cierpliwością, życzliwie tłumacząc co, gdzie i kiedy. Dzwoni po chwili do właściwego doktora, anonsując naszą wizytę.

W drzwiach gabinetu (też dalece odbiegające od naszych standardów) miło wita mnie "nasz" doktor. Dowiedziawszy się, że jestem z Polski, z dumą pokazuje na ścianę, gdzie wisi całkiem spory rzudek widokówek. Wśród nich jest kilka z widoczkami naszych portów, stolicy i kilku innych miast.

Na pierwszy ogień idzie kucharz. Wspólnie oglądamy jego powłoki. Mój kanadyjski kolega jest niezwykle skąpiony. Po dziesięciu minutach percepcji wzrokowej, z niebawem poważną miną siada za biurkiem i patrząc gdzieś w sufit, zaczyna mrużyć. Mruży po kanadyjsku, więc taktowanie się nie wtrącam. Odsyłam za to kucharza do poczekalni, niech chłop odsapnie. Doktor sapnął, złożył ręce na biurku, chrząknął i patrząc mi głęboko w oczy, oznajmił z grobową miną:

- Taak, doktorze, taak... Więc, myślę, że to będzie chyba egzema.

Dłuższą chwilę nie jestem w stanie zebrać myśli. Po tej całej ceremonii, w tej atmosferze pogrzebu żywcem, przygotowany byłem raczej na wyrok śmierci dla biednego kucharza. Niebawem ogarnia mnie znów wesoly nastrój. Przede mną jeszcze badanie ręki - sprawa chyba znacznie poważniejsza od egzemy.

truje się w dłoń rybaka chyba z pięć minut, nie tracąc grama energii na powiedzenie czegokolwiek. Później wydam się z siebie znajome pomruki, niestety, znów po kanadyjsku. Kiwa przy tym głową tak wymownie, że sam zaczynam wątpić, czy czegoś w swoim rozumowaniu nie zgubiłem.

- Taak, o taak... - wyartykułował znany mi już wstęp. - Myślę, że dobrze by

twarzy rodaka śladu ulgi.

Jakby nie dostrzegając stanu ducha pacjenta, doktor siada za biurkiem, bierze pióro do ręki i zaczyna coś gryzmolić.

Nie czekając na ciąg dalszy, wyproszam go na korytarz. Dzielne morskie wilki przedstawiały obraz nędzy i rozpacz.

Wracam do gabinetu. Doktor rozma-

Płynę na Pacyfik

ze wspomnień lekarza okrętowego

Wojciech Kopacki

Doktor tworzy receptę. Rzucam okiem: mazidło to samo, które już zużyłem na kucharza na statku. Nie ryzykuję jednak wdania się w dysputę na temat farmakoterapii egzemy, bo mam ochotę jeszcze dzisiaj wrócić na statek. Wychodzę do poczekalni, aby wręczyć receptę zainteresowanemu. Apteka jest bowiem piętro niżej, za leki się nie płaci. Biedak

było... - zawieszając głos na czas zajęcia pozycji siedzącej - ...zrobić, no taak... prześwietlenie.

Kamień spada mi z serca. Pewien byłem, że myśli, żeby dobrze było zrobić sekcję przedramienia *in vivo*, albo coś sto razy ciekawszego.

Radośnie przytakuję, obserwując kątem oka krople potu na twarzy rybaka. Jeszcze chwilę, a straci całą wodę z organizmu i uschnie bez rentgena. Zabieram kwit i wychodzimy z gabinetu.

- Co jest? - podopieczny tylko to jest

wia przez telefon. Po małej chwili już wiem, że nazajutrz przyjmie nas neurolog. I chwala Bogu, może nie wszyscy kanadyjscy lekarze mają taki sposób przyjmowania pacjentów, i uda się ocalić duszę mojego podopiecznego od krańcowej męki.

Żegnając się z doktorem, wylewnie dziękując za fantastyczne konsultacje. Z ulgą opuszczamy budynek, a taksówka wiezie nas na drugi kraniec Vancouveru, do stomatologa. Całą drogę do Centrum Stomatologii Morskiej zastanawiam się,



siedzi pod ścianą, kolor jego twarzy zlewa się z siniebieską tapetą. W oczach panika. Reszta "wycieczki po zdrowie" też jakby lekko wystraszona.

- Mów, doktor, co tu jest grane. AIDS, co? - wyrzuca z siebie kucharz.

Wcale mu się nie dziwię, bo w pewnej chwili też mi się udzielił nastrój z gabinetu. Wysyłam go do apteki, próbując nieszczęśliwie przy tym pocieszyć.

Następny do obróbki to rybak z "ręka". Wydedukował, że skoro zwykłą wysypkę oglądano w powadze cały kwadrans, to jemu co najmniej urzną rękę powyżej łokcia. Prawie siłą wciągamy go do gabinetu i sadzam między sobą, a kanadyjskim kolegą. Może nie ucieknie. Zaczynam wyluszczać problem. Pod koniec mojego referatu czoło kanadyjskiego eskulapa przypomina pole po głębokiej orce. Facet ewidentnie myśli. Ciekawe, cóż tym razem oznajmi.

Skończyłem swoją opowieść. Mój pacjent obserwuje doktora prawie na bezdechu, z coraz bardziej seledynowym obliczem. Kanadyjczyk wstaje i rozpoczyna percepcję wzrokową. Wpa-

w stanie wychrypić, przesuwając się po korytarzu na nogach z waty. Wymyślam różne dyrdymały, aby poprawić mu nastrój.

Niebawem wracamy ze zdjęciem. Doktor włącza negatoskop i wpatruje się w kliszę. Jak długo - trudno powiedzieć, czas płynie w tym gabinecie w dziwny sposób. Oglądaniu towarzyszy oczywiście mrużenie z nieodłącznym "taak". Wylącza negatoskop, odwraca się i splótszy ręce (a jakże), powoli i z namaszczaniem obwieszcza światu:

- Taak, no widzisz... - tu chwila milczenia. - Zdjęcie jest OK.

Facet ewidentnie minął się z powołaniem. Gdyby posłuchał gwiazd i ruszył za swoim talentem, świat błyskawicznie zapomniałby o Hitchcocku.

Mnie oczywiście znów zatyka, bo jakoś nie mogę przywyknąć do narzuconej konwencji tego gabinetu. Dostrzegam to, niestety, nasz wspólny już pacjent. Pierwszy raz w życiu widzę, że można polykać ślinę z otwartymi szeroko ustami.

Szybko tłumaczę wypowiedź doktora, ale nie dostrzegam na wymęczonej

co nas czeka tym razem.

Standard taki sam jak poprzednio. Ten sam schemat: recepcja, uśmiechy, uprzejmości, poczekalnia. Po kilku minutach oczekiwania podchodzi do nas niewiasta, z uprzejmym zapytaniem, czy my to właśnie my. Potakuję radośnie, więc zaprasza nas dalej. Kładzie mojego podopiecznego na leżankę (w zasadzie jest to fotel z mocno obniżonym oparciem), zakłada mu na szyję serwetkę i szykuje instrumentarium.

Całe centrum to kilka boksów, oddzielonych od siebie cienkimi ściankami. Między pacjentami kursuje jeden doktor wykonujący zasadnicze zabiegi. Pacjentów przygotowują asystentki. Jak się okazuje, to też są stomatolodzy, zdobywający praktykę dla uzyskania prawa samodzielnego wykonywania zawodu. Po oględzinach, mój delikwent trafia do RTG, albowiem zanosi się u niego na podwójną ekstrakcję. Zainteresowany nie życzy sobie żadnego znieczulenia, czym wywołuje powszechne zainteresowanie. Znosi zabieg dzielnie, bez mrugnienia okiem. Po zabiegu pacjent

wypoczywa, a doktor co chwilę doń zagląda, przypatrując się swojemu dziełu z nieklamany podziwem. Takie zabiegi bez analgeny są tutaj nie do pomyślenia.

W oczekiwaniu na rybaka, wdaję się w rozmowę z "naszą" asystentką. Pyta mnie o sporo rzeczy, związanych z życiem na morzu. Pada też (po jakimś czasie) pytanie, skąd jesteśmy. Pewni-

kiem nie miała wglądu w nasze papiery. Odpowiadam, że z Polski. Przez twarz mej rozmówczyni przebiega ledwo dostrzegalny skurcz.

- Ja też jestem z Polski - odpowiada po angielsku.

- To może woli pani rozmawiać po polsku - pytam, otwierając swe słowiańskie serce ku rodaczce.

- No, doprze - odpowiada po chwili z namysłem - Ale ja słaba pamiętać polski. Tu mam tylko ynglisz, eee, angielski.

Biedaczka, myślę sobie. Pewnie tęskni do łowickich pasiaków i mazowieckich wierzb, bigosu i schabowego. Ani chybi, to potomek żołnierza z II wojny, rzuconego w świat przez los. Zapewniam gorliwie, że mówi po naszymu znakomicie i pytam, czy urodziła się tutaj, czy trafiła do Kanady w beciku. Wywnioskowałem wcześniej, że jesteśmy z grubsza rówieśnikami, więc rozmowa mimo trudności językowych rodaczki, jest nieco luźniejsza. Prowadzę konwersację niebawem umiejętnie, omijając skwapliwie wszelakie deklinacje, koniugacje i inne potworności naszego języka.

- Noo, ja nie urodzić się tu Kanada. Przybyła tu z Polski - one moment, niech zliczę, eee... yes... jeden i pół roku wstecz!

Zastygam w bezruchu, patrząc na "rodaczkę" bezmyślnie. Gdybym miał na podorędziu lustro, niechybnie ujrzałbym najgłupszą minę, jaką wykonałem za swego żywota. Dochodzi po chwili do mnie, że coś tu nie gra, a adrenalina gromadzi mi się we krwi w tempie kilograma na sekundę. Nie wiem do dziś, jak udaje mi się opanować jedyną słuszną w tym momencie reakcję. Jest więcej niż pewne, że jej doktor miałby zajęcia przez dobrych kilka godzin.

Żegnając się lodowato, nie omieszkając przesłać miłej damie kilku małych żośliwości.

- Ja mieć wielka kultura i nie zrobić użytek z moja ręka. Ja się za ciebie dużo wstydzic. Ja życzyć ci same sukcesy. Ty koniecznie kupić sobie mnóstwo rozum - wyrzucam z siebie te językowe dziwolągi jak karabin maszynowy. Paniąka czerwienieje i znika za kotarą.

Z głośnym (a jakże) - Ja cię silnie żegnać! - wychodzę na korytarz. Łapię prawdziwego rodaka, uboższego o dwa zęby i oddalam się od "centrum" tej wspaniałej polszczyzny. Kosztowało mnie to dużo zdrowia, nie da się ukryć.

Reflektuję się później, że zachowałem się cośkolwiek nie za bardzo elegancko, ale od razu sam przed sobą się usprawiedliwiam.

Wychodzimy na ulicę. Wsadzam "wycieczkę" do taksówki, a sam postanawiam wrócić na piechotę. Za resztki waluty kupuję plan miasta i ruszam na azymut w kierunku portu...

Tak właśnie, w dużym skrócie, wyglądała moja podróż, widziana oczami lądowego szczura. Objechałem kulę ziemską dookoła, a wciąż korci mnie, aby gdzieś wyruszyć: Australia może Ameryka Południowa?



"Klinika Urologii i Oddział Urologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego we Wrocławiu, w związku z niedoinwestowaniem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, zostały pozbawione możliwości wykonywania operacji onkologicznych. Zaniechanie znieczuleń chorych na raka pęcherza moczowego, raka nerki, raka stercza i przerzutów raka jądra, trwające od około miesiąca, pozbawiło możliwości wyleczenia grupy ponad 30 chorych. Dyrekcja szpitala, Wydział Zdrowia oraz władze uczelni nic w tej sprawie nie czynią, usprawiedliwiając się brakiem środków na zakup aparatu do znieczulenia..."

Z powodu niedostatecznej liczby anestezjologów w szpitalu możliwości wykonywania operacji w Klinice i Oddziale Urologii również nie są w pełni wykorzystane." (fragm. listu prof. J. Lorenza, kierownika Kl. i Kat. Urologii AM, z 20 lipca br.)

Oszczędzać do absurdu

Katarzyna Ziembowska

Od kiedy nie ma aparatu do znieczulania podczas długich zabiegów operacyjnych, chorzy umierają sobie spokojnie śmiercią naturalną w domu. Nie przyjmujemy ich, ponieważ nie mamy możliwości leczenia. Piszą listy, ale co ja mogę zrobić. Nikt ich leczyć albo nie może, albo nie chce - mówi z goryczą prof. Jerzy Lorenz, kierownik Kliniki i Oddziału Urologii w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym im. J. Babińskiego we Wrocławiu. - Staraliśmy się zainteresować osoby, które mogłyby ten sprzęt szpitalowi dostarczyć. Rozmawiałem z dyrektorem wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, lekarzem wojewódzkim, prorektorem do spraw klinicznych i ministrem zdrowia. Wyrażono przychylność i zrozumienie, okazało się jednak, że nikt nie jest w stanie sfinansować tego przedsięwzięcia. Nie mogę uwierzyć, że w całym województwie nie znajdzie się pieniędzy na tę podstawową aparaturę. Na operacje od kilku miesięcy czeka już około 30 chorych. Trudno powiedzieć, jaka część z nich poniosła straty na zdrowiu, ilu z nich stracił życie. W onkologii obowiązuje zasada: im prędzej wykona się operację, tym większa szansa wyleczenia.

Aparatu nie ma dokładnie od 25. maja br., był to NRD-owski MEDIMORPH, eksploatowany w szpitalu przez około 10 lat w klinice urologicznej - przypomina dr Barbara Żynda, ordynator Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. - O tym, że wkrótce będzie trzeba go skasować, wiadano już od października 1992 roku. Przeprowadzona wówczas kontrola techniczna wykazała, że jego dalsza długotrwała eksploatacja jest niemożliwa ze względu na brak części zamiennych. To samo orzeczono po przeglądzie jeszcze pięciu (spośród wszystkich 13) aparatów do znieczulania. W maju nastąpiła "ostateczna" awaria i ten aparat, jedyny nadający się do znieczuleń przy długotrwałych operacjach, skasowano.

Szpital nie jest w stanie z własnego budżetu wygospodarować kwotę rzędu 1-1,5 mld zł na zakup takiego urządzenia - twierdzi dr Andrzej Kamiński, dyrektor szpitala. - W całej służbie zdrowia brakuje pieniędzy na inwestycje. Te aparaty do znieczulania, które my posiadamy, pomalutko kończą się, nie nadają się już ani do regeneracji, ani do naprawy. Wojewódzki Wydział Zdrowia też nie ma pieniędzy. Mimo to ogłosił przetarg na zakup tego urządzenia. Ogłoszenie ukazało się 7 października w "Rzeczpospolitej", minął więc już termin zgłaszania ofert i wkrótce rozstrzygnięciem się, czy któraś z zainteresowanych firm zgodzi się, aby za aparat zapłacono w ratach, i to dopiero w następnym roku. Próbowaliśmy i w inny sposób pozyskać wcześniej aparat, m.in. zwróciliśmy się do naszych posłów z Wrocławia i Dolnego Śląska (gdyż klinika i oddział urologii przyjmują chorych również z ościennych województw). Odpowiedzieli oni na nasz apel - pos. pos. Bem, Rot, Dobrosz. Andrukiewicz zwrócili się do ministra Zochowskiego z prośbą o dotację na ten cel. Niestety, bezskutecznie.

Ministerstwo przez kilka miesięcy zwodziło nas. Już w pierwszym kwartale br. województwo wrocław-

skie miało dostać z centralnego rozdzielnika aparaturę reanimacyjną, anestezjologiczną, radiologiczną i inną. Co miesiąc mówiono nam, że na zakupy aparatury właśnie zostaje uruchomiony zagraniczny kredyt w wysokości 200 mln dolarów - mówi lekarz wojewódzki Witold Kowalewski. - Okazało się, że trzeba było machnąć na to ręką i samemu sobie radzić. Dlatego właśnie dopiero w październiku został ogłoszony przetarg. Wcześniej próbowaliśmy pożyczyc gdzieś aparat i rzeczywiście udało nam się to w sierpniu, jednak

by zdobywania funduszy na zakup sprzętu - poprzez fundacje, różnego rodzaju instytucje, sponsorów, wdzięcznych i zasobnych pacjentów. Pomóc tu może przedsiębiorczy dyrektor czy ordynator oddziału zabiegowego - niekoniecznie anestezjolog, bo anestezjology mają dość specyficzny kontakt z chorym.

Aparatura jest ważna, ale nie można zapominać, że przede wszystkim liczy się człowiek - przypomina dr Niedziółka. - W szpitalu Babińskiego brakuje co najmniej pięciu anestezjologów. Zgodnie z polskimi

dostatecznej liczby anestezjologów, lecz złej organizacji, niepunktualności raz urologów, raz anestezjologów.

Dla anestezjologów sytuacja ta jest szczególnie trudna. Ostatecznie ich obarcza się winą za to, że nie mają aparatów, że jest ich za mało. Na szwank wystawia się również ich dobre imię. Skoro od anestezjologów właściwie zależy, gdzie, kiedy i ile operacji zostanie wykonanych, a przynajmniej tak przedstawi się sprawę pacjentom - nietrudno wyobrazić sobie, po jakie środki sięgną zdesperowane rodziny chorych. Osoby, z którymi rozmawiałam, stwierdziły, że nie słyszały o konkretnych przypadkach nadużyć, jednak zgodnie przy-

chodzą. Tymczasem pacjent przychodzi, robi mu się badania, potem leży 1, 2, 3 tygodnie, a jak ma pecha to i dłużej, na łaskawe wyznaczenie operacji, łaskawe znieczulenie, łaskawe przeprowadzenie operacji. W tym czasie pan dyrektor go żywi, pan minister płaci za sprząkanie, pranie, remont dachu szpitalnego itp. To są wszystkie koszty związane z pobytom chorego w szpitalu. Bezsensowne koszty - mówi prof. Lorenz.

Szpital uchronił się przed wielkimi długami. Za to, poza umiejętnościami swoich lekarzy-fachowców, niewiele może zaoferować: niewygodne, duże (m.in. 13-osobowe) sale, wyeksploatowany sprzęt i budynki, w których jeszcze leczyli się żołnierze Napoleona.

Przykłady można by mnożyć. Oszczędzać trzeba. Więc coś kosztuje czegoś. Wybrano mniejsze zło?

Pan Leon K. z Opola, pacjent kliniki urologicznej:

W sierpniu stwierdzono, że mam raka pęcherza moczowego, zaawansowanego, trzeci stopień złośliwości. Od dwóch miesięcy czekam na operację wycięcia pęcherza. Okazuje się, że moje życie zależy od jakiegoś podstawowego aparatu, kosztującego tyle co samochód. Próbowalem z żoną interweniować w sprawie aparatu u wojewody - przyjął nas jednak tylko zastępca szefa gabinetu wojewody, Krzysztof Fita. Obiecał zająć się tą sprawą. Kiedy następnym razem z nim rozmawialiśmy, powiedział tylko, abyśmy byli dobrej myśli i kontaktowali się wyłącznie z prof. Lorenzem.

Pani Marja K. (płacząc):

To jest żenujące i upokarzające. Nigdy w życiu tyle nie nachodziliśmy się i nie naprosili. Wystaliśmy pisma do ministra zdrowia i Akademii Medycznej. Proszę zobaczyć, co odpowiedzieli, proszę wziąć te papiery, mi już na nic nie są potrzebne...

Pan Leon K.:

Powiedziano mi, że moja szansa zależy od tego, jak szybko będzie przeprowadzona operacja...

Nie jestem stary. Chcę wrócić do pracy. Nie można mnie tak po prostu odstawić na boczny tor...

Przeglądam listy. Właściwie te same, usłyszane już wcześniej zdania:

"lista uzasadnionych postulatów wielokrotnie przewyższa bardziej niż skromne możliwości budżetowe", "tylko precyzyjna znajomość lokalnych realiów pozwala na optymalne wykorzystanie posiadanych środków", "zobowiązani będziemy za zainteresowanie sprawą i informację o stanowisku uczelni przekazane zainteresowanym" (pismo MZiOS skierowane do AM we Wrocławiu, w odpowiedzi na list pani Marii K.)

"zwróciliśmy się kolejny raz z interwencją do władz wojewódzkich o rozwiązanie tego problemu" (pismo prorektora ds. klinicznych skierowane do pani Marii K.).



tylko na miesiąc i tylko dlatego, że był wówczas okres urlopowy. Jeśli żadna z firm biorących udział w przetargu nie zgodzi się dostarczyć od ręki aparat i czekać na zapłatę w ratach, nie wiem, co zrobimy. Uważam, że w kosztach tego zakupu powinna partycypować też Akademia Medyczna, która ma obowiązek zabezpieczenia 40 % kosztów funkcjonowania łóżek dla pacjentów z województwa. Z prośbą o pomoc zwracaliśmy się również do sąsiednich województw. Prawie co drugi, co trzeci pacjent urologii w szpitalu wojewódzkim jest spoza naszego wrocławskiego województwa. Płacimy za nich jednak wyłącznie my - z pieniędzy, które przyznaje się nam wyłącznie na mieszkanka woj. wrocławskiego. Lecząc więc bardzo drogie pacjentów z sąsiednich województw praktycznie zaniedbujemy własnych. Niestety, nasi sąsiedzi o refundacji nie chcą nawet słyszeć.

Jestem optymistą i wierzę, że wybrana w przetargu firma zgodzi się na nasze warunki. Zdecydowaliśmy się na najtańszy aparat w najtańszej wersji firmy Drager, w cenie 600 mln zł (bez VAT i podatku granicznego) - uważa dr Andrzej Niedziółka, wrocławski specjalista wojewódzki w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. - Warto zwrócić uwagę, że problemy z aparaturą anestezjologiczną są wynikiem wieloletnich zaniedbań inwestycyjnych jeszcze poprzedniej dyrekcji szpitala wojewódzkiego. Obecna dyrekcja tłumaczy się problemami ekonomicznymi, brakiem pieniędzy. To tylko część prawdy, bo przecież jakieś pieniądze są, jakieś inwestycje się robi, ale gdzie indziej. Poza tym istnieją inne sposo-

normami - i tak oszczędzonymi w porównaniu z normami zachodnioeuropejskimi - 1 anestezjolog powinien przypadać na 60 łóżek szpitalnych plus jeden anestezjolog na każde dwa łóżka intensywnej terapii. W ok. 1000-łóżkowym szpitalu wojewódzkim powinno ich być w sumie około 20. Poza tym tak duży szpital potrzebuje ok. 12 łóżek intensywnej terapii (obecnie jest ich 4)

Tymczasem pracuje 12 asystentów i ordynator. Na jedenaście stołów operacyjnych oddziałów zabiegowych codziennie można skierować najwyżej 6-8 anestezjologów - twierdzi dr Barbara Żynda. - Po dyżurach schodzą 2-3 anestezjologów, dwóch następnych odbywa staże szkoleniowe lub jest na urlopach, tylko dwóch anestezjologów zabezpiecza oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, wykonuje znieczulenia do zabiegów ze wskazań nagłych oraz załatwia wszelkie interwencje anestezjologiczne na terenie całego szpitala. Sytuacja personalna nie jest więc dobra. Trzeba wybierać, gdzie operacja będzie tylko na jednym stole, gdzie trzeba wystać dwóch anestezjologów. Profesor Lorenz chciałby na urologii operować codziennie równolegle na trzech stołach - ma odpowiednią liczbę wyszkolonych ku temu urologów, jest to jednak niemożliwe, bowiem zazwyczaj można skierować do niego 1-2 anestezjologów.

Dyrektor szpitala twierdzi, że w obecnej sytuacji finansowej liczba anestezjologów jest wystarczająca w stosunku do potrzeb szpitala. Ewentualne problemy wynikają nie z braku

taknęły, że taka sytuacja może im służyć. Warto przypomnieć, że kilka miesięcy temu sprawę braku odpowiedniej liczby anestezjologów próbowano rozwiązać, właśnie w klinice urologicznej szpitala wojewódzkiego, w ten sposób, że zlecano wykonanie znieczuleń anestezjologom spoza szpitala, którzy zarejestrowali taką działalność w Urzędzie Skarbowym, oczywiście opłacani byli przez rodziny pacjentów. Trwało to krótko, gdyż sprzeciwili się takiej działalności dyrektor szpitala oraz ordynator Oddziału Reanimacji i Intensywnej Terapii.

Umieć oszczędzać to sztuka. Zmuszeni jesteśmy wszyscy się jej uczyć, a służba zdrowia od lat, z roku na rok coraz gorzej finansowana - jest szczególnie zmuszona do drastycznych oszczędności. Jak się to robi, widać dobrze choćby właśnie na przykładzie Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego we Wrocławiu. Nie ma aparatu do długotrwałych znieczuleń, bo nie ma pieniędzy. Nie wymienia się wyeksploatowanej aparatury, bo nie ma pieniędzy. Nie zatrudnia się odpowiedniej liczby anestezjologów, bo nie ma pieniędzy. Za to można zapłacić za gaz, wodę, energię, żywność, ograniczyć długi. Coś za coś. Wybrano mniejsze zło. Ale...

Płacimy za leczenie obcych, drogiej aparatury.

Tygodniami przetrzymuje się pacjentów, którzy czekają na operację. "Chory powinien przyjść do szpitala dzień przed zabiegiem, a dzień po powinien już wyjść. Potrzeba na to 3-4 dni (przy małych i średnich opera-

Ból i cierpienie - nieustanne wyzwanie dla współczesnej medycyny. Część II

Poznanie zjawiska bólu jest fascynujące, ale zadaniem lekarza jest niesienie ulgi.

Ludzkość od zarania starała się znaleźć sposoby na zmniejszenie bólu i cierpienia. Przez wieki do dziś sprawdzono działanie dwu substancji chemicznych: jednej otrzymywanej z soku makówek i drugiej powstałej w wyniku fermentacji zboża czy owoców. W ostrym bólu nie były one jednak zawsze skuteczne, a ponadto w dużych dawkach niebezpieczne dla organizmu.

16 X 1846 roku w kontrolowanych warunkach uczelni medycznej uspięno człowieka do wykonania bolesnego zabiegu. Zaczęła się nowa era w chirurgii - czas znieczulenia do operacji.

Ale gdy ktoś cierpi na uporczywy ból głowy, krzyża czy barku, to na jak długo można go uspić. Gdy się obudzi, ból powraca. Ostry ból można wyeliminować narkozą, ale co zrobić z przewlekłym. Najprostszą wydaje się idea przecięcia drogi transmisji bólu. I tak próbowano postępować. Przecinano nerw, ból powracał jednak i stawał się jeszcze gorszy. Przecięto rdzeń, chory nie ruszał kończynami, lecz ból często pozostawał lub nawracał. W desperacji odcinano płyty czołowe od reszty mózgu. Chory mówił wtedy, że wprawdzie go boli, ale jest mu wszystko jedno. Bo też wszystkie wyższe czynności psychiczne ulegały wówczas eliminacji.

Ale chirurgia bólu dostarczała ważnych informacji. Pierwszej, że percepcja

Działania przeciwbólowe

Andrzej Kübler
kierownik Katedry i Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM we Wrocławiu

bólu w układzie nerwowym charakteryzuje się niezwykłą plastycznością. Drugiej, że pewne bardzo precyzyjne zabiegi jak dekompresja zwojów nerwowych, termokoagulacja, przecinająca tylko cienkie włókna nerwu czy neurolyza - chemiczne zniszczenie zwojów współczulnych, mogą być w wybranych przypadkach metodami bardzo skutecznymi. Pozostała lekcja, że bólu nie da się wyciąć nożem z organizmu.

Bólu nie udaje się zawsze usunąć za pomocą leków. Dziesiątki i setki nowych preparatów chemicznych ukazują się na rynku, towarzyszy im nadzieja chorych na ulgę, a u producentów na fortunę. Wiele było gorzkich lekcji z wprowadzenia nowych leków, ale i wiele nauki. Poznanie nowych receptorów, efektu ich stymulacji czy blokady, zwiększyło znacznie wiedzę o bogactwie naszego organizmu i możliwościach sterowania jego funkcją.

W bólu przewlekłym prawdziwy renesans przeżyły w ostatnich latach metody fizyoterapeutyczne. Od prostych

form, jak okłady czy bańki, po wyszukane, jak akupunktura czy orientalne masaże - metody te przynosiły większą lub mniejszą ulgę w bólu, nasuwając pytanie, czy działa sama metoda czy wiara chorego w uleczenie.

Henry Beecher, jeszcze przed swoją karierą w Harvardzie, zaobserwował, że podanie obojętnego środka soli, cukru, wody, z sugestią, że to jest lek przeciwbólowy, znosi ból u 35% rannych. Działanie to nazwał efektem placebo. Placebo działało przeciętnie tylko o połowę słabiej od morfiny. W dalszych badaniach stwierdzono, że skuteczność placebo jest bardzo zmienna indywidualnie i zależna od schozzenia. W bólach głowy skuteczność placebo sięgała 50%. Klasycznym przypadkiem wykorzystania reakcji placebo w medycynie była historia operacji podwiązania tętnicy piersiowej wewnętrznej przy bólach dławicowych. Założenie było takie, że podwiązanie tętnicy zaopatrującej obszar piersi skieruje większą ilość krwi do serca i poprawi przepływ wieńcowy. I rzeczywiście, chorym



ból ustępował. Ale anatomopatolodzy nie mogli znaleźć dowodów na tę poprawę przepływu. Wtedy w dwu ośrodkach w Bostonie i Filadelfii przeprowadzono kontrolowane badania. Jednym chorym podwiązywano tętnice, a drugim zakładano podwiązkę na tętnice, ale jej nie zaciskano. W obu grupach stwierdzono wyraźną poprawę; zmniejszenie dolegliwości bólowych, zwiększenie tolerancji wysiłku, polepszenie zapisu EKG. Różnic między grupami nie było. Sam zabieg działał więc jak placebo. Dalsze badania nad reakcją placebo były również fascynujące. Placebo podane w dwu kapsułkach działało istotnie silniej niż w jednej, duże kapsułki były skuteczniejsze od małych, zastrzyk od tabletki. Minz w 1977 roku ze zdumieniem zaobserwował, że gdy chorym odstawiono zastrzyki soli, które otrzymywali z sugestią, że jest to silny lek przeciwbólowy, u części badanych pojawiły się klasyczne objawy uzależnienia, z pełną reakcją odstawienia. Chętnie opowiadam o reakcji placebo, gdyż nasza uboga medycyna korzysta teraz bardzo, może za bardzo często, z tzw. imprez sponsorowanych, gdzie efekt placebo potęgują kolorowe prospekty i lunch.

Wnioski z reakcji placebo były bardzo ważne. Jeden mówił o tym, że ocena skuteczności leczenia musi być prowadzona w sposób obiektywny i powtarzalny. Dlatego tak mądre farmakolodzy skonstruowali proces rejestracji i dopuszczenia leków do użycia. Inny, że reakcja na leczenie zależy w ogromnej mierze od nastawienia psychicznego chorego, jego nadziei, ufności i wiary w wyleczenie.

Komentarz do artykułu "My się HIV-a też boimy", zamieszczonego w Gazecie Dolnośląskiej dnia 15-16 października 1994.

O HIV-ie raz jeszcze

Dnia 14 października 1994 r. odbyła się konferencja "Aspekty etyczno-społeczne lekarza a nosiciele HIV i chorzy na AIDS".

W dyskusji, która trwała kilka godzin brali udział: lekarze, prawnicy, księża.

Bardzo krótki artykuł opublikowany w "Gazecie Dolnośląskiej", nie oddał w pełni sensu omawianych zagadnień. Z kilkoma tezami zamieszczonymi w nim nie mogę się zgodzić.

"Sporo czasu poświęcali temu, że w wielu gabinetach stomatologicznych nie przyjmuje się nosiciela wirusa HIV"

i następne stwierdzenia "od obowiązku ratowania życia w jego bezpośrednim zagrożeniu nikt lekarza nie może zwolnić, natomiast jeśli tak poważnego niebezpieczeństwa dla pacjenta nie ma, to lekarz może nie udzielić pomocy, gdy obawia się, iż sam jest zagrożony". Ktoś nie zrozumiał myśli zawartej w artykule 7 Kodeksu etyki lekarskiej. Artykuł ten stanowi: "W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków niecierpiących zwłoki. Nie podejmując lub odstępując od leczenia, lekarz winien wskazać choremu inną możliwość uzyskania pomocy lekarskiej."

Odmowa udzielenia pomocy lekarskiej dotyczy takich przypadków, gdy inny lekarz lub szpital udzieli bardziej fachowej pomocy. Obowiązkiem lekarza jest zapewnienie pacjentowi uzyskania takiej fachowej pomocy. Lekarz nie może, co należy z naciskiem podkreślić, wyprosić pacjenta za drzwi, nie informując go o miejscu, gdzie uzyska bardziej fachową pomoc. Czy zagrożenie

zarażenia się lekarza od pacjenta jest "szczególnie uzasadnionym wypadkiem", który uzasadniałby odmowę udzielenia pacjentowi pomocy? Nie dajmy się zwariować!

Czy strażak nie pojedzie do pożaru, bo może się spalić?

Czy policjant nie będzie ścigał bandyty, bo może zostać zastrzelony?

Każdy człowiek, wybierając zawód jest świadomy, jakie on niesie niebezpieczeństwa. Lekarz też jest tego świadomy. Nie znam przypadku, aby lekarz zaraził się HIV-em, udzielając pomocy choremu na AIDS. Tym bardziej, jeżeli będzie stosował odpowiednie, zalecane sposoby. Lekarz musi stosować odpowiednie środki, które zabezpieczą go a także innych pacjentów.

Właściwie lekarz każdego pacjenta powinien traktować jako potencjalnego nosiciela wirusa HIV, ponieważ pacjent może nie być świadomy, że jest zakażony. Czy lekarz obawiający się o swoje życie, nie musiałby zmienić zawodu? Może nawet nie wsiadać do samochodu, bo codziennie ginie tylu ludzi? Byłby to nonsens.

Sprawa powiadomienia partnerów seksualnych, że któryś z nich jest nosicielem wirusa HIV. Nie jest to praktycznie proste, jeżeli dotyczy to nie jednego i stałego partnera, ale kilku.

Na marginesie. Środki przekazu mają tu duże pole do działania pisząc o tych sprawach. Chroni nie tylko prezerwatywa. W Ameryce, na którą tak często się powołujemy przy różnych okazjach, powstał ruch propagujący dziewictwo, liczący już ponad milion członków. U nas o tym się nie pisze.

"Zdarza się, że placówki służby zdro-

wia odmawiają przyjęcia umierającego pacjenta chorego na AIDS, "bo już się nie opłaca" - powiedział prof. Gładysz. Takie postępowanie, dopuszczone przez Kodeks etyki lekarskiej jest jednak niezgodne z polskim Kodeksem karnym."

Nie mogę się z tym zgodzić, aby Kodeks etyki lekarskiej tak stanowił. Mam wrażenie, że pani redaktor nie zrozumiała sensu wypowiedzi.

Artykuł 30 Kodeksu etyki lekarskiej brzmi:

"Lekarz powinien dolożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakoś kończącego się życia."

Artykuł 32 brzmi:

"W stanach terminalnych lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

Decyzja o zaprzestaniu reanimacji należy do lekarza i jest związana z oceną szans leczniczych."

Z treści przytoczonych artykułów nie wynika wcale, aby lekarz był zwolniony od przyjęcia umierającego człowieka do szpitala. Natomiast w stanach ciężkich, doprowadzających w krótkim czasie do śmierci, lekarz nie ma obowiązku podejmowania działań nadzwyczajnych, aby przedłużyć agonię chorego. Ma natomiast obowiązek zapewnić mu warunki godnej śmierci. Nie wszystko da się ująć w paragrafy i przepisy.

W wielu wątpliwych przypadkach rozstrzyga wiedza i sumienie lekarza. Maksyma "Miłuj bliźniego swego jak siebie samego" pozwala na właściwe, zgodne z etyką, postępowanie.

prof.dr hab.
Julian Kornobis

Uwagi do Kodeksu Etyki Lekarskiej

Komentarz napisany przez prof. Juliana Kornobisa, medyka sądowego i wykładowcę etyki lekarskiej na Wydziale Lekarskim, jest pierwszym w takiej ciekawej formie opracowaniem. Kodeks etyki lekarskiej z 1984 r. zawiera tylko "suche" artykuły.

Prof. Julian Kornobis, który szczęśliwie, wydaje mi się, artykuły kodeksu, które wskazują lekarzowi, co mu wolno a czego nie wolno w swojej praktyce, z myślą humanistyczną. Zagadnienia tu omawiane opierają się na tezie, że działanie lekarskie wynika z wiedzy i sumienia. Komentarz i aforyzmy bardzo podkreślają pierwiastki humanistyczne, które można nazywać chrześcijańskimi. Ogólna etyka ludzka opiera się na tych wartościach, a etyka jest przystosowaniem jej do działalności lekarza.

Można postępować zgodnie z prawem, a nie być dobrym lekarzem. Autor podkreśla te wartości, czasami może skróconym omówieniem niektórych artykułów. Myśli i aforyzmy dają nam obraz lekarza humanisty, którego tak często nam obecnie brak.

Niektóre artykuły Kodeksu nie zawierają szerszego omówienia, dotyczą one niewielkiej liczby lekarzy. Zainteresowani sami muszą zgłębić zagadnienie, co znajduje miejsce w różnych dyskusjach naukowych i publikacjach.

Mogą jednak pojawić się jakieś uwagi do komentarza. Może nie wyczerpuje wystarczająco całego zagadnienia Kodeksu etyki lekarskiej? Niektóre uwagi autora są może kontrowersyjne? Sam autor zaznacza, że nie każdy może przyjąć jego wywody. Zmusza to czytelnika do przemyśleń.

Komentarza nie należy traktować jako ostatnie słowo, ale jako wstęp do dalszej dyskusji i opracowań. Życie się zmienia, powstają nowe problemy, dyskusja nad zagadnieniem etyki lekarskiej będzie trwać.

Uważam, że w takiej formie powinno się wydać drukiem Kodeks etyki lekarskiej. Niech niewielka książeczka znajdzie się w bibliotece każdego lekarza.

Ryszard Rzeszutko
przewodniczący Komisji Etyki DRL

Sprostowanie do tekstu Zasady wystawiania i realizacji recept, opublikowanego w listopadowym numerze "Remedium".

Informujemy, że:

- ryczałt obecnie obowiązujący ustalony został na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 24 maja 1994 roku i wynosi obecnie 8 tys. zł. Ryczałt ustalony jest na podstawie ustawy z dnia 27 września 1991 roku o zasadach odpłatności za leki i artykuły sanitarne (Dz.U. nr 94, poz. 422), która w artykule 5 określa, że opłata ta nie może przekraczać 0,5% najniższego wynagrodzenia.

- limit dla inwalidów wojennych, wojskowych i zasłużonych honorowych dawców krwi nie obowiązuje z wyjątkiem zasłużonych honorowych dawców krwi na Mz Pom 34, gdzie limit się pobiera.

Nie znasz prawd żywych,
nie obaczysz cudu;
Miej serce i patrzaj w serce!

(A. Mickiewicz)

Prawa pacjenta

Art.12.

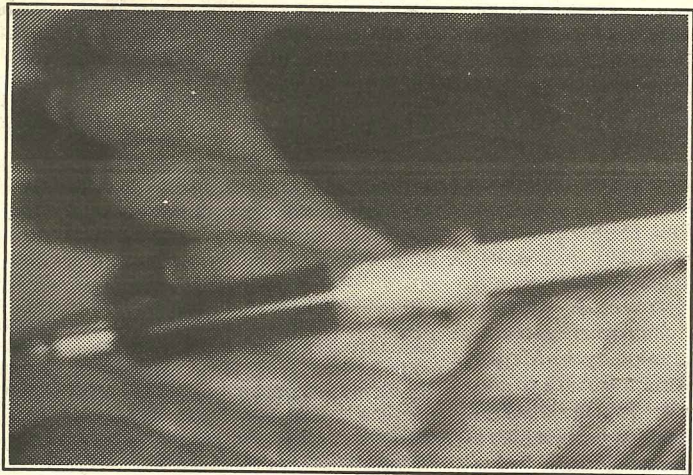
Pacjent ma prawo do zycziwego i kulturalnego traktowania oraz poszanowania jego intymności i godności osobistej. Relacje między pacjentem a lekarzem powinny opierać się na ich wzajemnym zaufaniu; dlatego pacjent powinien mieć prawo do wyboru lekarza.

Sprawa wydaje się dosyć oczywista. Kulturalne i zycziwe traktowanie bliźnich powinno być powszechne. Tym bardziej, gdy dotyczy to człowieka chorego i cierpiącego. Lekarz musi mieć na uwadze, że to nie tylko jego zawód ale i powołanie, a więc musi wymagać więcej od siebie niż od innych. Musi widzieć w pacjencie człowieka, okazać mu zycziwość, interesować się jego zdrowiem, samopoczuciem, a nawet jego sprawami osobistymi (domowymi, materialnymi, pracą).

Stosunek taki odnosi się nie tylko do pacjenta, ale też do personelu pomocniczego, który towarzyszy lekarzowi w czasie wizyty czy badania, i do rodziny pacjenta.

Noblesse oblige - szlachectwo zobowiązuje.

Prawo do wyboru lekarza jest zagadnieniem organizacyjnym. W dzisiejszych warunkach prawo wyboru lekarza przez pacjenta nie jest rzeczą łatwą i zazwyczaj niemożliwą. Chory przypisany jest do rejonu, szpitala. W innych jednostkach miałby trudności w otrzymywaniu pomocy. Jeżeli w przychodni lub w ośrodku zdrowia jest kilku lekarzy



też samej specjalności, możliwość taka istnieje, chociaż też w ograniczonej skali.

Mogłoby to skomplikować pracę lekarza. Lekarz dobry, cieszący się zaufaniem pacjentów byłby nadmiernie obciążony pracą, natomiast inni mieliby dużo wolnego czasu. Stan ten może zmienić tylko organizacja służby zdrowia. Za dobrą pracę powinna być dobra płaca.

Art.13.

Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu podstawowych decyzji lekarskich dotyczących jego zdrowia.

Pacjent ma prawo do uzyskania zrozumiałe dla niego sformułowanych informacji.

W przypadku zabiegów diagnostycznych i leczniczych ma prawo zapoznać się ze stopniem potencjalnego zagrożenia i spodziewanymi korzyściami związanymi z wykonywaniem tych zabiegów, a także z możliwościami za-

Lekarzu, jaki jesteś?

Prof. dr hab. Julian Kornobis,
były kierownik Zakładu Medycyny Sądowej,
długoletni wykładowca etyki w AM we Wrocławiu.

stosowania innego postępowania medycznego.

Art.14.

Lekarz nie może wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż leczniczy.

Proste i zrozumiałe stwierdzenie, a jednak... zdarzają się przypadki wykorzystywania wpływu lekarza na osiągnięcie korzyści własnych. Najczęściej chory człowiek, nie zawsze w pełni świadomości, w testamencie przekazuje lekarzowi domczy inne wartości. Testament taki nie zawsze jest pisany przez testatora.

"Człowiek pod wpływem obawy o własne zdrowie i zaufania do osoby lekarza jest bardzo podatny na poddawanie. Lekarze powinni wyzyskać ten swój wpływ, powinni tępić szkodliwe nalogi i przyzwyczajenia, szerzyć zasady zdrowia moralnego i fizycznego". (W. Biegański)

Art.15.

Postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta. Jeśli pacjent nie jest zdolny do świadomego wyrażania swej zgody, powinien ją wyrazić przedstawiciel ustawy, bądź osoba stale opiekująca się pacjentem.

Wszczęcie postępowania diagnostycznego, leczniczego i zapobiegaw-

karz ma obowiązek pełnego informowania jego rodziców lub opiekunów.

"Już Hipokrates dowodził, że leczyć trzeba nie tylko ciało, ale i duszę chorego. Na chore ciało stosujemy leki i inne zabiegi lecznicze, na cierpiącą wskutek choroby ciała duszę stosować powinniśmy ciepłe słowa pociechy i serdecznego współczucia". (WB)

Diagnoza lub fakty wynikłe w procesie leczenia, nie rokujące zbyt dobrze co do dalszych losów chorego, stawiają przed lekarzem trudny problem. Etyka lekarska mając na uwadze prawa pacjenta nakazuje poinformować go o tym. Wprawdzie art. 17 tak nakazuje, ale... jak to najczęściej bywa, daje dosyć wolną rękę w tej materii. Odwołuje się do uznania lekarza, do jego sumienia, do świadectwa zawodowego i znajomości psychiki chorego. Lekarz musi rozważyć, czy niekorzystna wiadomość nie wpłynie w sposób poważny na stan zdrowia pacjenta i to nie tylko fizyczny, ale i psychiczny. Lekarz powinien być zorientowany co do stanu rodzinnego i majątkowego chorego. Wielu ludzi w końcu swego życia chciałoby uporządkować swoje sytuacje życiowe. W wielu przypadkach, nawet perspektywa pogorszenia się stanu zdrowia może nie być przeszkodą w poinformowaniu o poważnym stanie zdrowia pacjenta. Oczywiście należy to uczynić w miarę taktownie i ostrożnie, nie odbierając mu nadziei. Informowanie rodziny o stanie zdrowia bliskiego wymaga zgody pacjenta. Lekarz musi się wykazać dużą umiejętnością, taktem i współczuciem w przekazywaniu niepomyślnych wiadomości.

Artykuły 13 i 16 można omówić łącznie. Zagadnienia w nich poruszone dotyczą jednej sprawy - zgody pacjenta na poddanie się badaniom diagnostycznym i leczniczym w sposób świadomy i zrozumiały dla niego. Decyzja należy do pacjenta. Pacjent świadomy decyduje o swoim losie, a więc i o leczeniu. Istnieje wśród lekarzy pogląd, że zgoda pacjenta jest potrzebna tylko w przypadku zamierzonego zabiegu operacyjnego, wymaga się, aby pacjent podpisał zgodę w historii choroby. Jest to mylne pojęcie. Pacjent powinien wyrazić zgodę na każdą czynność lekarską, dotyczącą jego osoby. Powszechnie przyjmuje się, że pacjent przychodzący do lekarza po poradę, niejako wyraża zgodę na badanie diagnostyczne i sposób leczenia. Można przyjąć takie postępowanie za wystarczające, chyba że w trakcie leczenia czy badania pacjent ma jakieś zastrzeżenia.

Obowiązkiem lekarza jest poinformowanie pacjenta o sposobie diagnozowania i leczenia, w sposób zrozumiały, wyjaśnienie, jakie są korzyści i jakie ryzyko zagrożenia przy takim postępowaniu. Informacje lekarza muszą być podane w sposób taktowny i delikatny, tak, aby pacjenta nie przestraszyć niepotrzebnie, nawet w przypadkach dużego ryzyka, np. zabiegu chirurgicznego.

W przypadkach niepełnoletności, niepczytalności, niedorozwoju umysłowego, postępowanie lekarza może być podjęte za zgodą opiekuna lub przedstawiciela ustawowego, nie dotyczy to przypadków nagłych, w których zwłoka na skomunikowanie się z tymi

Kodeks etyki lekarskiej uchwalony na III Krajowym Zjeździe Lekarzy (12-14 grudnia 1993)

Część IV

osobami mogłoby spowodować poważne zagrożenie dla życia pacjenta. W przypadkach nie wymagających szybkiego działania zgodę może wydać sąd rodzinny. Jeżeli uważamy, że dany sposób leczenia jest konieczny dla ratowania życia dziecka, a rodzice nie wyrażają zgody, sąd może w czasie bardzo szybkim pozbawić rodziców władzy opiekuńczej. Decyzje co do sposobu postępowania podejmuje lekarz.

Osobna sprawa dotyczy Świadców Jehowy. Często mają przy sobie pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody np. na transfuzję krwi. Wolę taką należy uszanować. Niektórzy lekarze są zdania, że taka wola jest ważna do momentu utraty świadomości przez chorego pacjenta (nieprzytomny nie może świadomie wyrażać swojej woli). Ale jeżeli ta wola wyrażona została w pełnej świadomości? Należy ją, moim zdaniem, uszanować. Sprawa jest jednak bardziej skomplikowana; przez nieudzielenie pomocy człowiekowi, będącemu w zagrożeniu życia, można się narazić na zarzut Kodeksu karnego art. 164:

"Kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu groźącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażania siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia lub poważnego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3".

Pojawia się dylemat, jak ma postąpić lekarz? Wydaje mi się, że musimy respektować prawo.

Art.17.

W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością.

Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa.

Czy zawsze należy mówić prawdę choremu?

Jak wynika to z omawianego artykułu, nie. Dotyczy to przypadków, w których informacja o niepomyślnym dla chorego ustalonym rozpoznaniu miała by niekorzystny wpływ na jego stan fizyczny i psychiczny. Od wyważenia przez lekarza tego problemu zależy decyzja, co choremu można powiedzieć. Ważne jest też, w jaki sposób wiadomość ta zostanie mu przekazana. Lekarz, który ma serdeczną więź z pacjentem, potrafi ten dylemat rozstrzygnąć. Pacjentowi nie wolno odbierać nigdy nadziei.

Udzielenie pełnej informacji pacjentowi na jego wyraźne żądanie, powinno się odbyć w sposób, o którym wyżej pisałem.

"Kobieta-lekarz, jako echo, nie stworzy może nowych dróg dla nauki, ale jako promień słońca, ogrzeje ciepłem serdecznym naszą zimną, rozumowaną sztukę". (WB)

"Kobieta-lekarz powinna wybrać sobie za wzór do naśladowania nie profesorów uniwersytetu, nie swoich kolegów - mężczyzn, lecz starszą swoją

siostrę, siostrę miłosierdzia". (WB)

Art.18.

Lekarz leczący nie może sprzeciwiać się, by chory zasięgał opinii o stanie swego zdrowia i postępowaniu lekarskim u innego lekarza.

Na życzenie pacjenta powinien ułatwić mu taką konsultację.

Są lekarze, u których prośba pacjenta o skierowanie go do innego lekarza, wzbudza poczucie mniejszej wartości zawodowej, a nawet obrazę: jak to, inny lekarz ma go kontrolować, a może nawet pouczać? Jest to fałszywy pogląd. Jeżeli lekarz więcej umie, jest bardziej doświadczony, a do tego skromny, nigdy tak nie myśli. Takie życzenia pacjenta powinny być spełnione. Są jednak sytuacje, kiedy życzenie pacjenta nie może być spełnione. Lekarz musi rozważyć, czy istnieje potrzeba konsultacji. Gdy uzna, że nie ma takiej potrzeby, nie należy odmówić kategorycznie prośbie, ale w sposób taktowny i umiejętny przedstawić swoje zdanie. Czasami może to wystarczyć. Warunki techniczne utrudniają lub nawet uniemożliwiają spełnienie życzeń pacjenta. Przewóz może być nawet niebezpieczny dla zdrowia.

Art.19.

Chory w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół, a także do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien odnosić się ze zrozumieniem do osób bliskich choremu, wyrażających wobec lekarza obawy o zdrowie i życie chorego.

Opieka rodziny lub przyjaciół, w czasie leczenia szpitalnego, ma kolosalne znaczenie dla przebiegu leczenia. Nie zdajemy sobie sprawy, jak stan psychiczny chorego wpływa na leczenie. Oczywiście nie każdy kontakt z rodziną lub przyjaciółmi ma tak korzystny wpływ. Musimy to wyczuć i spełnić życzenie pacjenta, który może nie chcieć widzieć pewnych osób. W miarę możliwości starajmy się spełnić jego życzenia. Ma to szczególnie duże znaczenie w szpitalach dziecięcych. Rozłąka dziecka z rodzicami, znalezienie się w nowym środowisku, stanowi poważny stres dla takiego pacjenta. Coraz częściej stosowana jest praktyka przebywania, zazwyczaj matki, razem ze swoim dzieckiem. Ma to znaczenie nie tylko dla dziecka, ale i jego matki, może mieć też wpływ na życie szpitala. Matka taka zastępuje częściowo personel pielęgniarski.

Obecność męża przy porodach też nie jest bez znaczenia na stan psychiczny żony. Może to mieć wpływ na ojca i całą w przyszłości rodzinę. Moment uczestniczenia w przebiegu porodu wpływa korzystnie na rodzinę. Serdeczny i współczujący kontakt chorego z bliskimi powinien być jednym z elementów postępowania lekarskiego.

Współpraca lekarza z osobami duchownymi zapewni kontakt chorego z nimi. Może nawet lekarz powinien rozmawiać z osobą duchowną na temat stanu pacjenta. Oczywiście zachowując pełną tajemnicę. Od duchownego będzie zależało jego postępowanie.

KSIĄŻKI

Inicjatywa wydawniczo-naukowa wrocławskich dermatologów

Podczas ostatniego posiedzenia Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego otrzymałem z rąk prof. dra hab. E. Barana pierwszy numer kwartalnika "Mikologia Lekarska", którego jest naczelnym redaktorem. W trakcie słuchania referatów szkoleniowych przejrzałem pobieżnie, a w domu już na spokojnie, zagłębiłem się w treść tego czasopisma. Wydawca - wrocławskie wydawnictwo Volumed dołożyło wszelkich starań, by zwrócić uwagę czytelników ładnym wydaniem na dobrym papierze i spokojną grafiką. Reklamy wpleciono umiejętnie w treść naukowych doniesień. Merytoryczną wartość artykułów gwarantuje komitet naukowy, do którego wchodzi sławy dermatologii i mikologii światowej. Czasopismo to uzupełnia lukę w polskim piśmiennictwie naukowym, gdzie dotąd oprócz "Acta Mykologia" publikujące prace botaniczne, nie było periodyku zajmującego się mikologią lekarską. Nasz wrocławski kwartalnik łączy problemy mikologii medycyny ludzkiej i weterynaryjnej, wzorując się nieco na "Journal of Medical and Veterinary Mycology" i chce być płaszczyzną wymiany poglądów i doświadczeń zarówno badaczy-naukowców jak i klinicystów. Kwartalnik "Mikologia Lekarska" zamieszcza prace dotyczące wszystkich aspektów mikologii: artykuły redakcyjne, oryginalne prace kliniczne, laboratoryjne i doświadczalne, prace kazuistyczne i pogładowe, noty do redakcji, sprawozdania ze zjazdów i komunikaty. Dokładny regulamin ogłaszania prac zamieszczony jest w pierwszym numerze, znajduje się również do wglądu w redakcji "Remedium". Za naszym pośrednictwem redakcja "Mikologii Lekarskiej" apeluje o nadsyłanie prac pod adres: Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii AM, ul. T. Chałubińskiego 1, 50-368 Wrocław.

A.W.

Propedeutyka stomatologii zachowawczej i protetyki

K.M. Lehmann i E. Hellwig

Ukazało się I polskie wydanie tego podręcznika pod redakcją prof. dra Stanisława Potoczka. Jest to tłumaczenie z VII wydania niemieckiego oryginału. Wrocławskie Wydawnictwo Medyczne "Urban & Partner" jak zwykle w solidnej szacie graficznej, na dobrym papierze, czytelną czcionką, z 298 rycinami przekazuje tę książkę zarówno studentom, lekarzom, jak również technikom dentystycznym. Zawiera ona metody postępowania w protetyce stomatologicznej, wiedzę o makro- i mikroskopowej budowie jamy ustnej, jej rozwoju oraz związane przekazaną stomatologię zachowawczą. Na końcu podręcznika znajduje się bogaty wykaz literatury oraz skorowidz rzeczowy. (Do nabycia w Wydawnictwie Medycznym "Urban & Partner", Wrocław, ul. M. Skłodowskiej-Curie 55/61, tel. 22 54 87).

(A.W.)

Intensywna terapia dorosłych

Zbigniew Rybicki

Intensywna terapia jest jedną z najbardziej dynamicznie rozwijających się dziedzin medycyny. Wymaga wszechstronnej wiedzy medycznej, opanowania wielu technik inwazyjnych oraz umiejętności posługiwania się skomplikowa-

waną aparaturą elektroniczną.

Intensywną terapią zajęli się jako pierwsi anestezjodzy, ponieważ najlepiej opanowali techniki i metody podtrzymywania niewydolnego oddechu, który jest dominującą przyczyną wielu stanów zagrożenia życia.

Ogólna znajomość fizjologii, farmakologii oraz umiejętność podejmowania szybkich decyzji sprawiły, że do tej pory anestezjodzy stanowią większość wśród lekarzy zajmujących się chorymi w stanie zagrożenia życia. Znalazło to swój wyraz w nazwie specjalności "anestezjologia i intensywna terapia".

Podręcznik ten jest owocem doświadczeń autora z dwudziestoosmioletniej pracy anestezjologa, w tym ostatnich osiemnastu lat na Oddziale Intensywnej Terapii oraz systematycznego gromadzenia materiałów omawiających wszystkie problemy łączące się z leczeniem chorych w stanie zagrożenia życia.

Wiadomości, na podstawie których powstał ten podręcznik, są nader aktualne. Pochodzą nawet z publikacji z okresu późnej wiosny 1994 roku.

Podręcznik adresowany jest nie tylko do anestezjologów, ale do wszystkich Koleżanek i Kolegów zajmujących się ciężko chorymi, szczególnie neurochirurgów, neurologów, chirurgów i internistów. Pozwoli im to poszerzyć wiedzę o problemy, które od dawna bliskie są anestezjologom.

Wydawnictwo Novus orbis, Gdańsk 1994, 591 s., cena 625 tys. zł.

Medycyna wewnętrzna

Gerd Herold

Jest to tłumaczenie najnowszego wydania (1993) znanego i cenionego w Niemczech repetytorium z interny dla studentów i lekarzy. Napisana w maksymalnie skondensowanej formie (minimum słów - maksimum treści), książka zawiera systematyczny wykład z całego materiału medycyny wewnętrznej, uwzględniający najnowsze zdobycze w zakresie teorii i praktyki. Zwraca też uwagę oryginalny układ graficzny, pozwalający na wyjątkowo przejrzyste przedstawienie omawianych zagadnień. Ułatwia to niewątpliwie przyswojenie treści, a także przypomnienie i usystematyzowanie wiadomości uzyskanych z innych obszerniejszych podręczników interny. Dzięki tym zaletom *Medycyna wewnętrzna* Herolda jest niezbędna dla studentów medycyny i lekarzy przygotowujących się do egzaminów specjalistycznych.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Wrocław 1994, 853 s., cena 372 tys. zł.

Kardiologia praktyczna

R.H. Swanton

Autor wyraża nadzieję, że książka ta stanie się praktyczną pomocą dla lekarzy i pielęgniarzy, stojących w obliczu typowych problemów związanych z opieką nad chorym kardiologicznie. Stanowiąc praktyczny przewodnik musi ona mieć charakter dogmatyczny, a wiele informacji podano w niej w postaci wykazów i tabel, zwłaszcza w podrozdziałach omawiających farmakoterapię.

Wiele działań kardiologii nie znajduje należytego naświetlenia podczas szkolenia klinicznego, dlatego autor chciał wypełnić tę lukę wieloma rozdziałami, np. poświęconym wrodzonym wadom serca, elektrostymulacji czy badaniom laboratoryjnym w kardiologii.

Wielu zabiegów praktycznych, jak np. cewnikowanie serca, nie można się nauczyć z książki, nie włączono więc do niej technicznych opisów tego zabiegu. Omówiono jednak interpretację danych dostarczanych przez pracownię cewnikowania w nadziei, że będzie to z pożytkiem dla lekarzy uczących się kardiologii inwa-

zyjnej. Również wiele aspektów praktycznych, jak echokardiografia, nie sposób szerzej omówić w książce o tej objętości, zamieszczono jednak podstawy odpowiednich wiadomości i objawy częstszych schorzeń serca.

Od czasu ukazania się drugiego wydania dokonał się wielki postęp w wielu dziedzinach kardiologii, a zwłaszcza w leczeniu choroby wieńcowej, niewydolności krążenia, jak i w wiedzy elektrofizjologicznej. Wiele rozdziałów napisano na nowo, by zawrzeć opis nowych metod i farmakoterapii.

Alfa-medica press, Bielsko-Biała 1994, 610 s., cena 199 tys. zł.

Soczewki kontaktowe

Bożena Pankowska, Iwona Wojciechowska

Monografia niniejsza jest po 30 latach pierwszą w języku polskim próbą całościowego przedstawienia zagadnień związanych z soczewkami kontaktowymi.

Każdy rozdział został zaopatrzonej w obszerną bibliografię, która może służyć poszerzeniu interesujących czytelnika wiadomości.

Wydawnictwo Volumed, Wrocław 1994, 190 s., 410 tys. zł.

Podręcznik anestezjologii pediatrycznej

"Wydaje się podręcznikiem bardzo aktualnym w warunkach znacznego rozwoju chirurgii dziecięcej, szczególnie potrzebny w pracy anestesjologicznej. Jego umiarkowana cena jest przykładem pogodzenia wartości naukowych z możliwościami finansowymi lekarzy." (opinia jednej z lekarek)

Praca zbiorowa przygotowana przez 25 autorów z czołowych ośrodków medycznych Francji i Belgii. Stanowi przegląd najnowszych osiągnięć w zakresie tej specjalności. Redaktorzy książki - Cl. Saint-Maurice, I. Murat i C. Ecofey - opracowali jednolity i zwarty układ całości omawianych problemów. Redaktorami naukowymi edycji polskiej są prof. dr hab. Zdzisław Rondio i prof. dr hab. Maria Szymańska-Kowalska, a poszczególne rozdziały tłumaczyli: A. Bilińska, B. Błędowska-Zahia, A. Gurbala, W. Janus, J. Lipka, M. Sosnowska.

Rozwój anestezjologii pediatrycznej w ostatnim dziesięcioleciu przyczynił się nie tylko do umocnienia pozycji intensywnej terapii wśród specjalności medycznych, ale stworzył również nowe możliwości chirurgicznego leczenia dzieci, zwłaszcza najmłodszych. Mająca wieloletnią tradycję pediatria francuska odgrywa wiodącą rolę w całokształcie nauki w zakresie opieki nad dziećmi; wydawnictwa specjalistyczne pochodzące z tego kraju budzą duże zainteresowanie w całej Europie.

Książka składa się z czterech części. W pierwszej przedstawiono fizjologię okresu niemowlęcego i jej odrębności, przygotowanie dziecka do znieczulenia, aparaturę, sposoby monitorowania, zagadnienia równowagi płynowej ustroju dziecka. Druga część poświęcona jest farmakologii środków anestetycznych u dzieci. W trzeciej omówiono praktyczne wykorzystanie aktualnej wiedzy w konkretnych operacjach, porządkując od zabiegów laryngologicznych poprzez operacje serca do przeszczepów wątroby, przedstawiono także postępowanie w przypadku oparzeń. Część ostatnia obejmuje problemy bólu kooperacyjnego i analgezji regionalnej - zagadnienia te w polskiej literaturze fachowej nie były dotychczas szczegółowo rozpatrywane.

Do każdego z 23 rozdziałów załączono obszerny wykaz piśmiennictwa z ostatnich lat, a w jednoznacznym zrozumieniu książki pomocne są czytelne schematy, rysunki, tabele i fotografie.

Książka spełni oczekiwania anestesjologów zarówno rozpoczynających praktykę, jak i lekarzy mających już doświadczenie w pracy zawodowej. Ponadto wypełni lukę w polskim piśmiennictwie dotyczącym anestezjologii pe-

diatrycznej - ostatnia poświęcona tym zagadnieniom publikacja polska pochodzi sprzed dwudziestu lat.

Książka ta w najbliższym czasie ukaże się w sprzedaży.

Nowa farmakologia

Wydawnictwo Medyczne "Urban & Partner" oddało do rąk czytelników I wydanie polskie *Farmakologii* Leonarda S. Jacoba pod redakcją Mariana Wilimowskiego. Jest to tłumaczenie trzeciego amerykańskiego wydania tego podręcznika. Podręcznik ten jest częścią amerykańskiej serii wydawniczej poświęconej podstawowym i klinicznym przedmiotom medycyny. Książki tej serii, opracowywane przez specjalistów i aktualizowane co 2 lata, umożliwiają studentom i lekarzom samodzielną naukę, a końcowy egzamin testowy pozwala sprawdzić zdobytą wiedzę.

Farmakologia Leonarda S. Jacoba w 14 rozdziałach omawiających podstawy farmakologii ogólnej, główne grupy leków a także podstawy interakcji leków oraz trucizny i odtrutki, uwzględnia ostatnie osiągnięcia z dziedziny farmakologii i farmakokinetyki. Każdy rozdział zamykają pytania kontrolne a cały podręcznik kończy egzamin testowy. Książka ta cieszy się w Stanach Zjednoczonych ogromnym powodzeniem, gdyż w sposób wyjątkowo udany łączy zwięzłość z obfitością zawartego w niej materiału.

A.W.

przeczytane

Zdrowie na gminnym garnuszku

Żywiec (Inf.wł.) Wójtowie żywieckich gmin zainteresowani są stworzeniem międzygminnego związku zajmującego się opieką zdrowotną. Zastanawiają się nad finansowaniem szpitala, pomocy doraźnej, a nawet lecznictwa specjalistycznego. Spotkanie poświęcone tej właśnie tematyce zaplanowane zostało na najbliższy poniedziałek (7 XI).

Podstawowa opieka zdrowotna powinna znajdować się w gestii samorządów - przekonuje dr Wiktor Masłowski, szef żywieckiego ZOZ-u. - Decyzje podejmowane przez gospodarza są bardziej efektywne i ekonomiczne. Potwierdzają to doświadczenia zachodnie. Także kilkumiesięczne doświadczenia żywieckiego lekarza domowego są interesujące. Dzięki nowej przychodni lekarza rodzinnego przed miesiącem zlikwidowano tu jeden zespół karetki wyjazdowej. Okazało się, że nie jest potrzebna, zaś oszczędności wynikające z tego posunięcia wynoszą 900 milionów rocznie. Nie zmieniona została liczba karettek wypadkowych wyruszających w nagłych przypadkach. Zgodnie to jest zresztą z kierunkiem zmian. Jak podkreślają sami lekarze, pogotowie nie może być przychodnią na kółkach, jaką jest obecnie, ale prawdziwą pomocą doraźną.

Wszystko wskazuje na to, że kolejnym miejscem gdzie ruszy przychodnia lekarza domowego na Podbeskidziu, będzie Swinna. Trwa tu już adaptacja budynku pod kątem nowych potrzeb. Jak zapewnia dr Masłowski, trafi tam też sporo nowoczesnego sprzętu, który nie został wykorzystany przy wyposażaniu żywieckiej placówki. Lekarze w ciągu 5 minut będą mogli określać podstawowe parametry biochemiczne krwi, wykonywać ogólną analizę moczu czy specjalistyczne badanie EKG.

Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń przy tworzeniu przychodni lekarza domowego zmienić trzeba niemal wszystko. - Lekarz po szkoleniu specjalistycznym i zdobyciu specjalności lekarza domowego nie może wrócić do swojego starego miejsca pracy - przekonuje dr Masłowski.

Przede wszystkim inaczej niż dotychczas wyglądać musi sama rejestracja, zwana recepcją. Pacjent traktowany być musi z szacunkiem już od progu, gdyż jak mówią lekarze, wkrótce będzie on potencjalnym "nośnikiem pieniądza". Według wstępnych szacunków opłata za korzystanie z opieki lekarza domowego wynosić ma około 120 tysięcy złotych rocznie.

Przedruk z "Gazety Śląskiej", 3 listopada 1994r

Wciąż potykamy się o dyskusje na temat przydatności kobiet w zawodzie lekarza. Przed dwoma laty wypowiedział się na ten temat w radiowej audycji słynny chirurg prof. Wojciech Noszczyk. Pracę kobiety jako lekarza ocenił pozytywnie, podkreślając przy tym walory pań w roli pediatrów. Powstaje jednak pytanie, czy konieczne jest werbalne potwierdzenie przez wielkie autorytety stuletniej tradycji aktywności kobiet w zakresie medycyny.

Dziwnej atmosferze, w której z pozoru nikt nie wątpi w równouprawnienie kobiet i ich możliwości intelektualne oraz fizyczne, uległa nawet pani mgr H.Hanczarek - badaczka dziejów feminizacji medycyny. W podsumowaniu swego artykułu pt. *Z historii feminizacji zawodu lekarza w Polsce* zamieszczonego w "Remedium. Biuletynie Dolnośląskiej Izby Lekarskiej", 9-10(51), 1994, s.19, autorka pisze: "(...) feminizacja obniża prestiż społeczny zawodu lekarza i pociąga za sobą zmniejszenie jego efektywności. Wiąże się to z następującymi kwestiami: zawód nie jest głównym terenem aktywności kobiety, w związku z zaabsorbowaniem pracą domową i jej funkcją prokreacyjną". Powyższe twierdzenie wspaniale koresponduje z poglądami Ludwika Rydygiera - wybitnego prof. chirurgii we Lwowie sprzed 100 lat. W specjalnym artykule lwowskiego uczonego pt. *O dopuszczeniu kobiet do studiów lekarskich* wydrukowanym w "Przeglądzie Lekarskim", 1885, nr 7, s.99-102, czytamy: "Biorąc rzecz zasadniczo, to równouprawnienie kobiet z mężczyznanami jest nonsensem, bo się sprzeciwia odwiecznym prawom natury. Dopóki kobieta jest przeznaczona do rodzenia dzieci i karmienia niemowląt, jak na to wskazuje sama budowa jej narządów, to stanowczo ani mowy być nie może o równouprawnieniu z rodzajem męskim. Tak już w całej przyrodzie Pan Bóg rzeczy ułożył, albo kto woli, niech powie, tak już w całej przyrodzie rzeczy się ukstałowały, że role są podzielone nie tylko u ludzi, ale i u zwierząt a nawet roślin.

Dopóki u mnie w Mydlnikach słowik śpiewa i żer przynosi samicy w gniazdku

siedzącej, dopóty ja w równouprawnienie nie uwierzę."

Dalej w artykule Rydygiera następuje szerokie przedstawienie biologicznych uwarunkowań kobiety uniemożliwiającej jej, zdaniem autora, podejmowanie pracy

wyrosną, zanim kobieta zda u mnie egzamin z chirurgii". A Ruppertowa, bardzo przystojna i bardzo rezolutna odpowiedziała: "Panie Hofracie, [tytuł honorowy używany w monarchii austriackiej, Rydygier uwielbiał tytuły i mundury woj-

dują głównie jego szare komórki, a nie pleć. Ponadto, czy rzeczywiście zawód nie bywa głównym terenem aktywności kobiet? Często przecież, wykonywana poza domem praca jest jedynym źródłem samorealizacji osobowościowej. W wię-

przednim przypadku jest ono wynikiem zakorzenionego w naszej kulturze tradycjonalizmu. Można podać wiele przykładów, w których panie w roli np. kierowników katedr wykazały dużo więcej talentu organizacyjnego i twórczej inwencji, niż mężczyźni na tych samych, bądź równorzędnych stanowiskach. W dalszej części wnioskuje, autorka kwalifikuje specjalizację chirurga i ortopedy jako typowo męską i generalnie współczuje kobietom, które wybrały zawód lekarza jako szczególnie trudny i niosący w sobie "poczucie zagrożenia własnego zdrowia, a nawet i życia." No cóż, przecież nikt dzisiaj nikogo nie zmusza do wyboru określonego zawodu, czasy traktorstek dla ludowej ojczyzny też już się skończyły. Medycyna ponadto dzieli się na wiele specjalności i każdy może sobie wybrać odpowiednią dla swoich własnych predyspozycji psychofizycznych.

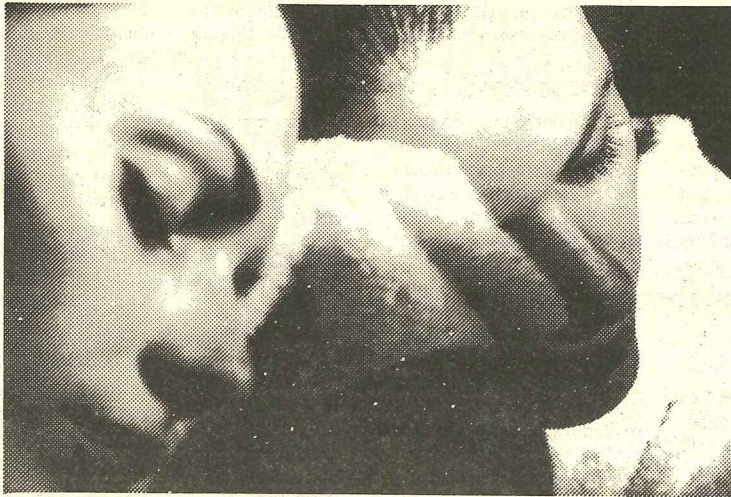
aktualnie problem nie leży w rozpatrzeniu biologicznych uwarunkowań kobiety i mężczyzny, lecz we właściwym ustawieniu polityki społecznej i pewnym przewartościowaniu mentalności. Co właściwie stoi na przeszkodzie, żeby np. na urlop macierzyński szedł ojciec, a nie matka? Polskie prawo dawstwo dopuszcza takie rozwiązanie, ale jest ono niepopularne w społeczeństwie. Ponadto, ojcowie ubiegający się o urlopy na wychowywanie dziecka, a nawet o zwolnienie lekarskie w przypadku choroby dziecka, napotykają na opory ze strony zachowawczej administracji.

Pieć w żadnym wypadku nie może determinować prawa do swobodnego rozwoju, praca zawodowa może być czasem uciążliwa, ale zawsze jest wielką szansą - tak jak całe życie. Na zakończenie chcę wyrazić jeszcze jedną wątpliwość. Mianowicie, nie jestem pewna, skoro już przy tym jesteśmy, czy jakiś mężczyzna przeszedłby losy kobiet walczących o prawo do własnej osobowości z równą wnikliwością, jak to zrobiła pani H.Hanczarek. Praca koleżanki z Katowic pod względem merytorycznym nie budzi zastrzeżeń i jest bardzo interesująca.

Czy już coś wiadomo o szarych komórkach u kobiet?

Wanda Wojtkiewicz-Rok
Zakład Historii Medycyny
AM we Wrocławiu

zawodowej. Niepokój przed konkurencją zawodową ze strony płci pięknej, Rydygier poza zacytowanym artykułem, rozla-dowywał na bieżąco w sali wykładowej, gdzie wśród stu słuchaczy medycyny siedziały w 1900 r. cztery maturzystki z Krakowa. Wywoływał mianowicie jedną z nich podczas wykładu i w ramach demonstracji jednostki chorobowej, zlecał owej studentce badanie pacjenta - mężczyzny, *per rectum*. Innej, w tych samych okolicznościach, kazał scewnikować młodego mężczyznę. Pikanteria doboru przypadków chorobowych od demonstracji, niewątpliwie uatrakcyjniała narrację, wyrażała jednocześnie stosunek wykładowcy do słuchaczek. Ale już w tamtych, trudnych (bardziej niż dziś) latach, zdarzały się kobiety śmiało stawiające czoła przeciwnościom stwarzanym przez zachowawczych profesorów. "Otóż na egzamin do Rydygiera zgłosiła się córka krakowskiego bakteriologa prof. Odon Bujwida, Kazimiera Ruppert. Egzamin zdawano wobec licznego audytorium studentów. Rozpoczynając odpytywanie, profesor zwrócił się do Ruppertowej słowami: "Oto zgłasza się do mnie córka prof. Bujwida i myśli, że jako córka profesora zda u mnie egzamin... Przedtem tu mi włosy na dłoni



skowe W.W-R] (...) włosy na dłoni pana profesora wprawdzie nie wyrosną, ale zapewniam pana, że córka Bujwida zda egzamin, bo jest przygotowana z chirurgii". Egzaminował ją długo. Po godzinie Ruppertowa wstała i oświadczyła, że ma małe dziecko i że zbliża się czas kamienia, wobec czego musi pójść do domu. Oczywiście pełno było śmiechu na sali. Ruppertowa wyszła i dopiero następnego dnia zdała egzamin." (cyt. zaczerpnięty z pamiętnika H.Mierzeckiego pt. *Czasy i klimaty*, maszynopis znajduje się w archiwum PAN).

Z poglądami lwowskiego "Hofrata" nie ma potrzeby dziś polemizować. Ale dlaczego pani H.Hanczarek uważa, że feminizacja obniża prestiż jakiegokolwiek zawodu. Wydaje się, że o przydatności społecznej człowieka decy-

kszości przypadków, w obecnej dobie kobiety nie cierpią z tego powodu, że nie gotują zupy, martwią się jedynie, jeżeli zupa nie jest ugotowana. Jest to więc sprawa właściwego, uczciwego podziału obowiązków w rodzinnej społeczności i zerwania z przesądami, a nie, jak pisze Rydygier, przez Boga ustalony porządek. Wspomniana wyżej Ruppertowa, jak również znane mi kobiety współczesne, urodziły nie jedno ale np. troje dzieci i nie chcą rezygnować z zawodowych ambicji.

Kolejny punkt z artykułu pani Hanczarek brzmi: "...w większości zawodów, w tym zawodzie lekarza, kobiety mają utrudnioną drogę do stanowisk kierowniczych." Trudno się z tą tezą nie zgodzić, niestety takie zjawisko istnieje, ale nie wpływa ono przecież z umysłowej ograniczoności płci żeńskiej, lecz jak i w po-

U 30-letniego mężczyzny wystąpiły nagle silne bóle barku prawego. Lekarz w przychodni rozpoznał "stan zapalny okołostawowy barku prawego w obserwacji". Zlecił lek butapirazol w maści i tabletkach oraz zalecił noszenie kończyny na temblaku. Kontrolne badania, przeprowadzone po trzech dniach wykazały "dalszy obrzęk i bóle przy ruchach". Lekarz przedłużył choremu zwolnienie z pracy na kolejne 4 dni. Jednakże chory zgłosił się u niego już następnego dnia, gdyż - jak twierdził - odczuwa bóle nie do wytrzymania. Skierowany został do szpitala, na Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii. Był to piąty dzień choroby, 14 kwietnia, wtorek Wielkiego Tygodnia.

Podczas przyjęcia do szpitala chory podał lekarzowi w wywiadzie, że odczuwa narastające bóle barku i ramienia prawego, które wystąpiły bez uchwytnej przyczyny, zwłaszcza bez poprzedzającego urazu. Miejscowo lekarz ortopeda stwierdził obrzęk i zniekształcenie obrysów stawu barkowego i ramienia prawego ze zwiększeniem uciepnięcia skóry, bolesnością samoistną i dotykową oraz znaczne ograniczenie odwodzenia kończyny górnej prawej. Temperatura ciała chorego wynosiła 37,4 st.C., leukocytoza 15.000, badanie rtg stawu barkowego prawego nie wykazało "zmian urazowych". Zastosowano leczenie - miękkie opatrunk De-soulta oraz leki: metindol, mydocalm i mefacit.

W środę, czwartek i piątek (15, 16 i 17 IV) lekarze i pielęgniarki nie odnotowali w dokumentacji chorego niepokojących objawów. Utrzymywały się jedynie bóle barku i ramienia, które powodowały częste, zwłaszcza nocami, doraźne podawanie leków przeciwbólowych (pyralgin, fortal). Temperatura ciała chorego wzrastała w godzinach popołudniowych do 38-39 st.C., natomiast spadała rano, tętno wynosiło około 100/min. Wykonano zlecone badania dodatkowe: kontrolną leukocytozę - 13,300, OB-29/61, w moczu obecność białka 1,8

Czy okres świąteczny sprzyja leczeniu?

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

g/l i w osadzie krwinki białe (2-6 wpw) i w kontrolnym: białka - 4,25 g/l i w osadzie dość liczne walczki gruboziarniste w preparacie.

Zona chorego zaniepokojona była stanem męża. W swych późniejszych zeznaniach podała, że leczenie męża polegało jedynie na założeniu opatrunku (nie zdejmowanego do śmierci); potem nie interesowano się już nim. W szpitalu panował bałagan i luźna, przedświąteczna atmosfera, lekarze zajęci byli wypisywaniem chorych ze szpitala. Nie mogła uzyskać konkretnych informacji o stanie zdrowia męża. W piątek zwróciła się do ordynatora - ten zapewnił ją, że stan męża nie budzi niepokoju, gdyż nie jest zły. Pielęgniarki twierdziły natomiast, że stan męża nie jest dobry.

Nadeszły święta. Na oddziale zostało tylko kilku obłożnie chorych i jeden lekarz - najmłodszy, nie posiadający specjalizacji asystent. Miał on upoważnienie do codziennego, telefonicznego kontaktu z ordynatorem. W sobotę i niedzielę (18 i 19 IV) lekarz odnotował u chorego "bliżej

Z KRONIK MEDYCyny SĄDOWEJ

niesprecyzowane bóle mięśni, szczególnie barku prawego, ból nadbrzusza o miernym nasileniu, brak apetytu, przyspieszony oddech, tętno wahające się na wysokości 110/min". Temperatura ciała była wysoka (powyżej 39 st.C) wieczorem, spadała rano. Pielęgniarki odnotowały skargi na bóle i niepokój. W sobotę i w nocy z soboty na niedzielę doraźnie podały: pyralgin, antineuralgin, hydroxyzynę, sinequan i fortal.

Zona chorego była coraz bardziej zaniepokojona. Ani w sobotę, ani w niedzielę nie mogła znaleźć na oddziale lekarza, a pielęgniarki twierdziły, że stan jej męża jest "krytyczny". Skontaktowała się w końcu z lekarzem w poniedziałek (20 IV) i razem poszli do chorego. Kobieta twierdzi, że lekarz nie zbadał męża, mimo że zwracała uwagę na jego "dziwny oddech, spoconą skórę i zmienioną cerę". Zapytała nawet, czy mąż nie ma zapalenia płuc. Lekarz z kolei twierdził, że zbadał chorego i stwierdził jedynie bolesność barku i nadbrzusza. Chory był niespokojny i podał, że 3 dni nie oddał stolca. Zdaniem lekarza stan chorego w ciągu całego dyżuru świątecznego nie zmienił się i był na tyle dobry, iż nie widział potrzeby wzywania ordynatora. Objawy, tj. niepokój, pocenie się, przyspieszenie oddechu i tętna wiązał z "reakcją nerwicową". Zlecił jednak dodatkowe leki: allugastrin, sinequan, spasmophen i amplicillinę.

Stan chorego, w tym samym dniu, pie-

leśniarki oceniły inaczej. Odnotowały: "Stan chorego pogorszył się, ma duże trudności w poruszaniu się, jest apatyczny i zbytnio nerwowy". Kolejny zapis pielęgniarek w nocy z poniedziałku na wtorek (20/21 IV): "niespokojny, apatyczny i histeryczny, RR.120/70, tętno 160/min., oddech przyspieszony, skargi na bóle wszystkich mięśni i trudności w poruszaniu się, temp.38,8 st.C."

Wczesnym rankiem we wtorek (21 IV) pielęgniarka obejmująca dyżur stwierdziła u chorego: "szybki oddech, przyspieszone tętno, ból w okolicy klatki piersiowej, cera ziemista, przyżółcona. Po chwili od pogorszenia stanu, pacjent zrobił głęboki wdech i ustała akcja serca. Natychmiast przystąpiono do akcji reanimacyjnej. Po 15 minutach przerwało, ponieważ nie było rezultatów. Leków nie podawano, zespołu reanimacyjnego nie było, ponieważ lekarza nie można było odnaleźć pod żadnym numerem telefonu. Zgon nastąpił o godz. 7.40". Taki opis sporządziła pielęgniarka. A oto opis lekarza: "7.20 nagle zatrzymanie krążenia i oddechania bez poprzedzających objawów - podjęto akcję reanimacyjną, od której odstąpiono po stwierdzeniu obecności znamion pośmiertnych".

Została wykonana patomorfologiczna sekcja zwłok chorego. Lekarz obducent stwierdził: ropowicę okolicy barkowej prawej, zlewające się, obustronne, odo-

skrzzelowe zapalenie płuc, z licznymi ropniami i włóknikowo-krwotocznym zapaleniem opłucnej, przyćmienie mięszone nerek, wątroby i mięśnia sercowego, zapalenie tchawicy i oskrzeli, septyczną śledzionę.

Zona złożyła w prokuraturze skargę na lekarzy. Prokurator całość sprawy przesłał do Zakładu Medycyny Sądowej celem wydania opinii oceniającej prawidłowość postępowania lekarskiego.

Opiniowana opinia była jednoznacznie niekorzystna dla lekarzy. Zdaniem biegłych popełniono błąd lekarski: diagnostyczny, leczniczy i organizacyjny. Nie będą cytowała tej oceny, podkreślono w niej jednak, że opieka nad chorem nie była dostateczna, objawy i wyniki badań zostały źle zinterpretowane, a stosowane leczenie było niewystarczające i nie mogło zapobiec rozwojowi ropnego schorzenia barku i jego powikłań. Jako przyczynę śmierci chorego przyjęto ropowicę w obrębie barku prawego, powikłaną ogólnym zakażeniem, w szczególności zmianami zapalno-ropnymi w płucach z następową niewydolnością krążeniowo-oddechową. Zespół musiał również podać, że zmiany zapalno-ropne okołostawowe nie doprowadzają zazwyczaj do zejścia śmiertelnego, o ile zostaną prawidłowo rozpoznane i prowadzone jest prawidłowe leczenie. Nieprawidłowe postępowanie lekarskie co najmniej zmniejszało szanse na uratowanie życia chorego. W świetle powyższego przypadku odpowiedź na pytanie postawione w tytule brzmi: okres świąteczny nie sprzyja leczeniu. Nie opieram tego twierdzenia na pojedynczym przypadku. Takich przypadków w praktyce medyka sądowego jest wiele. Można nawet twierdzić to poszerzyć na dni wolne od pracy tj. sobotę i niedzielę. Najmniej korzystne dla chorego jest przyjęcie go do szpitala po południu w piątek. Zdaje się, że do poniedziałku nie są przeprowadzane konieczne dla danego przypadku badania dodatkowe i specjalistyczne, i nie zawsze jest to obojętne dla przebiegu schorzenia i jego skutków.

W prasie o służbie zdrowia

Przegląd artykułów, 12.10.-25.11.



RZECZPOSPOLITA

Kredyt uruchomiony

"Trzydzieści milionów marek z Polsko-Niemieckiego Banku SA we Frankfurcie nad Menem jest pierwszą transzą 200-milionowego (USD) kredytu, nad spożytkowaniem którego czuwać ma resort zdrowia." "Pieniądze będą wykorzystane na zakup aparatury medycznej, przede wszystkim dla szpitali rejonowych, oraz na dokończenie inwestycji służby zdrowia w 23 województwach." (*Kredyt dla służby zdrowia*, 15.11.)

Zdrowie, czyli luksusowy towar

W tym roku z budżetu państwa przeznaczono na ochronę zdrowia 91 bilionów złotych. Kwota ta porównując ceny stałe, wynosi nieco więcej niż 51% tego, co państwo wydało na ten cel cztery lata temu." "Na początku kadencji minister Żochowski twierdził, że jeśli nie ma pieniędzy w budżecie, to spróbuje znaleźć je poza nim." "Dwa razy: ubiegłej zimy i tego lata, nie udało mu się jednak przekonać rządu [...], by przekazał na ochronę zdrowia pieniądze uzyskane z podwyższonego podatku akcyzowego za tytoń i alkohol." "Minister Żochowski o pieniądzach na 1995 rok powiedział 'Rz', że 'będzie trochę lepiej niż w tym'. Przyznał jednak, że owo 'lepiej' dotyczy głównie wynagrodzeń pracowników. Niektórzy wojewodowie zaś, w ramach swoich budżetów, zaplanowali na potrzeby zdrowia mniejsze kwoty niż w tym roku." "W 'strategii' zapisano, że aby poprawić kondycję służby zdrowia, niezbędne jest: wprowadzenie obowiązkowych i powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych poprzedzone określeniem, które ze świadczeń medycznych mają być gwarantowane przez państwo ze środków publicznych; oparcie podstawowej opieki medycznej na umiejętnościach lekarza rodzinnego oraz powierzenie jej samorządom terenowym." "Ministerstwo przygotowało projekt ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. Ryszard Żochowski powiedział niedawno, iż uzyskał polityczną zgodę na rozpoczęcie zasadniczych reform." (*Zdrowie to towar z ceną*, 15.11.)

SŁOWO POLSKIE

Konferencja samorządu pielęgniarskiego

"Przy trudnej sytuacji kadrowej pielęgniarek i położnych oraz przy obniżaniu nakładów finansowych na służbę zdrowia niemożliwe jest prowadzenie indywidualnej opieki nad pacjentem, więc nie może on czuć się bezpiecznie i być zadowolony z usług tzw. średniego personelu medycznego" - powiedziała podczas konferencji prasowej (10.11.) Ludmiła Domagała, przewodnicząca Rady Izby Pielęgniarek i Położnych woj. wrocławskiego i legnickiego. (*Chory nie czuje się bezpiecznie*, 11.11.)

Bonifratrzy chcą odzyskać szpitale

Bonifratrzy to Zakon Szpitalny Św. Jana Bożego, bracia miłosierdzia wyspecjalizowani w posłudze chorym. Od kilku lat starają się oni o odzyskanie szpitali, które do lat 50 naszego wieku były ich własnością. W Prowincji Wrocławskiej były to szpitale (11) m.in. przy ul. Traugutta i na Poświętnem we Wrocławiu, w Namysłowie, Ścinawie, Ząbkowicach Śl., Raciborzu, Pilchowicach koło Gliwic. (*Zakon braci szpitalnych*, 21.11.)



DZIENNIK POŁUDNIOWOZACHODNIEJ POLSKI

Moja choroba

"Gazeta Robotnicza" wprowadziła nową rubrykę w wydaniu piątkowym: publikuje wypowiedzi czytelników o "ich chorobach, ich dobrych i złych lekarzach, kłopotach z leczeniem, opiece medycznej itp." W numerze z 18 listopada pierwsze wypowiedzi.

Protest aptekarzy

Wrocławscy farmaceuci oplakatowali apteki solidaryzując się ze swoimi kolegami z województw

gdańskiego i elbląskiego, którzy na kilka godzin zamknęli apteki. Aptekarze protestują przeciwko stałym podwyżkom cen leków, wprowadzeniu marż degeneracyjnych i przeciwko zmniejszaniu nakładów na ochronę zdrowia. (*Protestują aptekarze*, GR, 23.11.)

Rodzic po ludzku...

W numerze (14.11.) artykuł pt. *Badam tkliwie*, m.in. "prokuratura przez dwa lata nie mogła znaleźć biegłych, aby ocenili, czy ordynator w 24 wypadkach naraził noworodki na utratę życia."

W numerze (21.11.) o "praktycznej rewolucji", czyli zmianach w położniczym Szpitalu Praskim w Warszawie: wiosną br. w szpitalu przeprowadzono remont i modernizację, zlikwidowano osobny oddział noworodkowy, od lipca jest wyłącznie *rooming in*.

Jak wcześniej odkryć

Alzheimera

Naukowcy z harwardzkiej Akademii Medycznej wpadli na prosty sposób wykrywania nieuleczalnego schorzenia centralnego układu nerwowego, zwanego chorobą Alzheimera. Okazało się, że mocna reakcja źrenic na krople tropicamidu może być jednym z pierwszych objawów tej choroby. (*Wykryć Alzheimera*, GW, 15.11.)

Leki inaczej

Resort zdrowia proponuje nowe zasady rejestracji i refundacji leków oraz ustalania na nie cen, m.in. aby wyśokość sumy, jaką ma dostawać ze skarbu państwa wojewoda na refundację kosztów zniżkowych leków aptekarzom, była uzależniona od liczby mieszkańców, ich wieku i sytuacji epidemiologicznej województwa. Ministerstwo chce także wprowadzić ceny leków negocjowane zamiast obecnych urzędowych. (*Revolucja rynku leków*, 23.11., *Gospodarka lekami*, SP, 22.11.)

Zgoda na recepty

Wojewoda wrocławski zgodził się na zmianę aneksu do umowy refundacyjnej z aptekarzami. Ustalono, że termin płatności faktur aptekarzy przypada po 15 dniach od złożenia ich, właściciele największych aptek muszą się skomputeryzować do 1.04.1995 r., wojewoda wskazuje podmiot gospodarczy, który ewentualnie kupi wierzytelności apteki. (*Kompromis na receptę*, 16.11.)

Ponadto w gazetach:

* *Firmy jednego sezonu* (R, 25.10.). Artykuł na temat jakości sprzętu i materiałów medycznych znajdujących się na polskim rynku.

* *Ceny leków negocjowane* (GW, 26.10., *Nowe ceny za leki*, R, 25.10.). Informacje o 5-procentowej podwyżce leków od 7 listopada.

* *Życie z SM* (GW, 27.10.). Artykuł dotyczy życia chorych na stwardnienie rozsiane w Krajowym Ośrodku Rehabilitacyjno-Mieszaniowym w Dąbku koło Mławy.

* *Przeszczepy w sytuacji moralnego przymusu* (R, 1.11., *Pomagać aż do śmierci*, GW, 1.11.). Rozmowa z prof. dr hab. Eleonorą Zielińską z Uniwersytetu Warszawskiego i artykuł - na temat projektu ustawy o pobieraniu i przeszczepianiu tkanek i narządów.

* *Przez żołądek do zdrowia* (GR, 18.11.). Rozmowa z drem n.med. płk. Zbigniewem Ceglarskim., ordynatorem Oddziału Gastrologicznego Szpitala Wojskowego we Wrocławiu, nt. zapobiegania i leczenia chorób wrzodowych.

* *Walka o stołek* (SP, 20.11.). Artykuł dotyczący sporu ordynatorskiego w Szpitalu im. Falkiewicza we

Wrocławiu (Brochów) - na oddziale ginekologiczno-położniczym."

* *O szpitalu, który sam piecze chleb* (GR, 21.11.) Wojewódzki Szpital Neuropsychiatrii w Krośnicach prowadzi piekarnię, masarnię i zakład rolny, w ten sposób uzupełniany jest budżet szpitalny.

* *Zdrowie na Śląsku* (R, 22.11.). W Katowicach odbyła się międzynarodowa konferencja naukowa "zapobieganie kalectwu dzieci w Górnśląskim Okręgu Węglowym" - pierwsza z cyklu spotkań, dzięki którym powstaje program profilaktyczny: jak przeciwdziałać i zapobiegać niepełnosprawności śląskich dzieci.

* *Miliardy dla zdrowia?* (GR, 23.11.). Wojewoda Janusz zaleski wystąpił do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej o dodatkowe 60 mld zł na oddłużenie służby zdrowia województwa wrocławskiego.

* *Wygrać ze śmiercią* (GD, 18.11.). Relacja z I Krajowego Zjazdu Unii Towarzystw Chirurgicznych, który odbył się we Wrocławiu.

* *Szpilki cisa na raka* (R, 24.11.). "Francuzi opatentowali lek Taxotere - będący ekstraktem ze szpilek cisu europejskiego. Spośród wszystkich leków pochodzenia roślinnego jest on najbardziej skuteczny, powstrzymujący rozwój nowotworów płuc oraz nowotworów jajników i piersi u kobiet."

* *Dusza idzie do nieba* (SP, 18.11.). Artykuł dotyczy problemów transplantologów z uzyskiwaniem narządów do transplantacji.

* *Pamięć jak cis, pamięć jak zdrowie* (R, 16.11.). A.

Fandrejewska pisze o Fundacji do Walki z Rakiem Pamięci Marka Dobasa.

* *Oflagowane karetki* (GD, 16.11.). Od października trwa spór zbiorowy pomiędzy "Solidarnością" Wojewódzkiej Kolumny Transportu Sanitarnego w Wałbrzychu a dyrekcją przedsiębiorstwa. Przedmiotem sporu jest przede wszystkim wysokość premii, od dwóch miesięcy zmniejszona z 10% do 5%.

* *Nauka bez granic* (16.11.). Prof. Bogumił Halawa, kierownik Katedry i Kliniki Kardiologii AM we Wrocławiu otrzymał nagrodę Kolegium Rektorów za pracę na rzecz integracji wrocławskiego środowiska naukowego. nagroda przyznawana jest co roku w Święto Nauki (15.11.).

* *Trudne powroty: HIV* (GR, 15.11.). Rozmowa z dr Małgorzata Ingłot z Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu nt. AIDS.

* *Życ z insulina* (GR, 14.11.). Dzień 14 listopada obchodzony jest jako Światowy Dzień Cukrzycy.

* *Anonimowe testy* (GR, 14.11.). Od 15 listopada przez miesiąc we wszystkich miastach wojewódzkich będą prowadzone wśród młodzieży w wieku 18-25 lat dobrowolne, anonimowe i bezpłatne testy na obecność wirusa HIV.

* *Piers a demokracja* (GD, 10-11.11.). Artykuł przedstawia wałbrzyski Wojewódzki Szpital Ginekologiczno-Położniczy.

(kz)



ARTYKUŁY DENTYSTYCZNE
I OGÓLNO-MEDYCZNE

ul. Barlickiego 16, tel. 22-39-45

Zapewniamy pełne wyposażenie
gabinetów stomatologicznych w
materiały i sprzęt.

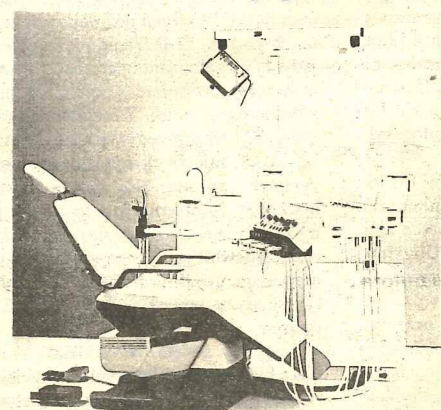
Informujemy, że rozszerzyliśmy ofertę o materiały firmy



Do końca 1994 roku 5% rabatu.

Specjalna oferta dla państwowych jednostek
służby zdrowia.

Wszelkie formy płatności.



Zapraszamy w godzinach od 8.00 do 17.00, w soboty od 8.00 do 14.00.

KOMPUTER W MEDYCYNIE

Michał Sroka

- Cześć. Jesteś dzisiaj chyba niewyspany. Masz czerwone oczy i nie tęgą minę. Tak, jakbyś przed chwilą się obudził.

- Zgadza się. Dostaliśmy nowy komputer do prac graficznych. Przerzecz, wykresy, plakaty i inne tego

wsie to jest tak, że jeżeli w czasie instalacji (czyli "wgrzywania" na twardego dysk) program nie wykryje podłączonej myszy, to nie udostępni odpowiedniego sterownika, nawet jeżeli tę mysz później podłączysz. Musisz wtedy uruchomić jeszcze raz tzw. SetUp (robisz to tym razem z wnętrza programu) i zainstalować odpowiednią mysz. Odpowiednią, bo jest ich do wyboru ok.10. Najlepiej wybrać opcję: Microsoft, or IBM PS/2. Większość myszy będzie działać także przy ustawieniu: Genius serial mouse on COM1.

Co jeszcze? Aha, niekiedy mimo poprawnej instalacji, nie widać kursora myszy na ekranie. Zdarza się to m.in. wtedy, gdy usiłujemy ją podłączyć do

Komputerowe

okienka

typu sprawy. Z uwagi na stosunkowo niską cenę, dokupiliśmy jeszcze tzw. pakiet firmowy, zawierający oprócz DOS-u, Windowsa jeszcze edytor tekstu QR-Tekst i jakiś program handlowy. Całość kosztowała dużo poniżej ceny samego DOS-u i Windowsa, ale kupowanych oddzielnie. Ciekawa sprawa.

- Tak, ale w pierwszym przypadku otrzymasz zainstalowane już na dysku programy i do tego umowę licencyjną. Nic więcej. Po prostu kupujesz jedynie prawo użytkowania tych programów. Bywa, że po awarii twojego komputera, nie mając dyskietek źródłowych, jesteś zmuszony do programy "spiratować" od kolegi. I wygląda na to, że robisz to całkiem legalnie. W drugim natomiast przypadku oprócz licencji otrzymasz cały zestaw: pudełko, dyskietki instalacyjne oraz - co najważniejsze - kompletną dokumentację. Z twojego opisu wynika, że kupiliście jedynie licencję na użytkowanie programów. Jest to coraz częściej praktykowana forma ich sprzedaży. Ale wracając do twojej pracy - nad czym tak długo śleczaliście nocą?

- Mieliśmy problemy z instalacją Windows. Wziąłem dyskietki do domu. Wydawało się, że wszystko jest w porządku. A tu niespodzianka: nie mogłem zainstalować myszy. Nie wiadomo z jakiego powodu. Próbowaliśmy różnych sztuczek. Załadowałem kilka różnych sterowników dołączanych na dyskietce z myszką. W Nortonie wszystko chodziło bez zarzutu. W Windowsie - ani śladu kursora myszki.

- Przepraszam cię. Czy w czasie instalacji Windowsa, myszka była już podłączona do komputera?

- Czy była podłączona? Chyba... wiesz, chyba jednak nie była, bo pamiętam, że Andrzej długo oglądał ją przy oknie. Ale dołączyłem ją później.

- Widzisz, z myszką w Windo-

komputera już po starcie Windowsa. Jest to złamanie żelaznej zasady, która mówi, że wszelkie podłączanie i odłączanie urządzeń dodatkowych do komputera jest dozwolone jedynie po jego wyłączeniu. Poza tym, podobnie jak przy pierwszej instalacji Windowsa, przy każdym jego starcie myszka musi być już podłączona. Inaczej program jej nie dostrzeże. Jeszcze jedna uwaga: czasem się zdarza, że kursor myszy skacze po ekranie (a raczej po jego obrzeżach) jak zwariowany i reaguje na każdy ruch w sposób całkowicie nieskoordynowany. Najczęstszą przyczyną jest omyłkowe, umyślne a najczęściej bezmyślne przełączenie znajdującego się na obudowie suwaczka z pozycji 2 na 3 (klawisz). Aby już zakończyć ten temat, powiem jeszcze, że myszka powinna mieć odpowiednią podkładkę (osobiście używam takiej z gąbki powleczonoj materiałem) oraz powinna być utrzymywana w czystości. Raz na jakiś czas (np. co miesiąc), należy wyjąć z niej kuleczkę i wymyć ją pod kranem. Warto też wtedy zajrzeć do jej łoży i w razie potrzeby przemyć spirytusem widoczne po bokach wałeczki. Jeszcze jedna rzecz już na sam koniec: wgrzywanie różnego rodzaju sterowników z dołączonych do myszy dyskietek oraz jej uruchamianie na poziomie DOS-u (kursor o kształcie prostokątka jest dobrze widoczny zwłaszcza w Nortonie), nie ma dla Windowsa żadnego znaczenia, a jedynie zajmuje pewną część pamięci operacyjnej. Windows wykorzystuje do tego celu własny sterownik.

Informacja jako element rozwoju w kontekście quasi-filozoficznym część II

dr n. med.
Kazimierz Gwóźdź

Jak już powiedziano, kod genetyczny jest największą znaną koncentracją informacyjną (jeden bit jest określony przez 35 atomów zawartych w DNA) i w przeciwieństwie do obwodów scalonych wielkiej skali integracji, gdzie do uzyskania jednego bitu potrzeba struktury rzędu tysięcy bilionów atomów, stanowi przekaz dziedziczności, umożliwiający autokreację biologiczną.

Obecnie zakłada się istnienie w oparciu o ponad 100000 genów dwóch torów przemian, tj. energomaterii oraz informacji. Wzajemne sprzężenie tych torów realizowane jest przez OUN jako centralnie sterujący biokomputer, spełniający rolę ośrodka dowodzenia.

Podział osobowości na egzodynamiczną (ekstrowertywną) oraz endodynamiczną (introwertywną) jest również podyktowany specyfiką metabolizmu informacyjnego na szczeblu centralnego systemu nerwowego. Na przykład, egzodynamicizm oznacza dominację emisji informacji, a jego przedstawiciele to odkrywcy, twórcy szkół naukowych i artystycznych, pionierzy, trybuni ludowi, ludzie sztuki.

Endodynamicizm to przewaga recepcji informacji, a jego przedstawiciele to ludzie o nastawieniu kontemplacyjnym, mistycznym, analitycznym.

Teleologiczność reakcji organizmu wyraża się m.in. w cyklach ustrojowych (biorytmy), jak również w fakcie, że ustrój jako całość jest systemem nieliniowym, nieredukowalnym do swych części.

Niektóre zjawiska, jak np. pewne stany funkcjonowania mózgu można przedstawić za pomocą zależności wiążących je z metabolizmem informacji, entropią informacji, etc.

Jeżeli człowieka uznajemy za układ biocybernetyczny w skali mikro, to *per analogiam* społeczeństwo należy widzieć jako układ biocybernetyczny w skali makro. W tym ujęciu społeczeństwo jest dynamiczną siecią informacyjną, złożoną w określonej hierarchii z podmiotów biocybernetycznych, lecz nieredukowalną do nich, co wskazuje na złożoność zjawiska socjocybernetycznego, jakim jest populacja ludzka.

Rozważania powyższe m.in. mają na celu zarysowanie pewnych aspektów bytu osobniczego i społecznego, nie oznaczają jednak stanowiska redukcjonistycznego na wzór istniejącego w przeszłości fizykalizmu.

Nie optując bynajmniej za jakąś formą "cybernetyzmu", należy podkreślić, że przynajmniej częściowo podejście cybernetyczne wydaje się dostarczać owoce w pewnym zakresie metod opisu i wyjaśnienia zachowań jednostek i społeczeństwa. Ponadto należy zauważyć, że ze względu na swoje podstawowe pojęcia, zwłaszcza pojęcie informacji w wielopoziomych, hierarchicznych

mechaniczny, fonograf - zapis elektroakustyczny, fotografia i film - zapis optyczny, magnetofon i magnetowid oraz dysk EMC - zapis magnetyczny, płyta cyfrowa EMC, hologram - zapis laserowy.

Przetwarzanie informacji

Liczydła mechaniczne: Abak (3000 lat p.n.e.), liczydło klasyczne (2600 p.n.e.), arytometr 2 * dz. (B.Pascal - 1642), arytometr 4 * dz. (W.G.Leibnitz - 1696), machina analityczna (Babbage - 1833), liczydła elektro-mechaniczne: arytometr elektryczny, automatyczny z pamięcią, liczydła elektroniczne: MC - generacja 0, Zuse - 1936, EMC - gener. I - 1946, EMC - gener. II, EMC - gener. III, EMC - gen IV - 1975, EMC - gen V - 1986, optyczne komputery.

Metabolizm informacji, dając człowiekowi poczucie świadomości, powoduje, że jest on nie tylko *ens cogitans*, ale i *ens agens*, co oznacza, że jest nie tylko widzem, ale również aktywnym, w coraz większym stopniu, współtęaktorem przemian świata.

Im więcej ustrój odbiera biosygnaliów, tym ma pełniejszy odbiór otaczającego świata, aczkolwiek nadal jest to odbiór fragmentaryczny, na poziomie spostrzegania zmysłowego. Gdyby mózg posługiwał się logiką nie dwuwartościową, a wielowartościową, nasze przetwarzanie informacji byłoby zupełnie inne, a tym samym inny byłby obraz postrzegania świata, aczkolwiek również byłby on cząstkowy.

Nadmienić wypada, że od ok. 40 lat próbuje się interpretować świat jako układ opisywany logiką nieklasyczną, tj. wielowartościową, rządzącą się odmiennymi prawami. W związku z tym stwarza się modele obrazów świata na poziomie kwantowym.

Nie jest przesadą teza, że nieradko nieprawidłowa wymiana informacji, ujawniająca się pod postacią konfliktów werbalnych, które często indukują i utrwalają negatywne stereotypy zachowań, jest przyczyną głębokich podziałów religijnych, etnicznych, światopoglądowych, klasowych, zawodowych, rodzinnych. Obieg informacji jest podstawą koncepcji tłumaczących pojęcie czasu psychicznego i tzw. przetrzeni psychospołecznej, warunkującej ludzkie postawy i motywacje.

Istnieją podstawy, by sądzić, że im bardziej społeczeństwo jako dynamiczna struktura cechuje się swobodnym przepływem uporządkowanej informacji, tym bardziej stanowi ono zorganizowany byt, zarówno pod względem materialnym jak i duchowym.

układach, metoda cybernetycznego opisu stanowi w miarę wiarygodną interpretację dla całościowego, holistycznego ujmowania rozważanych podmiotów i układów żywych.

Społeczeństwo stanowi najwyższy poziom organizacji w przyrodzie, legitymując się wysokim metabolizmem informacji, niższy poziom - to jednostkowa organizacja biologiczna, jeszcze niższy - to poziom fizykochemiczny, przy czym między tymi poziomami nie należy stosować uproszczonych odwzorowań informatycznych. Stopień logistyki wymiany biosygnaliów między członkami społeczeństwa determinuje siłę jego więzi, a więc świadomość tożsamości.

Społeczeństwo, będąc wysoko zorganizowanym układem, jest nieredukowalne do swoich elementarnych składników, tj. poszczególnych osobników, jest ono dynamicznym systemem informacyjnym, który znaczy więcej, aniżeli suma arytmetyczna jego członków.

W ogóle każdy dialog między ludźmi, względnie ich grupami, jest swoistym transferem informacji i sygnaliów o różnym zabarwieniu emocjonalnym i często z podtekstem.

Poniższe uproszczone zestawienie chronologiczne stara się przedstawić w układzie trzech zasadniczych modułów władania informacją, przesyłania, magazynowania i przetwarzania tejże, ewolucję wymiany informacji, która niewątpliwie stymuluje postęp w skali historycznej rozwoju ludzkości.

Przesyłanie informacji

Fonicznie: dźwięki nieartykułowane, dźwięki artykułowane (ok. 300 wieków p.n.e.), akustycznie: instrumenty perkusyjne (tam-tam), optycznie: ogień, mechanicznie: goniec, koń, kołowe, wodne i powietrzne środki lokomocji, elektromagnetycznie: telegraf (wynaleziony w 1837), telefon (1876), radio (1914), telewizji (1937), dalekopis - przesyłanie plus magazynowanie informacji, elektromagnetycznie spójnie: laser.

Magazynowanie informacji

Rysunki naskalne (ok. 180 wieków p.n.e.), język mówiony jako magazyn informacji (tradycja przekazów ustnych informacji, brak materialnych nośników), język pisany (kody, znaki, pismo na materialnych nośnikach), ideogramy, hieroglify i piktogramy, alfabet, liczby, druk - zapis

Słowniczek

CLIPBOARD VIEWER - program do przeglądania zawartości bufora.

CONTROL PANEL - zestaw programów do konfigurowania parametrów systemu, takich jak: kroje pisma, kolory, porty, mysz, klawiatura, znaki narodowe, zegar i jego ustawianie oraz kilka jeszcze innych.

WRITE - prosty edytor, będący "na wyposażeniu" Windowsa. Przydatny do tworzenia prostych tekstów.

PRINT MANAGER - program do ustawiania parametrów drukowania.

FILE MANAGER - program do przeglądania, usuwania, zmiany nazwy i uruchamiania plików.

Redakcja działu:
Dr inż. Kazimierz Frączkowski (tel. 66 04 74), dr inż. Marek Lubicz,
lek. Jacek Kubica, lek. Michał Sroka (tel. centr. 256-115)

LISTY

Dr n.med. Barbara Bruzewicz-Mikłaszewska
przewodnicząca Komisji Współpracy z Zagranicą

Szanowna Pani Doktor

Uprzejmie dziękuję za miły i zupełnie niespodziewany list z 11 października. Dziękuję za życzliwe słowa odzwierciedlające chyba duże podobieństwo w postawach psychologicznych i estetycznych do tego, co reprezentuje doktor Piotrowski i ja.

Nie wszystkie z przestanych przez Panią Doktor materiałów stanowią przyjemną lekturę. Z przyjemnością, a i pewnym zdumieniem wciąż odkrywam dla siebie grupę, którą Pani reprezentuje - wystąpienie doktora Piotrowskiego, jego sprawozdanie ze zjazdu, Wasz piękny śpiewnik, obecna wymiana korespondencji; z drugiej strony prawie z niedowierzaniem muszę zaakceptować istnienie postaw jakże odmiennych, a reprezentowanych przez załączoną kopię z "Medyka", pióra jednego ze współautorów artykułu opublikowanego w londyńskim "Tygodniku". Domyślam się, że brak komentarza ze strony Pani Doktor implikuje przekonanie, że zapewne widzę go tak jak i Pani.

Rozmawiałem telefonicznie z doktorem Szynasiukiem i nie mamy żadnych obiekcji co do publikacji jego artykułu i mojego listu.

Na koniec dodam, że Federacja skupiająca "tylko" cztery związki (zapomniano dodać, że są to wszystkie założycielskie) już po jubileuszu, jak Pani Doktor wiadomo, powiększyła się o związek amerykański z Waszyngtonu, a kilka tygodni temu przyjęliśmy do swojego grona również bardzo duży i silny związek lekarski z Chicago.

Łączę wyrazy szacunku i serdeczne pozdrowienia
dr Kazimierz Nowak

Pan
dr n.med. Włodzimierz Bednorz
Przewodniczący Dolnośląskiej
Rady Lekarskiej

Niniejszym informuję, że protest Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podjęty na posiedzeniu w dniu 13 października 1994 roku przekazałem do Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia.

Z poważaniem
Adam Struzik
marszałek senatu

Leon Handzel

Leon Handzel doktor medycyny, magister filozofii, ur. 19.05.1921 r. w Wapienicy. W 1952 r. ukończył studia lekarskie w Akademii Medycznej we Wrocławiu oraz studia filozoficzne z zakresu muzykologii w Uniwersytecie Wrocławskim. Stopień doktora medycyny uzyskał w 1959 r. na podstawie pracy pt. *Akustyczna analiza samogłosek w mowie głuchoniemych dzieci przy pomocy aparatu Visible Speech*, habilitację z zakresu laryngologii w 1965 r. na podstawie pracy pt. *Zagadnienie kształcenia się czynników muzycznych w mowie dzieci słyszących, niedosłyszących, z resztkami słuchu i głuchych*.

Od 1951 r. asystent, starszy asystent i adiunkt, a od 1966 docent, od 1982 profesor nadzwyczajny w Katedrze i Klinice Otolaryngologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. W latach 1951-1955 kierownik Ośrodka Foniatrycznego przy Centralnej Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego we Wrocławiu. W okresie 1955-1971 kierownik Ośrodka Badawczo-Leczniczego Foniatrycznego przy Klinice Otolaryngologicznej, a od 1972 r. kierownik Samodzielnej Pracowni Foniatrii Instytutu Chorób Układu Nerwowego Narządów Zmysłów Akademii Medycznej we Wrocławiu.

W latach 1954-1959 kontynuował studia nad strukturą akustyczną i czynnikami muzycznymi głosu i mowy w Klinice Foniatrycznej Wydziału Lekarskiego i w Zakładzie Fonetyki Filozoficznego Uniwersytetu w Pradze. W 1968 r. odbył podobne studia na Oddziale Foniatrycznym Kliniki Laryngologicznej Uniwersytetu w Bazylei.

Współredaktor czasopisma "Informacje Foniatryczne", współzałożyciel Sekcji Foniatrycznej Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów.

Był wiceprezydentem Unii Europejskich Foniatorów, członkiem Zarządu Komisji Budowy i Odbudowy Głosek Ludzkich Międzynarodowego Towarzystwa Fonetyków, wiceprzewodniczącym Zarządu Sekcji Foniatrycznej PTOL, prezesem Koła Terenowego Związku Kompozytorów Polskich we Wrocławiu, członkiem Międzynarodowego Towarzystwa Logopedów i Foniatorów, Międzynarodowego Towarzystwa Muzykologów, Komisji do Spraw Fizjologii i Patologii Głosu, Słuchu i Mowy oraz Sekcji Akustyki Muzycznej Komitetu Akustyki PAN. Autor rozdziału "Rehabilitacja mowy, głosu i słuchu, i słuchu głuchoniemych, i niedosłyszących" w monografii *Rehabilitacja głuchych* (PZWL, 1973) oraz rozdziału "Fizjologia i patologia głosu jako podstawowe problemy foniatrii" w podręczniku *St.Iwankiewicz Otolaryngologia dla studentów medycyny i stomatologii* (PZWL, 1973).

Odnaczone: Odznaką XV-lecia Wyzwolenia Dolnego Śląska, Złotą Odznaką Zasłużony dla Dolnego Śląska, Odznaką Budowniczego Wrocławia, Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

Główne kierunki jego badań to: fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy, metod rehabilitacji zaburzeń głosu, słuchu i mowy, głuchota wieku dziecięcego, fizjopatologia głosu śpiewaczego.

W 1985 r. po ciężkiej chorobie przeszedł na wcześniejszą emeryturę. Zmarł 3.11.1994 r.

Jan Domagała



Jan Domagała urodził się 29 kwietnia 1930 r. w Katowicach.

W latach 1950-1955 studiował na Akademii Medycznej we Wrocławiu, gdzie otrzymał dyplom lekarza. W okresie studiów pracował jako higienista w szkole podstawowej.

Od roku 1955 był zatrudniony na Oddziale Chirurgii Wojewódzkiego Ośrodka Onkologicznego we Wrocławiu. Tam w 1960 r. uzyskał I stopień specjalizacji z chirurgii.

Doktor Jan Domagała pracował od 1963r. w Szpitalu im. Kazimierza Dłuskiego na Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej. W rok później uzyskał II stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej, a w 1971 roku z torakochirurgii.

W latach siedemdziesiątych łączył obowiązki zastępcy ordynatora oddziału z pracą w pogotowiu ratunkowym.

Był jednym z pierwszych lekarzy dyżurujących w karetce reanimacyjnej. W tym też okresie sprawował opiekę medyczną nad Klubem Sportowym Pafawag. Pracę zawodową dzielił z pracą społeczną. Był radnym i przewodniczył Komisji Zdrowia w Radzie Narodowej Wrocław Fabryczna.

Doktor Jan Domagała był wybitnym specjalistą w zakresie chirurgii klatki piersiowej. Wykształcił rzeszę lekarzy chirurgów, torakochirurgów i specjalistów chorób płuc.

W 1982 r. objął ordynaturę Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej, po przedwczesnym zmarłym profesorze Eugeniuszu Rogalskim.

Na oddziale tym stworzył wspaniałą atmosferę, w której wysoce specjalistyczne działania diagnostyczne i terapeutyczne współgrały z bardzo ludzkim i ciepłym podejściem do pacjenta. Chorzy darzyli go zaufaniem, a podwładni szacunkiem i sympatią.

Był autorem wielu publikacji naukowych.

Poprzez działalność w Instytucie Gruźlicy włączył się w program rządowy walki z nowotworem płuc.

Był odznaczony Krzyżem Kawalerskim Odrodzenia Polski, Srebrnym Krzyżem Zasługi, Odznaką Budowniczego Wrocławia i Zasłużonego dla Dolnego Śląska.

4 listopada 1994 r. śmierć przerwała Jego drogę życiową. Ubyło nam wspaniałego chirurga, doskonałego lekarza - diagnostę, człowieka wielkich zalet charakteru: uczciwości, rzetelności, pracowitości.

Żegnamy w Doktorze Janie Domagale naszego Dobrego Opiekuna, Doradcę i Przyjaciela.

lekarze Dolnośląskiego Centrum Gruźlicy i Chorób Płuc

Koleżance Irenie Bagińskiej wyrazi głębokiego współczucia z powodu śmierci

Meża

składają:
koleżanki i koledzy z Koła DIL przy Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że w dniu 28 października zmarła nasza droga koleżanka

lekarz Maria Popkow.

Współpracownicy z Wojewódzkiego Zespołu Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że 15 listopada 1994 roku zmarł

dr med.stom. Andrzej Wołczański

zasłużony adiunkt Katedry i Zakładu Protetyki Stomatologicznej AM we Wrocławiu, nauczyciel i wychowawca wielu pokoleń stomatologów, ceniony lekarz, oddany bez reszty pracy społecznej.

Rodzinnie zmarłego wyrazi współczucia składają koleżanki i koledzy z Koła Stomatologów DIL przy AM i PSK

Stopnie specjalizacyjne uzyskali

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

stomatologia ogólna

Alicja Strzałkowska
Zdzisław Kuc, Zespół Publicznych ZOZ, Twardogóra
Liliana Gawrońska-Kuc, Zespół Publicznych ZOZ, Twardogóra

Jarosław Laskowski, Wojewódzki Zespół Szpitalno-Sanatoryjny Chorób Płuc, Oborniki Śląskie

Izabela Kolcz, ZOZ Wrocław Fabryczna

Elżbieta Rakowska, Wojewódzki Zespół Szpitalno-Sanatoryjny Chorób Płuc, Oborniki Śląskie

Maciej Kowala

Marzena Karasińska, Centrum Ortodontyczno-Stomatologiczne, Wrocław

Dorota Salomon

Anita Tyburkiewicz, ZOZ Wrocław Krzyki

Elżbieta Sommer, Torf-Corporation, Wrocław

Elżbieta Mackiewicz, ZOZ Wrocław Krzyki

Cezary Karski, Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej, Wrocław

Cecylia Kaniak, ZOZ Wrocław Fabryczna

Beata Lewicka, ZOZ Oława

Liliana Kamionka, ZOZ dla Szkół Wyższych, Wrocław

Tomasz Kotynia, ZOZ Strzelin

Magdalena Zalwert, Katedra i Zakład Ortodontyki AM, Wrocław

Elżbieta Czabajka, Obwód Lecznictwa Kolejowego, Wrocław

Danuta Murawska, ZOZ Wrocław Krzyki

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Jacek Podhorski-Okołów, ZOZ Wrocław Fabryczna

Absolwenci AM we Wrocławiu z 1975 roku

Zawiadamiamy, że III Zjazd Wydziału Lekarskiego AM we Wrocławiu z roku 1975, odbędzie się w dniach 2-4 czerwca 1995 roku w ośrodku wypoczynkowym "Sana" w Polanicy Zdroju. Zgłoszenia z aktualnym adresem prosimy przysyłać do dnia 31 stycznia 1995 roku pod adres: Biuro Podróży "Profi-Tour" A. Jaworski, 50-149 Wrocław, ul. Wita Stwosza 28, tel./fax (071) 324-51, tel. (071) 44-58-99.

**OGŁOSZENIA
O PRACY**

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego ul. Wojska Polskiego 21, 58-500 Jelenia Góra, tel. 264-62, 231-01
zatrudni:
- dwóch lekarzy w zespole wyjazdowym,
- dwóch lekarzy w zespole "R".
Oferujemy bardzo dobre warunki płacowe.

Dom Pomocy Społecznej w Rościszewicach, ul. Polna 84, tel. 101-038, 102-583
zatrudni lekarza psychiatrę lub lekarza po stażu pragnącego zdobyć tę specjalizację.

W prywatnej praktyce lekarskiej "Diagnosis" zatrudnię w ortodontę i onkologa. Praca w godzinach przedpołudniowych. Kontakt: Adam Iwaszko, Dzierżoniów, Osiedle Różane, ul. Sikorskiego 11, tel. 31-93-90 w godz. od 8.00 do 19.00.

ZOZ w Brzegu Dolnym, ul. Sienkiewicza 1, tel. 19-23-10 lub 19-22-20 zatrudni do pracy w Pogotowiu Ratunkowym lekarza w pełnym wymiarze godzin lub na dyżury.

Zarząd Gminy Zawonia zatrudni lekarza internistę lub chcącego specjalizować się w dziedzinie interny w Wiejskim

Ośrodka Zdrowia w Czeszowie. Informacja: Urząd Gminy w Zawonii, tel. 12-81-93. Oferujemy mieszkanie w Czeszowie 80 metrów kwadratowych (3 pokoje).

ZOZ Krzyki, Wrocław, ul. Preflicza 22, tel. 61-30-31
zatrudni neurologa.

Gminny Ośrodek Zdrowia w Osiecznicy zs. w Kliczkowie przyjmie do pracy stomatologa. Oferujemy mieszkanie i dobre warunki płacowe. Zainteresowanych prosi się o kontakt z kierownikiem GOZ w Kliczkowie. Kontakt: 59-724 Osiecznica, Kliczkow 38, tel. Osiecznica 103 lub Bolesławiec 12-103.



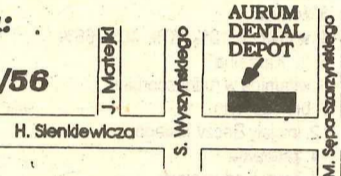
**AURUM
DENTAL
DEPOT** Sp. z o.o.

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**



tel. (071) 722-309

Zjazd koleżeński

W sobotę 10 czerwca 1995 r. odbędzie się Jubileuszowy Zjazd Koleżeński z okazji 50-lecia rozpoczęcia studiów w r. 1945 na wydziale lekarskim uniwersytetu we Wrocławiu, oraz 45-lecia absolutorium na wydziale lekarskim Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Prosimy o zgłaszanie uczestnictwa pod adres:

Ewa Bohdanowicz, Klinika Hematologii i Chorób Rozrostowych Dzieci, ul. Bujwida 44, 50-345 Wrocław

Ogłoszenia drobne

Sprzedam fotel oraz inny używany sprzęt ginekologiczny. Kontakt: Wałbrzych, tel. 212-39

Stomatolog 31 lat, 180/77, kawaler polskiego pochodzenia, na stałe zamieszkały w Niemczech pozna miłą pannę z wykształceniem medycznym. Zdjęcie mile widziane. Oferty proszę przesyłać pod adres redakcji z dopiskiem "Arkadiusz".

Sprzedam: elektrokardiografy, rentgeny, audiometr, aparat do narkozy. Kontakt: Wrocław, tel. 67-28-70.

Sprzedam unity zachodnie. Tel. (071) 73-95-77

**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

File 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
Bożena Popielawska
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jan Adamus)

Legnica
pl. Słowiański 1,
59-220 Legnica
tel.(876) 662-03
Stanisława Płatnicka
wtorek
8.00-16.00
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jerzy Malkiewicz)

**Klub "Remedium"
zaprasza**

Informujemy, że istnieje możliwość organizowania w klubie DIL zjazdów, spotkań towarzyskich itp. Klub dysponuje salą konferencyjną na 200 osób oraz salą na 60 osób. Na miejscu bufet. Zapewniamy obsługę gastronomiczną.

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
(czwartek 14.00 - 15.00)
Zdzisław Plamieniak
(środa 13.00 - 15.00)

Sekretarz
Maciej Przeszalski
(wtorek 13.00 - 15.00)

Skarbnik
Andrzej Szmid
(wtorek 13.30 - 14.30,
czwartek 11.00 - 14.00)

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Zynda (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 Placy
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 Terytorialnym i
Prywatyzacji**
Ryszard Łopuch
(czwartek 10.00)

Komisja Współpracy z Zagranicą
Barbara Bruziewicz-Miklaszewska
(trzeci piątek miesiąca 13.00 - 15.00)

Członkowie Koła Lekarzy Seniorów spotykają się w ostatni piątek miesiąca o godz. 12.00
Grupa Lekarzy 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 medycznej, sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, środków opatrunkowych, komputerów, konkursów na ordynatorów i dyrektorów, i wszelkich innych związanych z lecznictwem.

"Remedium" ukazuje się co miesiąc i wysyłane 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 ZEWNETRZNA OKŁADKA
1=	40 modułów	19 200 000	28 600 000
1/2=	20 modułów	9 600 000	14 300 000
1/4=	10 modułów	4 800 000	7 150 000
1/8=	6 moduły	2 880 000	4 290 000
1/16=	3 moduły	1 440 000	2 145 000
1 moduł (4x5 cm)		480 000	715 000

UWAGA!!!

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

Istnieje możliwość indywidualnego negocjowania cen.

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

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

Komitet redakcyjny:

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 adiacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 24 listopada 1994 r.

Skład komputerowy i druk:
Norpol-Press sp. z o.o., tel.255634, ul. Żmigrodzka 107, Wrocław.

HOROSKOP



Wodnik

Trzeba wziąć kawał marmuru i odrąbać wszystko, co w nim niepotrzebne.

(August Rodin)



Ryby

Kto nabytą wiedzę pielęgnuje, a nową bez ustanku zdobywa, ten może być nauczycielem innych.

(Konfucjusz)



Baran

Człowiek musi do wszystkiego dorastać sam. I do stosowania przymusu wobec siebie - także sam.

(Maria Dąbrowska)



Byk

Mądrość polega na tym, aby wyłączyć rzeczy nieistotne.

(przysł. chińskie)



Bliźnięta

Abyśmy mogli być szczęśliwi, trzeba, aby naszemu szczęściu zawsze czegoś brakowało.

(Henri Stendal)



Rak

Nawet największe pustynie mają swoją wiosnę, choćby najkrótszą i niedostrzegalną.

(Ivo Andrić)



Lew

Każdy człowiek ma jakąś rację, tylko nie każda racja wychodzi na zdrowie.

(przysłowie)



Panna

Kto ma ogień w sercu, ten ma dym w głowie.

(przysł. niemieckie)



Waga

Kultura to to, co zostaje w człowieku, gdy wszystko zapomni.

(przysł. japońskie)



Skorpion

Większość ludzi stawia szczęście za warunek. Szczęście znajdzie jednak tylko ten, kto nie stawia żadnych warunków.

(Artur Rubinstein)



Strzelec

Z kim nie można milczeć, z tym też nie powinno się rozmawiać.

(Georg Stammer)



Koziorożec

Człowiek chętnie podziwia to, czego nie rozumie.

(Józef de Maistre)

ZAPISKI EMERYTA

Logika wysokiego piętra

Filmy z amerykańskich sfer urzędniczych uczą, że im wyższy rangą dyrektor, tym jedzie dłużej do góry windą. Obserwując rozkład wizyt domowych w osiedlowej przychodni mógłbym przypuszczać, że lecę samych dyrektorów generalnych. Moi pacjenci bowiem mieszkają przeważnie na 3-4 piętrze - bez windy! Ci z parteru rzadko chorują! Może to i prawda, że żyły wodne im wyżej, tym silniejsze (tajfuny są tego najlepszym dowodem). Człowiek więc człapie na starość w górę, dyszy ciężko, ręce się

trzęsą nie ze strachu ale ze zmęczenia. I co tam leży pod powagą? Zawał. Ci z pogotowia będą mnie przeklinać. A jeśli to nie jest zawał? Przeklnie mnie lekarz dyżurny. Lekarz musi jednak postępować nielogicznie - kiedyś na mój dyżur przyjechała tramwajem młoda, 45-letnia kobieta ze skierowaniem na oddział. Spojrzałem na rozpoznanie i mało "nie dostałem *suicidium*". Kobieta na skierowaniu miała napisane: *tętniak rozwarstwiający*. Gdyby ta nieszczęsna naprawdę miała to co na skierowaniu, to ta doorka za puszczenie jej tramwajem

poszłaby na kilka lat na obs (odosobnienie bardzo samotne). Ale pewnie bała się ośmieszenia przez pogotowie, może ulitowała się nad sanitariuszami bo 5 piętro, może rodzina (chora) oglądali film o tętniakach w wieżowcach. A w ogóle to dobrze mieszkać na 4-5 piętrze. Przynajmniej jest gymnastyka codzienna. Kiedyś na czwartym, w oficynie, przyszedłem do Cyganów. Okropnie psioczyli na pogotowie - starszej pani nie zabrano do szpitala. Synowie, duże chłopiska, kotlarze, nieco już wstawieni, byli gotowi do czynnego wstawienia się za matuchną. Odstawiłem więc popisowe badanie wg zasad studenckich (przedwojennych) i wypisałem oczywiście skierowanie do rejonowego szpitala. Nikt mi pewnie nie uwierzy, ale ta pani miała naprawdę odoskrzelowe zapalenie płuc. Długo pamiętałem jednak nastrój z tej ponurej oficyny.

dr Józef-emeryt

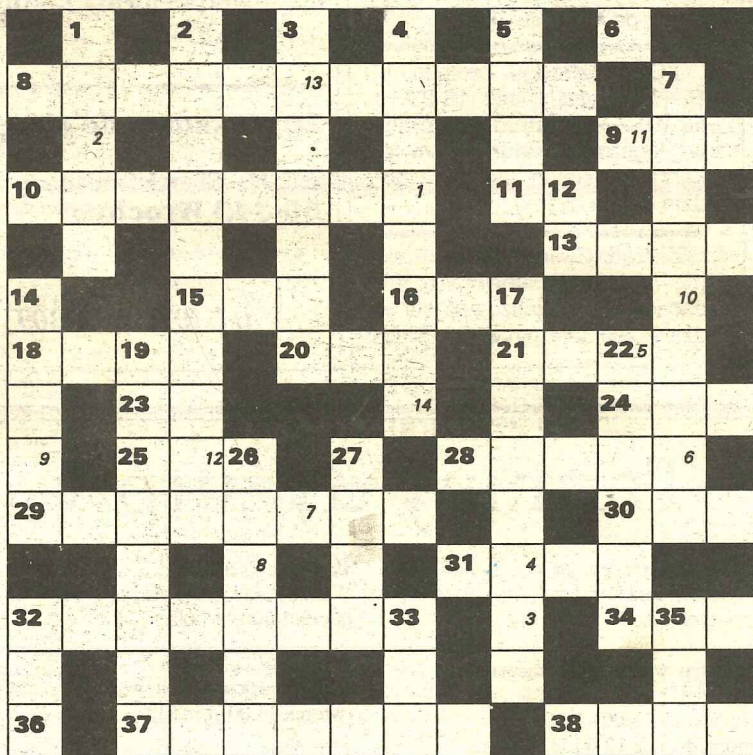
Krzyżówka z hasłem

Pionowo

- ograniczony ubytek tkanki
- przerzut
- żrenica
- w inienji: 10%, 20%, 40%, 66%
- "... Karenina"
- witamina w rutinoscobinie
- brak apetytu
- inicjały Baczyńskiego
- katarakta
- środek odurzający
- glikozyd nasercowy
- "Przystanek..."
- tasemiec
- trądzik
- splywa rzeką
- np. płaskonablonkowy
- nasza izba

Poziomo

- haernia
- kw. dezoksyrybonukleinowy
- krzywicz albo z paciorkami
- jej oddziały rozpoczęły powstanie warszawskie
- potocznie o obręczy barkowej
- jego związki służą jako rodenitycydy
- prawy dływ Wisły
- ... destilata
- bije inne kolory
- napój alkoholowy
- figura w kartach
- popularny narkotyk lat 70-tych
- jednostka ilości informacji
- obrzeże lasu
- obręki uogólnione
- ogród z drzewami owocowymi
- górski
- stopień wojskowy w artylerii
- ... Sari
- jednostka powierzchni
- tytoń w proszku
- Salvadore



OPR. "J-23"

Litery z pół ponumerowanych od 1 do 14 oznaczonych utworzą rozwiązanie

(opr. "J-23")

Hasło prosimy przysłać pod adres: Dolnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław.

Wśród nadawców prawidłowych

odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Hasło-rozwiązanie krzyżówki wrześniowo-październikowej brzmi "Dendryty".

Nagrody wylosowali: Wanda Szuleka z Wrocławia, Ludmiła Andruszko z Karpacza i Henryk Drzygalski z Boguszowa

Uśmiech w białym fartuchu

W gabinecie stomatologa.
- Panie doktorze, czy to prawda, że pan potrafi bezboleśnie wyrwać zęby?
- Niestety nie zawsze. Wczoraj na przykład podczas wrywania zwichnąłem sobie rękę.

Aleksander Dumas - ojciec, został zaproszony na obiad przez pewnego lekarza, który każdego z gości prosił o wpis do tzw. książki gości. Dumas wziął książkę i napisał:

"Od czasu, kiedy doktor zaczął leczyć mieszkańców naszego miasta, trzeba było zamknąć miejscowy szpital..."

- Pan mnie przecenia - zauważył gospodarz.

Dumas uśmiechnął się i dokończył rozpoczęte zdanie: "... i otworzyć dwa nowe cmentarze."

Lekarz bada chorego milionera. Wokół łóżka chorego zebrała się liczna grupka spadkobierców. Jeden z nich po zakończeniu badania pyta:

- Panie doktorze, czy są jakieś nadzieje?

- Nie ma żadnych! - odpowiada lekarz.
- To tylko lekka grypa...

Jeden ze znanych polskich lekarzy słynął z umiejętności dowcipnego przeprowadzania rozmów z pacjentami.

Pewnego razu skarżył się pacjent:
- Panie doktorze, dzisiaj znowu mam temperaturę poniżej 36 stopni...

- Cóż z tego - odpowiada lekarz - nie musi się pan martwić, będziemy się martwić, jak będzie poniżej zera...

Dwóch znajomych spotyka się na ulicy przed apteką:

- O! Jest pan chory?
- Czyżbym aż tak źle wyglądał?
- Nie, skądże, ale widziałem; jak wychodził pan z apteki.
- A gdybym wychodził z cmentarza, to sądziłby pan, że umarłem...?

Na stoku góry w Zakopanem jeden z narciarzy złamał sobie nogę. Nieznajomy próbuje go pocieszyć:

- W tutejszym szpitalu jest podobno miody i zdolny chirurg, który znakomicie radzi sobie w takich przypadkach.
- Dziękuję za pocieszenie. Ten chirurg, to właśnie ja!

