



MEDIUM

BIULETYN DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1425-9397

MAJ 1996

Nr 5 (70)

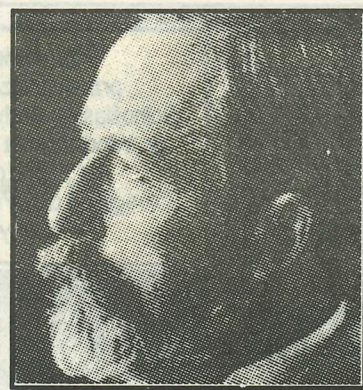


Budzi się wiosna

Jak zmniejszyć ryzyko zawału serca?

Jemy za dużo tłustych wędlin, smarujemy masłem, smażymy na smalcu, nie pamiętając, że tłuszcze zwierzęce są główną przyczyną wzrostu syntezy cholesterolu w organizmie. Jeśli używamy tłuszczu - powinniśmy wybierać tłuszcze roślinne: margaryny do smarowania, oleje do smażenia (jeśli musimy smażyć, bo zdrowszą, zalecaną formą jest grillowanie). Tłuszcze roślinne zawierają wielonienasycone kwasy tłuszczowe, aktywnie obniżające poziom cholesterolu we krwi, a więc tym samym są zdrowsze.

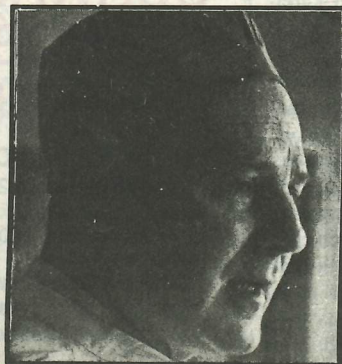
Według danych z 1994 r. w przeciętnej polskiej dziennej racji pokarmowej spożywamy 330 - 400 mg cholesterolu. Oznacza to, że limit ustalony przez WHO na poziomie 300 mg dziennie przekraczany jest o 10 - 30 %.



str. 12

Wielki chirurg wrocławski

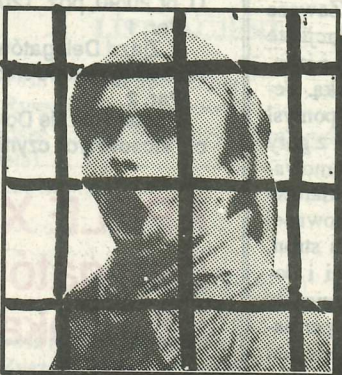
Jan Mikulicz-Radecki urodził się w 1850 r. w Czerniowcach, gdzie też ukończył gimnazjum. Medycynę studiował na Uniwersytecie Wiedeńskim, gdzie uzyskał dyplom lekarza i tytuł MD i rozpoczął pracę w klinice profesora Teodora Billrotha - chirurga światowej sławy. W 1882 roku na podstawie pracy o GENU VALGUM uzyskał habilitację.



str. 3

Jacy jesteście? Dokąd zmierzamy?

Czy nasze środowisko jest zintegrowane? Tak sądzi duża część społeczeństwa. Ale to jest tylko mit. Jest więcej podziałów niż myślimy, i będą się one nasilać. Swoje interesy mają pracownicy Akademii Medycznej, szpitali, przychodni, a zupełnie inne lekarze prywatnie praktykujący.



str. 11

Czy pobyt w areszcie zaszkodził?

55-letni mężczyzna złapany został na gorącym uczynku nielegalnego handlu alkoholem (działo się to w latach 80 - tych). Funkcjonariusze Policji przewieźli go do Komisariatu i zamierzali zatrzymać w areszcie.



**Andrzej
Wojnar**
Szpalta

Naczelnego

Dzisiaj zaczne jak w bajce. Przed wieloma laty, za górami, za lasami był - był dyrektor dużego ZOZ-u z prawie 1700-osobową załogą. Był lekarzem i miał zastępcę magistra inżyniera. Współpracowało im się doskonale. Oba związki oraz oba raczkujące wtedy samorządy zawodowe nie miały do nich większych zastrzeżeń. Wręcz przeciwnie. Pełna sielanka. Od tego czasu dyrektorzy naczelni przychodzili i odchodzili, a magister inżynier trwał na posterunku. Dzięki niemu szpital wychodził obronną ręką z różnych opresji finansowych, karetki pogotowia miały co wlewać do baku, w przychodniach był sprzęt jednorazowy, a co najważniejsze było czym nakarmić chorych i było czym ich leczyć. Mijały lata. Bywały długie okresy, gdy podczas choroby naczelnego rządził ZOZ-em magister inżynier. W szpitalu w tych ciężkich czasach, gdy nie było pieniędzy na nic załatwił nową ekologiczną kotłownię na olej, spalarnię odpadów, chłodnię na zwłoki, centralną tlenownię... Dwoił się i troił. Zorganizował stanowiska pracy dla niepełnosprawnych uzyskując w ten sposób fundusze na aparaturę i sprzęt. I oto nie tak dawno powołano go na dyrektora innego ZOZ-u, a jego zastępcą został lekarz. I znowu nie liczył godzin pracy, a i w domu zamiast wreszcie odpocząć czy zająć się jakimś hobby opracowywał projekty zmian i ulepszeń oraz programy dostosowawcze do aktualnej sytuacji budżetowej służby zdrowia. Ostatnio próbował kontraktów, nie wyszło, ale coś robił, próbował. Zawsze opierał się na konsultacji ze związkami zawodowymi i izbami lekarską i pielęgniarską. Teraz wpadł na nowatorski pomysł umów specjalizacyjnych, z góry stawiających nowo przyjmowanych do pracy lekarzy w klarownej sytuacji. Jasno unormowanej prawnie sytuacji dla obu stron, przy pełnej elastyczności i dobrowolności. Za czarownicę w tej historii może "robić" permanentny brak pieniędzy, ale ten fakt nie ekscytuje już dziś nikogo, a poza tym nie jest to bajka, tylko samo życie. Bohater tej szpalty mieszka w bloku, jeździ ostatnio fiattem cinquecento i nigdy nie otrzymał od władz żadnego odznaczenia za pracę w służbie zdrowia. Natomiast lekarzem dyrektorem ZOZ-u, o którym wspominałem na początku dzisiejszej bajki - nie bajki był autor tego felietonu, więc za prawdziwość faktów ręczę.

A morał? To już zadanie dla Ciebie Czytelniku. Moim zdaniem są przynajmniej dwa.

**Przemówienie
przewodniczącego
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr. Włodzimierza Bednorza
na VI Zjeździe
Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych**



Pragnę przekazać wszystkim koleżankom i kolegom pozdrowienia od samorządu lekarskiego. W Zjeździe naszej

Izby, który odbył się przed miesiącem uczestniczyła pani prezes Dolnośląskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, bo przecież nasze problemy są wspólne. Korzystając z obecności pani minister w Kancelarii Prezydenta - Barbary Labudy proszę ją o pośrednictwo w przekazaniu panu prezydentowi podziękowań za to, że idea samorządów została na wniosek pana prezydenta i jego przedstawicieli doceniona i uwzględniona w projekcie nowej konstytucji. Projekt ten w punkcie 13 jednoznacznie definiuje rolę samorządów zawodowych w systemie prawnym naszego kraju. Chciałem także panią minister prosić o dalsze wspieranie projektu ustawy o kasach chorych, który wniósł do Sejmu poprzedni prezydent. Samorząd Lekarski jednoznacznie popiera projekt prezydenta Wałęsy o kasach chorych. Uważamy, że obecnie tylko ten projekt zapewnia samodzielność tych kas i daje pacjentowi możliwość wyboru lekarza, zakładu służby zdrowia, i wszystkiego tego co jest dla niego najlepsze. Wszyscy chcemy, żeby pieniądze szły za pacjentem. W tej

chwili jest to sprawa pałaca, ponieważ w bardzo wielu miejscach każe się pacjentowi płacić w dziwny sposób i z dziwnych przyczyn. Dolnośląska Izba Lekarska podjęła akcję protestacyjną, by uświadomić pacjentom, że płacą w wielu miejscach bez uzasadnienia. Każdy pacjent, który zapłaci za usługi medyczne, dostanie karteczkę w formie listu i pośle ją do ministra zdrowia z prośbą, aby ten zwrócił mu pieniądze, które wymuszono na zakup cegiełki czy inną opłatę. A "wymuszono" od niego dlatego, że środki na wydatki rzeczowe w polskiej służbie zdrowia są za małe w stosunku do potrzeb. Mówi się, że 80 proc. pieniędzy na służbę zdrowia pochłaniają wydatki na płace. Wnioski z tego są oczywiste albo płace są za duże, albo środki rzeczowe są skandalicznie małe. My wiemy, że to środki rzeczowe są skandalicznie małe. Dlatego aby służba zdrowia funkcjonowała dyrektorzy muszą się uciekać do nieformalnych działań i to jest nasza bolączka. Celem naszej pracy jest chory człowiek, który w izbie przyjęć nie może myśleć czy ma zapłacić za

cegiełkę, czy nie? Czy zostanie przyjęty do szpitala, czy nie i czy będzie leczony. Uważam, że ten system musi się zmienić, a najlepszą formą będzie przejście na system kasy chorych, taki projekt został opracowany przez "Solidarność". Na posiedzeniu prezydium DIL 28 marca poparliśmy jednoznacznie obecną akcję protestacyjną "Solidarność" w sprawie podwyżek dla służby zdrowia w tegorocznym budżecie. Kolejny rząd chce oszukać biały personel, białą sferę budżetową. Sfera niebieska i sfera zielona dostanie dużo większe podwyżki. Obecnie, mimo że jest coraz cieplej, a dochód narodowy wzrasta, o czym mówiła pani senator Maria Berny, nasza sfera nie ma się z czego cieszyć. Nie widzę bowiem żadnej zależności między poprawą kondycji finansowej państwa a poprawą kondycji finansowej służby zdrowia!

Przemówienie Włodzimierza Bednorza było kilkakrotnie przerywane oklaskami, w miejscach, które obecni uznali za szczególnie trafnie określające sytuację służby zdrowia, a także po słowach o poparciu akcji protestacyjnej. (EP)

UCHWAŁY I APELE X ZJAZDU DELEGATÓW DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ we Wrocławiu podjęte 24 lutego 1996 roku

UCHWAŁA nr 1/96

Na podstawie art. 23, pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, zm. Dz. U. nr 20/90, poz. 120) uchwała się, co następuje:

Par. 1

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu udziela absolutorium Dolnośląskiej Radzie Lekarskiej za 1995 rok.

Par. 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA nr 2/96

Na podstawie art. 23, pkt 2 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, zm. Dz. U. nr 20/90, poz. 120) uchwała się, co następuje:

Par. 1

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uchwała budżet Dolnośląskiej Izby Lekarskiej na 1996 rok.

Par. 2

Uchwała wchodzi w życie w dniu jej podjęcia z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 1996 roku.

UCHWAŁA nr 3/96

Na podstawie art. 23 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, zm. Dz. U. nr 20/90, poz. 120) uchwała się, co następuje:

Par. 1

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej wyraża wolę zakupu siedziby Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Par. 2

Upoważnia się Dolnośląską Radę Lekarską do podjęcia stosownych czynności.

APELE X Zjazdu Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zobowiązuje Dolnośląską Radę Lekarską do wystąpienia, za pośrednictwem Naczelnej Rady Lekarskiej w Warszawie, do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o szybkie przygotowanie odpowiednich aktów prawnych umożliwiających specjalizowanie się lekarzom praktykującym prywatnie.

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej apeluje do dyrektorów szpitali o respektowanie wyników postępowań konkursowych na stanowiska ordynatorów.

W toku postępowania konkursowego merytoryczna komisja wyłania najlepszego kandydata i zdaniem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej powinien on być zatrudniony na stanowisku objętym konkursem.

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zobowiązuje Dolnośląską Radę Lekarską do nawiązania ścisłej współpracy z Zarządem Regionu Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy celem kompleksowego załatwiania spraw dotyczących środowiska lekarskiego.

Par. 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA nr 4/96

Na podstawie art. 23 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, zm. Dz. U. nr 20/90, poz. 120) ustala się, co następuje:

Par. 1

X Zjazd Delegatów DIL uchwała, aby środki przeznaczone w preliminarzu DIL na fundusz obsługi prawnej oraz fundusz szkolenia, były również przeznaczone na wymienione cele w działalności kół terenowych bez naruszenia środków przeznaczonych na ich działalność statutową.

Par. 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

UCHWAŁA nr 5/96

Na podstawie art. 23 pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. nr 30, poz. 158, zm. Dz. U. nr 20/90, poz. 120) uchwała się, co następuje:

Par. 1

Widząc konieczność ubezpieczenia lekarzy na wypadek emerytury X Zjazd Delegatów DIL wyraża wolę przystąpienia Izby Lekarskiej do towarzystwa ubezpieczeń emerytalnych. Deklaruje się na ten cel kwotę 200-250 tys. nowych złotych.

Par. 2

Termin, formę uczestnictwa i ostateczną kwotę ustali Dolnośląska Rada Lekarska.

Par. 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zobowiązuje Dolnośląską Radę Lekarską i Naczelną Radę Lekarską w Warszawie do podjęcia działań celem zrównania uprawnień lekarzy prywatnie praktykujących i zatrudnionych w jednostkach społecznej służby zdrowia.

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej zobowiązuje Dolnośląską Radę Lekarską i Naczelną Radę Lekarską w Warszawie do podjęcia działań celem zrównania uprawnień lekarzy prywatnie praktykujących i zatrudnionych w jednostkach społecznej służby zdrowia.

X Zjazd Delegatów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej apeluje do członków Izby Lekarskiej o wstrzymanie się z zawieraniem kontraktów o świadczenie usług medycznych do czasu znalezienia obowiązujących przepisów prawnych.

Przewodniczący X Zjazdu Delegatów DIL

dr Ryszard Kępa

APEŁ DO MAŁŻEŃSTW LEKARSKICH

Jeżeli jesteście Państwo małżeństwem lekarskim i NIE CHCECIE dostawać dwóch egzemplarzy "Medium" prosimy o przekazanie swojej decyzji do Ewidencji (Biuro DIL, ul. Matejki 6) osobiście lub telefonicznie pod nr 22-50-56 do 58 wewn. 39.

**Komisja Kształcenia DIL
przedstawiła, a Prezydium DIL
uchwaliło
kryteria przyznawania**

funduszy z

Komisji Kształcenia

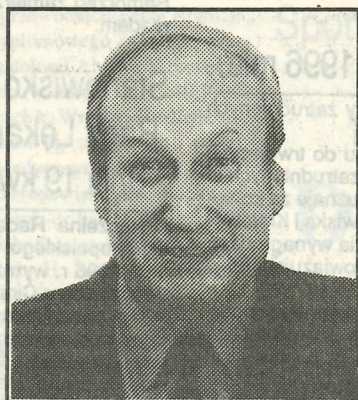
na rzecz szkoleń

w poszczególnych kółach.

1. Przewodniczący koła powinien przedstawić Komisji Kształcenia sześciomiesięczny program szkoleń.
 2. Program musi być podpisany przez prezydium koła, a najlepiej na spotkaniu członków koła przez jego uczestników.
 3. Komisja Kształcenia będzie płacić wykładowcom, jeżeli koło przedstawi listę uczestników szkolenia (minimum 60 % członków koła).
 4. Fundusz przeznaczony dla koła będzie proporcjonalny do liczby członków koła opłacających składkę. W przypadku kilku małych kół szkolenia będą przeprowadzane systemem łączonym i opłacany będzie tylko jeden wykładowca.
 5. Dla wąskich specjalności organizacja szkolenia następuje po uzyskaniu zgody członków koła (akceptacja co najmniej 60 % członków koła).
- Wszystkie koła, które chcą uczestniczyć w dotacjach muszą złożyć swoje propozycje szkoleń w terminie do 30.06.1996 roku.

Jacy jesteście?

W obecnej chwili trwa ożywiona dyskusja na zjazdach okręgowych izb lekarskich nad celowością i metodami działania samorządu lekarskiego. "Gazeta Lekarska" publikuje wiele ciekawych i kontrowersyjnych listów na ten temat, chciałbym się jak zwykle włączyć do tej dyskusji. W okresie PRL-u środowisko lekarskie było postrzegane jako za mało upartyjnione i rzeczywiście do PZPR należało około 20-30 % lekarzy, ale z tych 30 % wywodził się prawie wszyscy, którzy zajmowali kierownicze stanowiska od Ministerstwa Zdrowia w dół. Wielu z nich było bardzo porządnymi ludźmi, znaleźli się i tacy, którzy swoim zachowaniem kompromitowali środowisko lekarskie, ale były też "pospolite świny", to oni decydowali o zatrudnieniu, o naszych płacach, wyjazdach zagranicznych, tano-



Ryszard Łopuch

ko jedynym w Polsce jest społeczna, a do wszystkich wyjazdów poza teren miejsca zamieszkania działacze muszą dopłacać. Nie potrafiliśmy doprowadzić do takiej sytuacji jak pielęgniarki i aptekarze, aby przynajmniej po jednym lekarzu w okręgowych izbach lekarskich i kilku w Naczelnej Radzie Lekarskiej mogło się

Czy nasze środowisko jest zintegrowane? Tak sądzi duża część społeczeństwa. Ale to jest tylko mit. Jest więcej podziałów niż myślimy, i będą się one nasilać.

poświęcić wyłącznie pracy w samorządzie i byli bardzo dobrze opłacani.

Poza grupą pasjonatów część kolegów jest nieprzygotowana do pracy w samorządzie, nie czyta dokumentów, rozporządzeń, ustaw, a nawet własnych uchwał, część pomimo demokratycznego wyboru nie uczestniczy w zjazdach, pracach komisji, a jedynie czasami wygłasza bezsensowne przemówienia, które traktuje jako własną kampanię wyborczą i to jest bardzo niepokojący objaw. Niektórzy koledzy w poprzedniej kadencji nie uczestniczyli ani razu w obradach Naczelnej Rady Lekarskiej (znam takie przypadki), czy również w okręgowych radach lekarskich lub jako delegaci, ale na wizytówkach i w innych dokumentach używali tych tytułów do różnych celów i to jest niebezpieczne. Przy obecnej ordynacji wyborczej odwołanie takich ludzi jest prawie niemożliwe, jeżeli sami nie zrezygnują.

Część kolegów zrobiła kariery zawodowe przy pomocy samorządu, zostali dyrektorami, ordynatorami (to bardzo dobrze). Jednak bardzo źle, że zapomnieli o roli samorządu na terenie placówek, którymi kierują i prowadzą wojnę z jego przedstawicielami.

Czy nasze środowisko jest zintegrowane? Tak sądzi duża część społeczeństwa. Ale to jest tylko mit. Jest więcej podziałów niż myślimy, i będą się one nasilać. Swoje interesy mają pracownicy Akademii Medycznej, szpitali, przychodni, a zupełnie inne lekarze prywatnie praktykujący. Czy powstanie Związku Zawodowego Lekarzy oraz innych związków, np. chirurgów, anestezjologów jest receptą na rozwiązanie

DOKĄD ZMIERZAMY?

problemów naszego środowiska? Początkowo wydawało mi się, że tak, dzisiaj mam mieszane uczucia. Przecież to właśnie część działaczy Związku Zawodowego Lekarzy wypowiedziała totalną wojnę kołom z samorządów, związkowcom z "Solidarności" i Związku Pracowników Ochrony Zdrowia, a także Ministerstwu Zdrowia i rządowi. Nie ma żadnych efektów tej walki, natomiast środowisko zostało skłócone. Początkowo Związki Zawodowe Lekarzy powstawały tam, gdzie słabo rozwinięty samorząd lub dla wspólnych interesów środowiska lekarskiego w szpitalu czy przychodni.

Próby przedstawiania się jako jedynych obrońców praw lekarzy są błędne i niepotrzebne. Musimy sobie uświadomić, że związki zawodowe i samorząd muszą walczyć wspólnie i wszyscy musimy się włączyć do tego. Jeżeli wszyscy nie rozpoczniemy bardzo aktywnej działalności na terenie swojej przychodni, oddziału, szpitala i gminy, to przegramy wszystko, gdyż nawet najlepiej działające rady okręgowe i Naczelna Rada nie zmienią decyzji na najniższym szczeblu zarządzania.

Duża liczba skarg wpływających do Rzecznika i Sądu jest częściowo inspirowana przez lekarzy. Pacjenci są przez nich pouczani, jak i gdzie mają pisać skargi, jest to bardzo niebezpieczne. Nie wspomnę już o fatalnych reklamach własnych gabinetów i o nieprzestrzeganiu kodeksu etyki lekarskiej.

Decyzja o zmniejszeniu etatów w dwunastu województwach jest dobitnym przykładem, jak można podzielić środowisko, było to iście bolszewickie pociągnięcie, skłócające środowisko. Przecież to tylko w przychodniach zmniejszono wynagrodzenie, więc koledzy w szpitalach siedzą spokojnie, nie protestują.

Wielu się mówi o różnych reformach i ubezpieczeniach zdrowotnych. Nie wiem czy 5 % kolegów jest zorientowanych w tych sprawach. Chcę przypomnieć, że pierwszy Zjazd podjął uchwały mówiące o wprowadzeniu ubezpieczeń zdrowotnych, wolnego zawodu, osobnej siatki płac dla lekarzy. Musimy te uchwały egzekwować, a nie tworzyć nowe komisje i podejmować nowe uchwały. To właśnie wtedy, gdy ministrem zdrowia był członek Naczelnej Rady Lekarskiej Wydysław Sidorowicz wprowadzono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę o odpłatności za leki, rozpoczęto prace nad książeczką zdrowia, kontraktach, częściową odpłatnością za leczenie pacjentów, lekarzem rodzinnym, a Sejmowa Komisja Zdrowia pod przewodnictwem członka Naczelnej Rady Lekarskiej, Elżbiety Seferowicz rozpoczęła prace nad ubezpieczeniami zdrowotnymi. Po czterech latach jesteśmy w tym samym punkcie, Ministerstwo Zdrowia i rząd te same plany uważają za swój sukces. Jest to krzywdzące i niesprawied-

liwe dla ludzi, którzy przygotowali te projekty. Ustawy o zawodzie lekarza i samorządzie lekarskim przygotowane przez samorząd prawnicy uważali za Himalaje prawa. Do dnia dzisiejszego nie weszły one w życie, a poprawki zgłaszane przez niektórych posłów, także lekarzy zmieniają całkowicie obraz tych ustaw. Według wytycznych Ministerstwa Zdrowia do końca 1996 r. wszyscy stomatolodzy i duża część innych specjalności lekarskich winni pracować na kontraktach. Powinno być zatrudnionych również kilkuset lekarzy rodzinnych, a na to wszystko nie ma żadnych dodatkowych pieniędzy. Dzisiaj niewielkie środki na ochronę zdrowia są dzielone w sposób następujący: 85 % na bardzo niskie płace, 15 % na działalność.

Strukturę tę mają zmienić kontrakty i lekarze rodzinni, a więc albo będzie duże bezrobocie, albo będziemy za te same pieniądze pracować więcej i wydajniej. Mam dwa rodzaje lekarzy rodzinnych: specjalistę z interny lub pediatrii z dużym stażem pracy i po półrocznym przeszkoleniu, z nich będą świetni lekarze rodzinni i młodego lekarza po stażu i trzyletnim szkoleniu bez praktyki. Lekarz rodzinny winien objąć swoim zasięgiem rejon ok. 2 tys. pacjentów, powinien otrzymać na swoją działalność roczną od jednego do półtora miliarda starych zł.

Duża liczba skarg wpływających do Rzecznika i Sądu jest częściowo inspirowana przez lekarzy. Pacjenci są przez nich pouczani, jak i gdzie mają pisać skargi, jest to bardzo niebezpieczne.

To lekarz rodzinny będzie decydował o skierowaniu do laboratoriów, specjalistów, szpitala i innych gabinetów diagnostycznych. Z tych pieniędzy będą utrzymywani specjaliści, laboratoria i inne pracownie diagnostyczne. Czy będzie nadal potrzebna taka jak obecnie ich ilość, czy będą potrzebne wszystkie dziś pracujące łóżka szpitalne? Na pewno nie. Lekarze ci będą współpracować z wybranymi przez siebie placówkami uspołecznionymi lub prywatną służbą zdrowia, zastąpią oni również Pogotowie Ratunkowe. Przy tak zaplanowanych usługach trzeba będzie za-

mknąć część placówek uspołecznionej służby zdrowia oraz prywatnych gabinetów. Bowiem pacjent ma być obsłużony szybko, sprawnie i zgodnie ze sztuką lekarską. W kontraktach stomatologicznych jest podobna sytuacja, do dziś nie wiemy jaki standard usług stomatologicznych przysługuje naszym pacjentom. W każdym województwie, a nawet przychodni są inne... Pomimo tego jest wielu chętnych do podpisywania kontraktów, a przecież przy tak niskich nakładach na stomatologię, aby kontrakt był opłacalny musi pracować mniej lekarzy. Założeniem kontraktu jest wykonanie większej ilości

Chciałbym przestrzec przed porównywaniem pracy w prywatnych gabinetach Warszawy i miast akademickich a pracą lekarzy w miastach i miasteczkach, gdzie bezrobocie dochodzi do 40 %.

lepszych usług. Pacjent będzie szybciej i lepiej obsłużony.

Początkowo spowoduje to zmniejszenie liczby pacjentów również w prywatnych gabinetach. Nastąpi tu olbrzymia rozbieżność interesów pomiędzy lekarzami w uspołecznionej służbie zdrowia, kontraktowymi i rodzinnymi a pracującymi wyłącznie prywatnie. Chciałbym przestrzec

Nie wierzę, że ubezpieczenia zdrowotne zostaną wprowadzone szybko i będą skutecznym rozwiązaniem naszych bolączek.

przed porównywaniem pracy w prywatnych gabinetach Warszawy i miast akademickich a pracą lekarzy w miastach i miasteczkach, gdzie bezrobocie dochodzi do 40 %.

Musimy bardzo dobrze znać prawo i być zorganizowani w samorządzie, by podać czekającym nas zadaniom. Nie wierzę, że ubezpieczenia zdrowotne zostaną wprowadzone szybko i będą skutecznym rozwiązaniem naszych bolączek. Przykładem tego są Węgry i Czechy. Apeluję, aby członkowie Naczelnej Rady Lekarskiej i przedstawiciele "Gazety Lekarskiej" wyjechali do tych państw i zapoznali się z sytuacją pracujących tam lekarzy, gdyż wszystkie mass media w Polsce milczą na temat akcji protestacyjnych w tych krajach.

Jest to początek nowego cyklu "Jacy jesteście?". Proszę kolegów o listy i polemikę z moim tekstem.

Dolnośląska Izba Lekarska proponuje stałą akcję protestacyjną polegającą na wysyłaniu listów do ministra zdrowia

LIST PACJENTA

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
Prof. dr hab. Ryszard Jacek Zochowski
Uprzejmie proszę o zwrot pieniędzy, które wydałem na cegiełki (dary) dla ZOZ-u (Szpitala)
w wysokości

Podpis pacjenta

LIST LEKARZA

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej
Prof. dr hab. Ryszard Jacek Zochowski
Uprzejmie informuję Pana ministra, że obecnie w naszym ZOZ (przychodni, szpitalu) pilnie potrzebny jest następujący sprzęt:
1 cena
2 cena
3 cena
4 cena
Na wymieniony sprzęt nie ma pieniędzy w bieżącym budżecie.
W imieniu pacjentów prosimy o interwencję.

*Podpis lekarza
przewodniczącego koła DIL*

OŚWIADCZENIE

Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej udziela poparcia akcji protestacyjnej Regionalnego Sekretariatu Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" oraz prosi wszystkich lekarzy, członków samorządu, o wzięcie udziału we wszystkich formach protestu oczywiście z zachowaniem zasad Kodeksu Etyki Lekarskiej.

Samorząd lekarski protestuje przeciwko obniżeniu kwot przeznaczonych na podwyżki w 1996 roku.

Sprzeciwiamy się zmniejszaniu o 479 etatów w służbie zdrowia w województwie wrocławskim oraz braku konsultacji decyzji finansowych i organizacyjnych Urzędu Wojewódzkiego z samorządem lekarskim, co jest naruszeniem ustawy o izbach lekarskich.

Brak współpracy Wojewody Wrocławskiego z samorządem lekarskim jest powodem protestów Dolnośląskiej Izby Lekarskiej od 1993 roku.

Dolnośląska Izba Lekarska rozpocznie swoją akcję protestacyjną wysyłając do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Wojewody listy od pacjentów i lekarzy, świadczące o pobieraniu nienależnych pieniędzy za świadczenia medyczne, jak i o brakach w wyposażeniu szpitali i przychodni.

Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Włodzimierz Beđnorz
Sekretarz
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Maciej Przestalski

KOMISJA KSZTAŁCENIA DIL INFORMUJE

Uchwałą Prezydium z 4 kwietnia br. Koleżanki i Koledzy, którzy celującą zdadzą egzamin na I i II stopień specjalizacji, zostaną nagrodzeni:
- na II stopień - listem gratulacyjnym i nagrodą pieniężną wysokości 500 zł.
- na I stopień - listem gratulacyjnym i nagrodą pieniężną wysokości 300 zł.

JACY JESTEŚMY?

Jacy jesteście?

przydziałach mieszkań, a w niektórych wypadkach o przyznawaniu tytułów naukowych.

Z chwilą powstania samorządu lekarskiego część z nich utraciła możliwość decydowania o naszym losie. To oni rozpoczęli już kampanię wyborczą w starym stylu, pisząc donosy, anonimy na swoich kolegów, gdyż uważają, że oni najlepiej pokierują samorządem zawodowym. Tego musimy się bać. Najpierw jednak powinniśmy rozliczyć z niegodziwości, które popełnili w stosunku do kolegów. Od powstania "Solidarności" w 1980 r. ponad 90 % lekarzy wstąpiło do niej. Jednak w stanie wojennym tylko niewielka grupa zdecydowała się na działalność opozycyjną.

Po początkowej eufonii po powstaniu samorządu lekarskiego większość lekarzy zajęła się swoją pracą zawodową, a więc leczeniem pacjentów, nauką i robieniem pieniędzy. To dobrze, ale ich wymagania stawiane niewielkiej grupie społeczników, którzy usiłują prowadzić samorząd są ogromne. Dziś praca w samorządzie lekarskim ja-

Z PRAC
PREZYDIUM
I RADY
DIL

28 marca

Omówiono przebieg spotkania Komisji Informacyjnej NIL z Zespołem Demograficznym powołanym przy DIL, które odbyło się 27 marca w siedzibie DIL i było połączone z pokazem internetowym.

Mówiono o aktualnej sytuacji w Miedziowym Centrum Zdrowia w Lubinie - odczytano nadesłane oświadczenie sformułowane przez lekarzy Gómiczo-Hutniczego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lubinie na wspólnym zebraniu zorganizowanym przez Koło Terenowe OZZL i Koło Terenowe DIL w sprawie funkcjonowania Miedziowego Centrum Zdrowia.

Aktualna sytuacja służby zdrowia - sprawa podwyżek, redukcji etatów, współpracy z wojewodą wrocławskim - była tematem dyskusji w związku z akcją protestacyjną podjętą przez Regionalny Sekretariat Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność". W posiedzeniu uczestniczył dr Leszek Sokalski. Prezydium Dolnośląskiej Rady Lekarskiej udzieliło poparcia tej akcji protestacyjnej (tekst oświadczenia zamieszczamy w numerze). DIL rozpoczyna także własną akcję protestacyjną (informacja o tym w numerze).

Przewodnicząca Komisji Legislacyjnej, kol. Janina Kasprzak-Wójtowicz przedstawiła uwagi Komisji do projektu zarządzenia ministra zdrowia i opieki społecznej w sprawie sposobu wypisywania recept przez lekarzy.

Kol. Józef Lula postawił kilka zasadniczych pytań: Czy my jako Izba wiemy, jak ma wyglądać ten proces transformacji i jaki będzie tego skutek? Czy my naprawdę wiemy, jak wyjść z istniejącego systemu, by było jak najmniej

ofiar? Powinniśmy działać na bieżąco, ale jednocześnie wytyczać podstawowe kierunki na przyszłość. Podczas dyskusji kol. Włodzimierz Bednorz stwierdził, że każdy z proponowanych systemów kas chorych, które znajdują się w parlamencie, przewiduje proces przejściowy między systemem starym i nowym. Przypomniał, że jednym z postulatów NRL jest aby wszyscy lekarze mieli prawo wejścia do nowego systemu. Jednocześnie na bieżąco zajmujemy stanowiska wobec działań Ministerstwa. Najczęściej są to stanowiska negatywne.

Zwrócono uwagę niektórym kolegom delegowanym w skład komisji konkursowych, że ich obowiązkiem jest uczestniczenie w pracach tych komisji lub wcześniejsze powiadomienie Biura Izby o przeszkodach tak, aby można było wybrać zastępców.

4 kwietnia

Pierwsza część posiedzenia Prezydium miała charakter uroczysty w związku ze zbliżającymi się Świątami Wielkanocnymi.

W części roboczej omawiano sprawy bieżące; aktualną sytuację w Lubinie przedstawimy na łamach "Medium" w najbliższym czasie.

Poruszano sprawy dotyczące ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. W kwestii towarzystwa ubezpieczeń emerytalnych nie ma jeszcze decyzji. Sprawa ta będzie przedmiotem obrad najbliższego Konwentu Przewodniczących.

Zaakceptowano, by osobom, które zdały celującą egzamin na I i II stopień specjalizacji przyznać listy gratulacyjne oraz nagrody pieniężne w wysokości: 500 zł dla zdających na II stopień i 300 zł dla zdających na I stopień.

Delegowano kol. kol.: Krystynę Kochman, Andrzeja Niedziółkę, Jerzego Szkarłata i Jarosława Terpińskiego do Zimowej Szkoły Anestezji, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej (Karpacz, 24-28 kwietnia br.).

Podjęto uchwały finansowe na łączną kwotę 500 zł.

Przyznano zapomogę koleżance będącej w trudnej sytuacji życiowej.

Delegowano przedstawicieli DIL do komisji konkursowych na stanowiska ordynatorów w Wałbrzychu, Ząbkowicach Śląskich i Legnicy.

Zaakceptowano zasady przyznawania funduszy z Komisji Kształcenia na rzecz szkoleń w poszczególnych kołach z zaznaczeniem, że przeznaczają się na ten cel tylko 30 % ogólnego budżetu Komisji (zamieszczamy w numerze).

11 kwietnia

W posiedzeniu uczestniczył przewodniczący Koła Izby Lekarskiej przy Miedziowym Centrum Zdrowia w Lubinie, dr Marian Życzkowski. Wyjaśnił on, że podłożem oświadczenia był rosnący niepokój środowiska lekarskiego, a także chęć zainteresowania szerokiego kręgu tymi problemami, które wyłoniły się po utworzeniu Centrum. Wydaje się, że niepełny jest byt nie tylko lekarzy, ale i pacjentów. Wciąż trwają rozmowy na temat układu zbiorowego, który powinien rozwiązać wiele problemów. Wprawdzie są gwarancje na dwuletni okres przejściowy, ale w razie słabej kondycji finansowej Spółki zwolnienia mogą być realizowane.

W dyskusji pytano o sprawy finansowe i wielkość zadłużenia, a także o warunki, na jakich wchodziło w nowy układ. Rozmowy zasadnicze toczyły się na wysokim szczeblu bez udziału załogi. Utworzenie Centrum poprzedziły liczne zebrania, nie było przymusu, a wobec ogólnego upadku budżetowej służby zdrowia proponowane rozwiązania zostały uznane za lepsze wyjście.

Dyskutowano zwrócić uwagę na konieczność dobrego przygotowania prawnego do prowadzenia takich pertraktacji, a zwłaszcza tworzenia statutu. Jako próbę wyjścia z obecnej sytuacji zaproponowano przedyskutowanie wszystkich spraw we własnym lekarskim gronie, także z udziałem Lekarza Wojewódzkiego, a następnie zaproszenie władz Kombinatu i sporządzenie protokołu zgodności i rozbieżności.

18 kwietnia

Przedmiotem długiej dyskusji było wystąpienie wiceprzewodniczącego DRL, kol. Ryszarda Łopucha na temat aktualnej sytuacji w ochronie zdrowia, pracy samorządu, współpracy ze związkami zawodowymi (pisze o tym w Biuletynie w nowym cyklu pt.: Jacy jesteśmy?). Uznano, że problemy lekarzy muszą rozwiązywać sami lekarze, samorząd musi działać od podstaw - w kole, przychodni, szpitalu - w tym jest jego siła.

Postanowiono czerwcowe posiedzenie Dolnośląskiej Rady Lekarskiej poświęcić tym problemom.

Przyznano zapomogi na łączną kwotę 6000 zł.

Do Zimowej Szkoły Anestezji (Karpacz, 24-28.IV) delegowano kol. Aleksandra Niedzielskiego na miejsce kol. Krystyny Kochman, która w tym czasie nie może uczestniczyć w szkoleniu.

Pełnomocnicy delegatur omówili najważniejsze sprawy ze swego terenu.

W Jeleniej Górze 8 maja odbędzie się spotkanie delegatów i przewodniczących kół powołanych lekarzowi rodzinemu. Weźmie w nim udział prof. dr hab. Andrzej Steciwko.

W Wałbrzychu zostanie zorganizowane specjalne spotkanie na temat zatrudniania lekarzy rencistów i emerytów z udziałem zainteresowanych.

Przewodniczący komisji problemowych przedstawili zagadnienia aktualnie omawiane w komisjach.

Przewodnicząca Komisji Kształcenia, kol. Wanda Poradowska-Jeszke przedstawiła nazwiska kolegów, którzy celującą zdali egzaminy specjalizacyjne, są to kol. kol.: Joanna Turek, Anna Wójcik-Zygadło, Liliana Baran i Jan Godziński. Uroczyste wręczenie nagród odbędzie się 9 maja na posiedzeniu Prezydium.

MG

Stanowisko Naczelnej Rady
Lekarskiej z dnia 19 kwietnia 1996 roku

w sprawie systemu wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

Naczelna Rada Lekarska - w nawiązaniu do trwających prac nad zasadami wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - uznaje za konieczne uwzględnienie w tych zasadach stanowiska I Krajowego Zjazdu Lekarzy w sprawie wyodrębnienia wynagrodzeń lekarzy z ogólnego systemu placowego obowiązującego w tych zakładach.

Naczelna Rada Lekarska udziela zdecydowanego poparcia działaniom okręgowych rad lekarskich, stowarzyszeń lekarskich oraz związków zawodowych, których członkami są lekarze, zmierzającym do wyodrębnienia w taryfikacjach placowych oraz w ponadzakładowych układach zbiorowych pracy zasad wynagrodzeń lekarzy.

Samorząd lekarski
zapowiada akcję protestacyjną

Naczelna Rada Lekarska, najwyższe gremium samorządu lekarskiego, zapowiada ogłoszenie akcji protestacyjnej wszystkich lekarzy, jeśli rząd nie zmieni dotychczasowej polityki dotyczącej wynagrodzeń dla sfery budżetowej. Lekarze stwierdzili w oświadczeniu, jakie w piątek przyjęli, iż proponowana w 1996 roku regulacja wynagrodzeń nie zgodna z wcześniejszymi deklaracjami rządowymi stanowi kolejny przykład lekceważenia interesów pracowników sfery budżetowej ochrony zdrowia. Wysokość zapowiadanych na lipiec podwyżek (niespełna 25 złotych netto, przy pierwotnie wynegocjowanych ponad 80 zł brutto) uznano za "krzywdzące decyzje placowe". NRL chce ogłosić ogólnokrajową akcję protestacyjną dopiero po otrzymaniu podwyżek gdy będą one niższe od planowanych wysokości.

Stanowisko
Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ
(Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej)
w sprawie środków na zaspokojenie roszczeń
lekarzy z tytułu dodatków za dyżury zakładowe
- skierowane do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej

Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 8.03.1995 r. stwierdził, że lekarzom pełniącym dyżury zakładowe w godzinach nocnych przysługuje oprócz wynagrodzenia za dyżury również 20 % dodatek, tak jak innym pracownikom. Co prawda wyrok ten został wydany w jednostkowej sprawie, jednakże posiadamy informację, że sądy lekarzy kwoty dochodzone przez nich w tych sądach. Stanowisko powyższe ugruntowało się już w kolejnej Uchwale Sądu Najwyższego z września 1995 r., gdzie także przyznano, że lekarzom należy się 20 % dodatek za dyżur zakładowy pełniony w godzinach nocnych. Jednostkowo dla ZOZ-ów są to dość poważne kwoty. Organy założycielskie ZOZ-ów kategorycznie stwierdziły, że nie mają dodatkowych środków w budżecie na wypłatę dodatków.

Minister Pracy i Polityki Socjalnej w dniu 29.01.1996 r. wystąpił do Sądu Najwyższego o podjęcie uchwały w składzie siedmiu sędziów co do zasadności roszczeń lekarzy.

Sądy tymczasem zasądzały na rzecz lekarzy określone kwoty (należność główną wraz z odsetkami) z urzędu nadając nieprawomocnym wyrokom rygor natychmiastowej wykonalności do 1-miesięcznego wynagrodzenia pracownika.

Powyższe skutkuje tym, że szpitale nie chcą narazić się na dodatkowe koszty komornicze zmuszone są wypłacić lekarzom roszczenie w wysokości 1-miesięcznej pensji, mimo że w sprawach tych złożono zapowiedź rewizji.

Wymieniony stan rzeczy destabilizuje płynność finansową ZOZ-ów, albowiem wypłata zasądzonych kwot dla lekarzy odbywa się kosztem wynagrodzenia wszystkich pracowników.

Może dojść do takiej sytuacji, że niektóre szpitale nie wypłacą należnych wynagrodzeń pracownikom lub premii regulaminowych, co spowoduje wystąpienie pracowników o zapłatę wynagrodzeń wraz z odsetkami.

Dyrektorzy zakładów opieki zdrowotnej Regionu Dolnośląskiego wnosząc w stosownym czasie do MZIOS zapytanie o interpretację przepisów - uzyskali negatywną opinię Biura Prawnego MZIOS, co uniemożliwiło wypłatę dodatków na bieżąco.

Z wycieńceni Ministerstwa Zdrowia ("Gazeta Wyborcza" z dnia 31.01 i 12.04. br.) wynika, że kwota na zaległe dodatki w skali kraju może wynieść obecnie ok. 100 mln PLN.

Oddział Dolnośląski STOMOZ uważa za niezbędne, aby Pan Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przedsięwziął kroki zmierzające do uzyskania z rezerwy budżetowej stosownych środków na zaspokojenie roszczeń lekarzy.

Brak reakcji na sygnały kadry menedżerskiej powoduje określenie napięcia, które mogą doprowadzić do konfliktów wewnątrzzakładowych na tle placowym.

Przewodnicząca Zarządu Oddziału Dolnośląskiego STOMOZ
mgr M. Jolanta Borzyska
Wrocław, 15.04.1996

DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA ma zaszczyt zaprosić do udziału w konferencji "okrągłego stołu" na temat
PRZESTĘPSTWA URZĘDNICZE LEKARZA -

ODPOWIEDZIALNOŚĆ KARNA, CYWILNA I ZAWODOWA W MEDYCYNIE

która odbędzie się 8 czerwca
(sobota) 1996 roku
o godz. 8.00

w Klubie Oficerskim Śląskiego
Okręgu Wojskowego
we Wrocławiu
przy ul. Prełicza 24.

Proponowane tematy:

- 1) Prawo medyczne
- 2) Dokumentacja lekarska
- 3) Współpraca lekarza z funkcjonariuszami organów ścigania i wymiarem sprawiedliwości

4) Zasady udzielania przez lekarzy informacji o stanie zdrowia pacjenta

5) Problemy współpracy lekarza z ZUS-em

6) Sprawy związane z wypisywaniem recept.

Samorząd zamierza prowadzić w tej sprawie negocjacje z rządem.

Stanowisko Naczelnej
Rady Lekarskiej
z dnia 19 kwietnia 1996 r.

Naczelna Rada Lekarska zapoznała się z protestem Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z dnia 1.04.1996 r. wyrażonym w piśmie do Premiera Rządu RP Włodzimierza Cimoszewicza.

Naczelna Rada Lekarska stanowczo stwierdza, iż poglądy wyrażone w piśmie w sposób wyjątkowo szkodliwy dla społeczeństwa a także samorządu lekarzy podważają mające pełne podstawy prawne działania administracji państwowej w stosunku do kliniki Korvita.

Rada przypomina, że czynności administracji zostały podjęte na wniosek samorządu lekarskiego, który nie pozostaje obojętny wobec postawy kliniki i jej właściciela Wojciecha Kornowskiego obrażającego obowiązujący w RP system prawny.

Naczelna Rada Lekarska w swoich uchwałach i codziennych działaniach udowodniła, że od początku swego istnienia wspiera tworzący się prywatny sektor lecznictwa. Nie oznacza to jednak, że NRL może pozostać obojętna wobec przypadków łamania prawa w tym sektorze, czego przykładem jest między innymi działalność Kliniki Korvita.

Naczelna Rada Lekarska z satysfakcją uznaje, że jej stanowisko w tej sprawie znalazło zrozumienie i poparcie władz administracyjnych zarówno lokalnych jak i centralnych. W tej sytuacji niewybredny i kłamliwy w swoich tezach atak ze strony Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy w stosunku do organów egzekwujących prawo przynosi szkodę autorytetowi samorządu lekarskiego. Naczelna Rada Lekarska postanawia zerwać wszelkie dalsze wspólne działania z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy.

Pan
Premier Rządu
Rzeczypospolitej Polskiej
Warszawa
Protest

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy stanowczo protestuje przeciwko szykanowaniu przez urzędników państwowych prywatnego szpitala - "Korvita".

Działania podjęte przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej oraz Urząd Wojewody od początku zmierzają do zlikwidowania prywatnego podmiotu świadczącego usługi medyczne dla ludności.

Prawdziwe intencje w sprawie "Korvity" ukazuje jej wyrejestrowanie w maju 1994 r., jak podano z powodu nieprzestrzegania ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W tym czasie liczne jednostki "państwowej służby zdrowia" nie spełniły warunków tej ustawy w znacznie większym stopniu.

Obecna decyzja Wojewódzkiego Inspektora Nadzoru Farmaceutycznego polegająca na zakazie sprzedaży leków szpitalowi, stanowi zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów i jako taka powinna być natychmiast oceniona przez organa powołane do krzewienia praworządności.

Apteki i hurtownie farmaceutyczne odmawiające sprzedaży leków szpitalowi same podważają sens swego funkcjonowania jako podmioty gospodarcze.

Zarząd Krajowy Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy wyraża ubolewanie z powodu zaistnienia zdarzeń, które kompromitują nasz Kraj.

Zarząd Krajowy OZZL
Przewodniczący Ogólnopolskiego
Związku Zawodowego Lekarzy
lek. med. Krzysztof Bukiel

Z inicjatywy przewodniczącego Komisji Szkolenia Przeddyplomowego ZG PTS i prodziekana ds. stomatologii AM we Wrocławiu dr. J. Wnukiewicza w dniach 14-15.10.1995 roku w Wojnowicach k. Wrocławia odbyła się narada prodziekanów ds. stomatologii wszystkich Akademii Medycznych w Polsce. Gośćmi wrocławskiego środowiska akademickiego byli: prezes PTS prof. dr hab. J. Piekarczyk, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Poznaniu prof. dr hab. H. Limanowska-Shaw, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Łodzi prof. dr hab. H. Plewińska, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Lublinie prof. dr hab. K. Fetkowska-Mielnik, prodziekan Oddziału Stomatologii Śląskiej AM prof. dr hab. B. Pogorzelska-Stronczek, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Białymstoku dr hab. W. Stokowska, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Gdańsku dr B. Góra, prodziekan Oddziału Stomatologii AM w Warszawie prof. dr hab. T. Bączkowski, dziekan Wydziału Stomatologii Pomorskiej AM w Szczecinie prof. dr hab. J. Malinowski, przedstawiciel prodziekana Oddziału Stomatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie dr G. Wiśniewska, wiceprezes NRL dr A. Fortuna oraz przewodniczący Komisji ds. Stomatologii przy DIL dr J. Piekarski. W sali Senatu AM we Wrocławiu zebranych powitali dr J. Wnukiewicz, prorektor ds. dydaktyki AM we Wrocławiu prof. dr hab. A. Steciwko oraz prezes DIL dr W. Bednorz.

Po uroczystości powitalnej uczestnicy spotkania udali się do zamku w Wojnowicach koło Wrocławia, gdzie odbyły się dwie tury obrad. Głównym tematem spotkania była analiza nauczania stomatologii w poszczególnych Akademii Medycznych. Celem dyskusji było wypracowanie ujednoliconego systemu kształcenia studentów stomatologii (ustalenie listy nauczanych przedmiotów wraz z ilością go-

Spotkanie prodziekanów ds. stomatologii

JAK WYKSZTAŁCIĆ DOBREGO STOMATOLOGA?

Jan Wnukiewicz,
Tomasz Konopka

dzin, ujednolicenie systemu zaliczania przedmiotów oraz określenie proporcji: przedmioty stomatologiczne a ogólnolekarskie i humanizujące). Ustalono, że w chwili obecnej liczba godzin przeznaczonych na naukę przedmiotów stomatologicznych stanowi zaledwie około 30% ogólnego czasu nauczania studenta. Jednocześnie uznano, że proporcje te należy zmienić do minimum 40% czasu na nauczanie przedmiotów zawodowych. Z drugiej strony wszyscy uczestnicy spotkania jednomyślnie stwierdzili, że trwałym dorobkiem nauczania stomatologii w Polsce jest "umedycznienie studiów". Celem uczelni winno być w dalszym ciągu wykształcenie lekarza ze specjalnością stomatologiczną. Zaakcentowano potrzebę integracji nauczania przedmiotów ogólnomedycznych i stomatologicznych. Szczególnie ważne jest to w przypadku chirurgii ogólnej ze szczególną uwagą na stomatologiczną, pediatrię z pedodontologią oraz dermatologię z chorobami błony śluzowej jamy ustnej. Zaproponowano wydanie przez każdą AM programów nauczania wszystkich przedmiotów na oddziałach stomatologii (pierwsza próba w Łódzkiej AM - Program nauczania na oddziale stomatologii 1995 r.).

W wyniku długotrwałej dyskusji ustalono propozycję limitów godzin nauczania poszczególnych przedmiotów (uczelnie mają prawo do zwiększenia lub zmniejszenia liczby godzin o 20%) i sposobów ich zaliczania. Starano się ujednolicić nazwy przedmiotów oraz wprowadzić nowe ważne z punktu widzenia lekarza praktyka (np. "Prawo medyczne", "Zarządzanie i ekonomika służby zdrowia"). Zaproponowano również wprowadzenie jednakowego systemu praktyk wakacyjnych dla studentów: po I roku - praktyka pielęgniarska (4 tyg.), po II roku - pomoc stomatologiczna (4 tyg.), po III roku - praktyka na oddziałach chirurgii ogólnej lub szczękowo-twarzowej (2 tyg.) oraz na oddziałach chorób wewnętrznych (2 tyg.), po IV roku - praktyka w przychodni stomatologicznej (4 tyg.) lub w zakładach AM stomatologii zachowawczej (2 tyg.) oraz chirurgii stomatologicznej (2 tyg.). Zaproponowano również, aby praktyki wakacyjne odbywające się na bazie AM, były wliczane w pensum nauczyciela akademickiego. Ogólna liczba godzin według przyjętych założeń wynosi 4830. Na poszczególne grupy przedmiotów przypada: przedmioty ogólnolekarskie i humanizujące - 2175 (45%), języki obce - 255 (5%), wf - 180 (3%), przedmioty i praktyki stomatologiczne - 1940 (40%), pozostałe praktyki - 280 (7%). Wielokrotnie podkreślano, iż niezwykle istotne dla nauczania stomatologicznych przedmiotów klinicznych jest zmniejszenie liczby studentów przypadających na jednego asystenta do 3 - 4 osób.

Kolejnym omawianym tematem były sprawy finansowania dydaktyki i poprawa warunków materialnych pracowników naukowych. Poddano krytyce wysokość obecnych nakładów przeznaczanych przez AM i PSK na dydaktykę na oddziałach stomatologii. Nowoczesne kształcenie studenta stomatologii wymaga subwencji zdecydowanie większych niż w chwili obecnej. Podstawowy warsztat pracy stomatologa w większości AM jest wyposażeniem odpowiadającym poziomowi z lat sześćdziesiątych. Wszyscy zebrani byli zgodni, iż nakazem chwili jest unowocześnienie bazy dydaktycznej. Wskazano, że kwota przeznaczana z uczelni na potrzeby stomatologii powinna być odzwierciedleniem liczby studentów tego oddziału w ogólnej puli studentów AM (nie mniej niż 25% ogólnych wydatków uczelni na dydaktykę). Wielkość dotacji z PSK winna być przeliczana na fotele dentystyczne w relacji 1 fotel - 2 łóżka. Docelowo postulowano wprowadzenie odpłatności za stu-

dia (część AM już praktykuje ten rodzaj dofinansowania), w tej sytuacji konieczne byłoby wprowadzenie pożyczek niskoprocentowanych dla studentów uzdolnionych, których nie stać na opłacenie nauki. Inne zaproponowane sposoby pozyskiwania środków finansowych na unowocześnianie bazy materiałowo-sprzętowej to: wprowadzenie częściowej odpłatności za zużyte narzędzia przez studenta (powołanie funduszu dydaktycznego), wykorzystanie możliwości sponsorowania przez firmy produkujące leki i asortyment stomatologiczny, staranie się o uzyskanie ok. 12-30% z puli przeznaczonej na kształcenie lekarza rodzinnego, rzeczywisty udział Fundacji AM w doposażaniu stomatologicznych placówek dydaktycznych, opłata za egzamin wstępny, pobieranie opłat od pacjentów za zużyte materiały. Szansą poprawy sytuacji finansowej jednostek klinicznych AM będzie nowy system ubezpieczeń, ponieważ pacjenci w jednostkach tych będą mieli wyższy poziom świadczeń niż gwarantowany przez państwo. Jednomyślnie cechowała również zebranych w sprawie konieczności poprawy warunków placowych dla pracowników naukowych.

Jednym z tematów była sprawa podręczników stomatologicznych. Poprawa na rynku wydawnictw fachowych dla studentów i lekarzy jest wyraźna. Zostało wyrażone przekonanie o konieczności wydawania oryginalnych polskich podręczników ze wszystkich specjalności stomatologicznych w cyklu 5-letnim. Tłumaczenia z języków obcych powinny być jedynie literaturą uzupełniającą, wykorzystywaną głównie w ramach szkolenia podyplomowego. Uznano, że uzupełnieniem najnowszej wiedzy są skrypty uczelniane. Inną formą aktualizacji wiedzy z każdej dziedziny stomatologicznej byłyby artykuły popularno-dydaktyczne (obowiązkowe dla studentów i młodych lekarzy) drukowane w "Czasopiśmie Stomatologicznym". Zaproponowano także powołanie zespołów autorów do napisania nowoczesnych podręczników wszystkich specjalności, i aktualizowania ich co 5 lat.

Dużo uwagi poświęcono unowocześnianiu procesu dydaktycznego. Ważne byłoby powołanie struktur pionowych, które prowadziłyby dydaktykę tylko dla studentów stomatologii od I do V roku (zajęcia ogólnomedyczne, przedkliniczne i zawodowe). Integracja taka usprawniłaby tok pracy dydaktycznej i zapobiegła powtarzaniu tych samych kwestii w innym ujęciu. Największy nacisk w nauczaniu studentów powinien być położony na diagnostykę i profilaktykę. Dlatego należałoby powołać Akademickie Ośrodki Diagnostyki Stomatologicznej, których celem byłoby diagnozowanie pacjentów, ustalenie planu leczenia, skierowanie do odpowiednich zakładów. W placówkach takich można byłoby zgromadzić najnowszy sprzęt służący diagnostyce wizualizacyjnej. Dla nowoczesnego wyedukowania studenta konieczna jest wymiana unitów stomatologicznych (wymóg pracy na 4 ręce) oraz wykorzystanie komputerów. Należy prowadzić prace zmierzające do unifikacji i określenia standardu nauczania poszczególnych dyscyplin stomatologii.

Podjęto także dyskusję nad rozwojem kadry naukowej i finansowaniem badań naukowych. W większości uczelni coraz mniej chętnych do pracy naukowej, odchodzą młodzi zdolni lekarze. Przyczyną tych zjawisk jest brak motywacji finansowej i brak środków na badania naukowe. Wskazywano na ewentualne źródła finansowania badań naukowych w postaci grantów wewnątrzuczelnianych i KBN, a także współpracy z firmami farmaceutycznymi i stomatologicznymi oraz grantów PTS (novum w polskiej medycynie).

Zaproponowano wprowadzenie ogólnopolskiego rankingu ośrodków w zakresie działalności naukowej, i rankingu wewnątrzuczelnianego (weryfikatorem mogłaby być liczba prac przypadająca na 1 pracownika naukowego). Wyniki

decydowałyby o uruchamianiu funduszy na badania naukowe dla danej placówki. Wysoce pożądane wydaje się wyodrębnienie osób rozwijających się naukowo i wspomaganie ich w miarę możliwości (granty, staże zagraniczne) oraz wprowadzenie studiów doktoranckich na stomatologię. Wyrażono przekonanie o konieczności zapewnienia stabilnej kadry naukowej (adiunktów), ponieważ na nich spada najwięcej obowiązków: leczenie pacjentów i prowadzenie dydaktyki.

Podkreślono konieczność wypracowania standardu nauczania stomatologii w Polsce i jego unifikacji z programami nauczania stomatologii w krajach Wspólnoty Europejskiej. Ważnym krokiem w tym kierunku będzie wprowadzenie po stażu podyplomowym centralnego egzaminu państwowego, którego zdanie będzie podstawą uzyskania prawa wykonywania zawodu. Jeśli nadal nie będzie subwencji na działalność dydaktyczną i naukową konieczne stanie się wprowadzenie odpłatności za studia i obciążenie pacjentów opłatami za materiały stomatologiczne. Wyrażono wolę okresowych spotkań prodziekanów ds. stomatologii w celu przedyskutowania praktycznej realizacji przedstawionych wniosków i sugestii.

Obfitość tematyki spowodowała, że pozostało niewiele czasu na rozkoszowanie się widokiem zameczku w Wojnowicach w barwach przepięknej polskiej jesieni. Nie można było jednak nie zauważyć charakterystycznej sylwetki gospodarza obiektu p. Franciszka Oborskiego, który podejmował uczestników spotkania z iscie szlachetką gościnnością.

Spotkanie to uświadomiło, jak wiele pozostaje do zrobienia, by osiągnąć dobry model kształcenia studenta stomatologii. Najważniejsze jest, iż rozpoczęto dyskusję nad tym tematem, dlatego właśnie zwracamy się do wszystkich, którym leżą na sercu sprawy dydaktyki na oddziałach stomatologii, aby kierowali swoje opinie na tematy poruszane na spotkaniu prodziekanów pod adresem Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej we Wrocławiu, ul. Chałubińskiego 5, 50-368 Wrocław.

Od autorów:

Mamy nadzieję, że zapoznanie społeczności lekarskiej z problemami stomatologii będzie wielce korzystne. Problemy te traktujemy wszechstronnie i otwarcie licząc na szerszą dyskusję. Wszelkie ewentualne uwagi i pomysły dotyczące poruszanej tematyki będziemy chętnie notować i dyskutować na kolejnych spotkaniach roboczych naszego gremium.

Oczekujemy na korespondencję pod adresem:

Dziękuję Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5
50-368 Wrocław

Uwaga Absolwenci!

Absolwenci Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu z 1981 r. - w tym roku mija 15 lat od ukończenia studiów.

Spotykamy się we Wrocławiu 8 czerwca 1996 r. o godz. 19.00 w Klubie Związków Twórczych, Rynek-Ratusz 24.

Kwotę 60 zł prosimy wpłacać na konto:

Oddział I/O PKO Wrocław
93510-169000-170-4
Mariusz Markuszewski, ul. Bartoszewicza 6, Wrocław
z adnotacją na odwrocie "BAL"

Organizatorzy:
Mariola Sędzimirska (071) 481377
Mariusz Markuszewski (071) 628273

Z ŻYCIA AKADEMII

Rektorze, czuj się odwołany!

Rektorzy Akademii Medycznych
Dyrektorzy Jednostek Badawczo-Rozwojowych

W ostatnim okresie powtarzają się doniesienia prasowe sugerujące daleko idące skrompowanie służby zdrowia, co niewątpliwie godzi w dobre imię pracowników medycznych. Także wyniki badań opinii publicznej potwierdzają te sugestie. Wszystko to podważa wielki trud, poświęcenie, samozaparcie, uczciwość i wysokie morale "białego personelu" pracującego nierzadko w nadzwyczaj trudnych warunkach lokalowych, za relatywnie skromne uposażenie.

Nie mniej mogą zdarzyć się sytuacje świadczące o uzyskiwaniu np. nielegalnych korzyści materialnych przez pracowników medycznych.

W związku z powyższym pozwalam sobie zwrócić uwagę Pana, aby w przypadku dopuszczenia się przez pracownika takiego czynu przestrzegane były rygorystycznie obowiązujące w tym zakresie przepisy, a ujawnione fakty zgłaszane właściwym organom.

Proszę jednocześnie poinformować, że będę sam z całą stanowczością podejmował odpowiednie działania w stosunku do Pana, w sytuacji kiedy Kierownicy jednostek nie podejmą właściwych przedsięwzięć. (podkr. red.)

Ryszard Jacek Żochowski
Minister Zdrowia
i Opieki Społecznej

Początki samorządu

Izby lekarskie zaczęły działać w Polsce w 1923 roku, nie były jednak tworem nowym. Mają one w Polsce bogatą tradycję i wywodzą się - na wzór podobnych instytucji w różnych krajach Europy już w XVI wieku - z Collegium Medicum i Collegium Sanitatis.

Pierwsze w Polsce Collegium Medicum powstało w Gdańsku około roku 1612. Nosiło ono również nazwę Collegium Medicorum lub Collegium Gedanensis. W 1651 roku statut Collegium pod nazwą "Statuta Collegii Gedanensis" został zatwierdzony przywilejem króla Jana Kazimierza.

Zrzeszenie się lekarzy w Collegium miało na celu ochronę zawodu lekarskiego przed współzawodnictwem znachorów. Znachorstwo i szalbiarstwo w owych czasach stanowiły rozpowszechnioną plagę. Skargi na konkurencję ze strony znachorów przewijają się ustawicznie w dokumentach tego okresu.

Głównym celem Collegium było uporządkowanie spraw lekarskich, a sprawy lekarskie to przede wszystkim współzawodnictwo owych medici et promoti doctores z chirurgami, znachorami i szarlatanami oraz sprawy czysto zawodowe, jak publikacje prac naukowych, wprowadzanie zarządzeń sanitarnych, wydawanie zezwoleń na wykonywanie praktyki lekarskiej, kontrola aptek itp.

Gdańskie Collegium Medicum miało się składać z promowanych lekarzy, wykazujących się studiami, biegłością i praktyką w zawodzie. Według projektów, Collegium miało ustanawiać konsultacje lekarskie, badać leki, przeprowadzać kontrole aptek, udzielać aprobaty chirurgom, załatwiać wszystkie sprawy dotyczące zawodu lekarskiego.

W projekcie gdańskim znalazły się problemy deontologii lekarskiej, wolnego wyboru lekarza oraz wzajemnych stosunków między lekarzami. Statuty Collegium Medicum podzielone zostały na 7 rozdziałów. Przedstawiono w nich zasady organizacji wewnętrznej Collegium. Ustanowiono trzy urzędy osobi-

COLLEGIUM MEDICUM

pierwowzór izb lekarskich w Polsce

Edmund Waszyński, Witold Kowaluk
Zakład Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu

ste, tj. dziekanat, syndykat i urząd aktuariusza. Omawiano sposoby przyjęcia do zawodu lekarskiego oraz stanowisko Collegium wobec godności profesorskiej oraz fizykatu. Określono czynności i obowiązki dziekana, syndyka, czynności aktuariusza oraz przedstawiono organizację i znaczenie zebrań lekarskich.

Stanowisko Rady Miejskiej było nieprzychylnie stanowisko lekarskiemu w Gdańsku, a obrazą Rady Miejskiej było uproszenie króla polskiego Władysława IV na patrona Collegium. Król Władysław IV 9 lutego 1636 roku wystawił dokument zapewniający Collegium wiele przywilejów.

Mądry akt króla polskiego, który zmierzał ku polepszeniu i podniesieniu poziomu zdrowotności społeczeństwa Wolnego Miasta Gdańska, stał się przyczyną konfliktu między sferami lekarzy gdańskich a zarządem miasta. Małostkowość i zacofanie Rady Miejskiej doprowadziło Collegium Medicum - pierwszą na ziemiach polskich izbę lekarską - do upadku. /.../ Dopiero w marcu 1677 roku lekarze gdańscy podjęli nowe wysiłki dla powołania do życia Collegium Medicum. Opracowano nowe statuty, w których wysunięto na pierwszy plan rolę fizyków miejskich. Miało to na celu pozyskanie Rady Miejskiej, te starania skończyły się niepowodzeniem, a w wydanym rozporządzeniu w 1703 roku pod tytułem Medicinalordnung, dotyczącym służby zdrowia, o Collegium Medicum nie było mowy.

Próby powołania Collegium Medicum w Warszawie

Kolejną próbą powołania Collegium Medicum był projekt Mitzlera de Kolof, ogłoszony w pierwszym polskim czasopiśmie medycznym "Primitiae physico-medicae" w roku 1753 pod tytułem "Uwagi Wawrzyńca Mitzlera, lekarza praktyka z Warszawy, o potrzebie powołania na mocy uchwały Królewskiej Collegium Lekarzy w Warszawie".

Projekt Mitzlera zakładał, że Collegium Lekarskie będzie się składać ze wszystkich promowanych doktorów medycyny żyjących w Warszawie, z chirurgów dworu królewskiego oraz trzech farmaceutów i chirurgów miejskich. Ustalono comiesięczne posiedzenia poświęcone odczytom, konsultacjom ciekawych przypadków i dyskusjom nad zdrowiem publicznym. Projekt zakładał także wydawanie czasopisma medycznego w formie rocznika.

Mitzler w swym projekcie proponuje, aby każdy nowo przybyły do Polski lekarz został przeegzaminowany przez Collegium. Niestawienie się przybyłego do Polski lekarza, oznaczałoby postawienie go przed sądem wielkiego marszałka koronnego lub sądem asesorskim wielkiego kanclerza koronnego. Projekt zakładał ponadto coroczną kontrolę nad działalnością aptek i dystrybucją leków.

Poparcie króla polskiego

Piękna idea powstania Collegium Medicum Varsaviensis zyskała poparcie króla Augusta III, który wydał odpowiedni przywilej. Przywilej musiał jednak uzyskać potwierdzenie stanów, natomiast pięć kolejnych sejmów do chwili zgonu Augusta III uległo zerwaniu. Idea nie doczekała się realizacji.

Za panowania Stanisława Augusta Poniatowskiego Wilhelm Ritsch ponowił projekty powstania Collegium Medicum. W latach 1765-1768 opracował on projekt powstania Collegium Medico-Chirurgicum przy Szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Miało ono spełniać funkcję szkoły, z profesorami nauczającymi praktycznej medycyny, anatomii, chirurgii i położnictwa. Collegium miało organizować szkolenia naukowe, na których spotykali by się lekarze omawiając trudne diagnostyczne przypadki chorobowe, choroby zakaźne i sposoby terapii. Profesor położnictwa uczyłby współczesnej wiedzy położniczej, sprawowałby nadzór nad akuszerkami udzielając im w razie potrzeby pomocy. Wielce pożyteczną myślą było stworzenie funduszu dla 12-16-letniego oddziału, w którym mogłyby przebywać kobiety po odbytych porodach. Collegium według Ritscha miało by sprawować ponadto funkcję egzaminacyjną, kontrolną wobec aptek, sądową wobec

lekarzy (błędy lekarskie) i zatwierdzać działalność lekarzy przybyłych z zagranicy.

Kolejną próbą utworzenia Collegium był projekt nadwornego lekarza króla Stanisława Augusta, Jana Fryderyka Herrenschwanda, z roku 1767. 17 sierpnia tegoż roku Herrenschwand przedstawił królowi projekt reformy lecnictwa w Polsce. Motywem opracowania takiego projektu była chęć podniesienia poziomu polskiego lecnictwa i zorganizowanie go według wzorów zachodnioeuropejskich. W myśl projektu Herrenschwanda lecnictwo powinno być organizacją urzędową, która będzie podlegać królowi. Na czele takiej organizacji stałby nadworny lekarz króla. Naczelną w skali kraju organizacją zajmującą się lecnictwem miało być Collegium Medicum zlokalizowane w Warszawie, które miało pełnić również funkcję szkoły lekarskiej.

Lekarze powiatowi

Organizacja lecnictwa byłaby oparta na lekarzach powiatowych, których zadaniem byłoby sprawowanie w powiecie nadzoru nad całą służbą zdrowia. Do obowiązków lekarza powiatowego należało, według projektu Herrenschwanda, przesyłanie sprawozdań ze swej pracy do Collegium Medicum. Collegium Medicum po wnikliwej ocenie sprawozdań przekazywałoby swoje wnioski Naczelnej Radzie Zdrowia - Consilium Sanitatis, ta zaś swoje orzeczenia przesyłałaby lekarzowi powiatowemu. Projektowana Naczelna Rada Zdrowia miała spełniać następujące zadania: wykonywać rozkazy władz państwowych w zakresie higieny społecznej i walki z epidemiami, leczyć trudniejsze przypadki, wydawać orzeczenia lekarskie, rozwijać nauki lekarskie.

Organem warunkującym wykonanie projektowanej reformy lecnictwa miała być szkoła lekarska w Warszawie. Właśnie projekt Herrenschwanda miał wywołać uchwałę o powstaniu Akademii Lekarskiej na sejmie ekstraordynaryjnym (1767-1768).

Projekt Herrenschwanda spełnił jedynie rolę propagandową, nie wywarł istotnego wpływu na uchwałę sejmową. Projekt poruszył umysły współczesnych i to jest jego największym osiągnięciem.

Pomysły powstania Collegium Medicum w 1768 roku nie powiodły się, ale kolejne projekty i podejmowane próby ostatecznie doprowadziły do powstania w 1809 roku naszej szkoły lekarskiej w Warszawie. Nie zginęła również myśl Herrenschwanda dotycząca utworzenia Collegium Sanitatis. Oto bowiem powstała w 1809 roku w Warszawie Rada Ogólna Lekarska, która stanowiła ostatnią instancję w sprawach lekarskich pod względem administracyjnym. Ogólne założenia projektu Herrenschwanda dotyczące organizacji lecnictwa miały być wykorzystane w latach późniejszych.

Samorząd, reforma, nauczanie

Jest rzeczą niezwykle cenną, że idea założenia Collegium Medicum jako sto-

warzyszenia lekarskiego, mającego na celu ochronę interesów lekarzy, przeplata się z ideą tworzenia instytucji nauczającej oraz ideą reformy służby zdrowia. Te założenia zawarte są w kolejnych trzech projektach. Pierwsze dwa dotyczyły powstania akademii nauk i wydziału lekarskiego. Jeden z projektów omawiał sprawę budowania zakładów medycznych i rolniczych, gabinetów, bibliotek, założenia ogrodu botanicznego, wyboru i uposażenia profesorów. Według innego projektu nieznane go autora (istnieją sugestie, że projektodawcą był Ritsch) do Collegium Medicum miały być włączone szpitale św. Łazarza i św. Ducha w Warszawie. Językiem wykładowym miał być język polski i łacina. Prowadzone miały być wykłady z praktycznej medycyny, anatomii i fizjologii, chemii i botaniki, chirurgii i położnictwa. Przy Collegium przewidywano powstanie aptek i ogrodu botanicznego.

W roku 1775 powstała tzw. Konstytucja Szpitalna, która miała zatrzymać zalewającą kraj rzeszę szarlatanów, przewidywała ona zorganizowanie Collegium Doktorów z uprawnieniami kontrolnymi.

Ostatnią próbą założenia Collegium Medicum był projekt pod tytułem "Zasady do uformowania Collegium Medicum w Warszawie oraz wybrania z pośród tego Kommissarzów do Kommissji Lekarskiej". Projekt podpisany przez Jana Boeklera, J. P. Rewela, Walentego Gagatkiewicza i Pawła Czempieńskiego wpłynął do Komisji Edukacji Narodowej 3 stycznia 1792 roku.

Autorzy projektu chcieli zaskarbić sobie poparcie króla i uprosili go, żeby pozwolił swoje królewskie imię połączyć z nazwą mającej powstać instytucji. Projektowane Collegium miało się nazywać "Collegium Medicum Stanislao-Augustum". Collegium Medicum miało się składać ze wszystkich doktorów mieszkających w Warszawie. W projekcie Collegium ustanowiło miesięczne spotkania, na których referowano by nowe sposoby leczenia, przedstawiano osiągnięcia medycyny światowej i własne doświadczenia. Collegium stanowiło przepisy dotyczące wykonywania zawodu i egzaminowania nowo przybyłych lekarzy. Duży nacisk położono na kontrolę działalności lecnictwa ludzi nie mających studiów medycznych. Sformułowane "Zasady do Komisji Lekarskiej" nakazywały wybór dziesięciu doktorów do komisji, z których dziewięciu to Komisarze, a dziesiąty to sekretarz Collegii Medici. Zadaniem ich była praca dla podniesienia opieki zdrowotnej mieszkańców Polski. Komisja lekarska powinna utrzymywać ścisły związek z Komisją Policji Obojga Narodów, wykonywać jej polecenia i wspierać radą. Collegium Medicum decydowałoby o obsadzie stanowisk lekarzy szpitalnych, fizyków cyrkulowych, promedyków i chirurgów.

Powstały projekt Komisja Edukacji Narodowej uznała za chwalębną i "dobro krajowe w zamierze mającą", odesłała go do Szkoły Głównej Koronnej w Krakowie i Szkoły Głównej Litewskiej w Wilnie polecając wydanie opinii. Krakowska Szkoła Główna sprzeciwiła się powstaniu Collegium Medicum, powodem była niechęć uczelni do uszczuplenia jej uprawnień.

Piękne idee kolegów lekarskich nie zostały wcielone w życie. Na przeszkodzie stanęły miejscowe interesy, jak w przypadku Rady Miejskiej w Gdańsku, później przede wszystkim zrywanie sejmów i rychła utrata niepodległości. Tradycje Collegium Medicum i Collegium Sanitatis legły u podstaw stworzenia izb lekarskich w niepodległej Polsce.

(Piśmiennictwo do wglądu w redakcji).
Prof. dr hab. Edmund Waszyński jest kierownikiem Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich AM we Wrocławiu.
Przedruk z: "Magazyn Historyczny Farmacji i Medycyny" nr 3/95 (śródotyły i skróty pochodzą od redakcji "Medium").

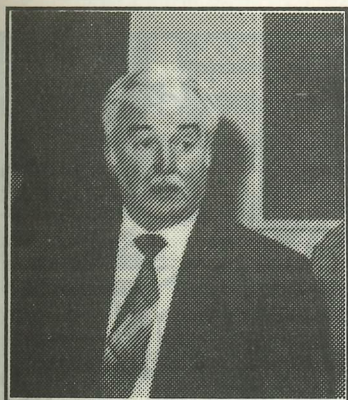
NAUKA I REKREACJA POD PALMAMI

Firma Glaxo Wellcome, która wydatnie sponsorowała w ubiegłym roku I Dolnośląską Jesień Onkologiczną w Trzebieżowicach oraz zorganizowała I Sympozjum Onkologiczne w Jeleniej Górze, kontynuując dobrą współpracę z Dolnośląskim Centrum Onkologii zorganizowała 11-12 kwietnia br. II Sympozjum Onkologiczne w Lesznie. Uczestniczyło w nim około 90 onkologów z Dolnego Śląska. Obrady sympozjum odbywały się pod przewodnictwem profesora Wawrzyniaka. Dzięki znakomitemu wykładowcom z Warszawy zapewniono wysoki poziom naukowy. I tak profesor Olszewski mówił o postępie w diagnostyce patomorfologicznej i współpracy z klinicystami, profesor Kulakowski zajął się metodami chirurgicznego leczenia nowotworów, doktor Krzakowski ocenił postępy w chemioterapii i leczeniu wspomagającym, a doktor Meder przedstawił nam obecne możliwości radioterapii. Wystąpienia wykładowców wywołały dyskusje i na sali obrad, i w kulisach. Firma Glaxo Wellcome zadbała też o doskonały program integrujący środowisko lekarzy zajmujących się diagnozowaniem i leczeniem chorób nowotworowych. A ponieważ sympozjum odbywało się w hotelu "Akwawit" w Lesznie, który ma jeden z najpiękniejszych w kraju kompleks krytych basenów z różnymi wodnymi atrakcjami, m.in. z jedynej w Polsce jezdzalnią wodną długości 52 m, był też czas na rekreację pod palmami i tak potrzebny nam wszystkim ruch.

A.W.



Profesor Olszewski rozpoczął sesję wykładową. Drugi od prawej profesor Kulakowski.



Janusz Bielawski

Na początku bieżącego roku Pan Minister przypomniał o postanowieniach art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91, poz. 408 z późniejszymi zmianami), który nakłada obowiązek na dyrektora ZOZ-u, "kierownika szpitala", a w praktyce na ordynatorów, aby zagwarantowali świadczenia zdrowotne na właściwym poziomie.

Do zadań "kierownika szpitala" wg tej ustawy należy zorganizowanie i zapewnienie świadczeń zdrowotnych, a także zaopatrzenie tego zakładu w niezbędne do udzielania świadczeń leki i materiały medyczne oraz nieodpłatne dostarczenie ich pacjentowi.

Zresztą to ministerialne pismo zostało przedrukowane w marcowym numerze "Medium". Nikt zapewne nie ma złudzeń, ani podpisujący to pismo prof. J. R. Żochowski, ani najskromniejszy czytelnik, że jest to ustawa zgodna wprawdzie z obowiązującą dotąd konstytucją, ale jest też reliktem czasów, kiedy obywatelowi należało się teoretycznie wszystko, zaś praktycznie - niekoniecznie. Chcąc realizować te szczytne zasady lekarz musi zapomnieć o postępie medycyny, nowych lekach, nowoczesnej, drogiej diagnostyce. Na pytanie pacjenta, czy szpital dysponuje wszystkimi niezbędnymi do zdiagnozowania i leczenia jego choroby środkami, lekarz obłudnie powinien odpowiedzieć - ależ oczywiście, nawet w nadmiarze. Trzymając się przykładów z zakresu własnej specjalności zgodnie z tym przepisem nie wolno mi powiedzieć pacjentowi, że w leczeniu zakażonego stawu rzekomego jest potrzebna poza operacją gąbka garamycynowa, która zwiększy szansę na wyleczenie. Najlepiej w takim przypadku krótko i węzłowo powiedzieć choremu: nie ma pan szans, najlepiej jest amputować kończynę. Widzę w tym same dobre strony. Oszczędzi to panu długotrwałego leczenia, cierpienia, ponadto proteza nie boli, a taka noga i owszem. A więc to lekarz

Dwa mityczne potwory czyhały w ciemninie morskiej na powracającego do Itaki Odyseusza. Nie obyło się bez kłopotów bowiem Scylla pochłonięła ośmiu marynarzy z załogi. Jeżeli dziś mówi się: być między Scyllą a Charybdą, to oznacza sytuację bez wyjścia, bo wszystko jedno, bliżej którego z potworów znajdzie się bohater, efekt końcowy jest jednakowy. Zawsze się któraś bestia pożywi. Tego typu sytuacje aż nazbyt często pojawiają się w realizacji zadań ochrony zdrowia.

MIEDZY SCYLLĄ I CHARYBDĄ

musi się zdecydować, czy ma leczyć swojego pacjenta zgodnie z postępiami medycyny, czy zgodnie z tymi możliwościami, jakie posiada szpital nie wtajemniczając w to pacjenta.

Wydawać by się mogło, że kreowanie tych obłudnych, czułościowych postaw będzie należało do przeszłości, bo wspomnę o zgodzie pana Ministra (Faz.I 450/wyk.29/94) na rozszerzenie asortymentów, środków farmaceutycznych stosowanych wyłącznie w lecznictwie zamkniętym, które mogą być sprzedawane z aptek szpitalnych na podstawie recept ze 100% odpłatnością. Na tej liście znalazła się gąbka garamycynowa (cena za opakowanie ok. 200 zł) stanowiąca istotny postęp w leczeniu niektórych zakażeń układu kostno-stawowego. Cytowane pismo kończy się w sposób następujący: "Zgoda powyższa umożliwi zastosowanie wymienionych leków u pacjentów leczonych ambulatoryjnie bez potrzeby ich hospitalizacji".

Pomijam sprawę, że większość leków wymienionych w tej liście nie może być zastosowana poza szpitalem, bo np. gąbka garamycynowa i sepiol są implantowane w czasie operacji. Przewrotne stwierdzenie w tym końcowym akapicie pisma jest zachętą do falandzacji tej ustawy. Bo jeżeli pacjent zrealizuje receptę ze 100% odpłatnością przed przyjęciem do szpitala, to chyba będzie w zgodzie z tym humanitarnym przepisem, a i "kierownik" szpitala może tak zaopatrywać zakład w leki i materiały medyczne jak mu budżet pozwala. Zatem przyjmując pacjenta w stan chorych z już nabytym wcześniej lekiem można mieć sumienie spokojne, że spełniło się obowiązkiem względem pacjenta mając zamiar leczenia zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i być w zgodzie z przepisami.

Tylko czy aby tak naprawdę?

Tworzenie i wprowadzanie różnych przepisów, a to praw pacjenta, a to praw dziecka jest stosunkowo łatwe, tylko jak to wszystko ma być realizowane - rzec by można bezgotówkowo jakoś nie bardzo wiado-



Miedziane Centrum Zdrowia w Lubinie.

mo. Zgodnie z nadal obowiązującymi przepisami chory może wybierać sobie zakład leczniczy, w którym się będzie leczył.

Ale jak to ma się do naszej siemniejszej rzeczywistości. Dyrektorzy ZOZ-ów lub szpitali wojewódzkich dzielą się na dwie kategorie. Jedni w taki przypadku mówią - "a paszół ty mnie won - będzie mi tu taki obciążał budżet", którzy mam na swoich chorych z rejonu. Ci pozostali uważają, że pacjent z obcego rejonu może być źródłem dochodu i sądzą, że tak powinno być w przyszłości. Tylko, że nie jest to takie proste.

Od maja ubiegłego roku został wprowadzony przepis o konieczności skierowania pacjenta spoza rejonu do tego konkretnego szpitala i oddziału. Mimo tego, że jest to tylko podstawa do rachunku symulacyjnego, pacjenci zgłaszający się bez skierowania mają trudności z jego uzyskaniem, kiedy zostali o tej konieczności poinformowani.

Funkcjonuje tutaj kilka uwarunkowań, głównie natury psychologicznej. Stosunkowo łatwo kieruje się do wyżej kwalifikowanego ośrodka w sytuacjach zagrażających utratą życia przy złym rokowaniu, bądź jest to pacjent z tzw. marginesu społecznego.

Jak już wspominałem opieram się na przykładach, których dostarcza życie codzienne. Przy pourazowych powikłaniach w zakresie narządu ruchu lekarz leczący ma opory przy skierowaniu pacjenta gdzie indziej, bo ma przeświadczenie, że jego dotychczasowe postępowanie może zostać uznane, delikatnie mówiąc za nieprawidłowe. Jeszcze gorszą sytuacją jest taka, kiedy doktor uważa, że jest najlepszym chirurgiem w całej okolicy, który wszystko potrafi zoperować, a jeśli jest coś nie tak mówi pacjentowi przy powikłaniach infekcyjnych osteosyntezy - pana, pani organizm odrzuca metal.

Powstanie pytanie - co dalej?

Sytuacja, w jakiej znalazł się pacjent i lekarz może się rozwinąć w dwóch kierunkach. Albo jest dalej leczony w sposób nerwowy, proponuje się kolejne operacje, co zazwyczaj pogarsza sytuację, aby wreszcie trafić do specjalistycznego ośrodka w stanie bez szans na wyleczenie. Albo pacjent wypisuje się na własne żądanie i sam szuka ratunku. I teraz pytanie - co zrobić z takim chorym - przyjąć bez skierowania - czy odesłać. Bo jeśli zostanie przyjęty spoza rejonu bez skierowania, to naciżę refundacji, to narażenie się na zarzut niefrasobliwego obciążania budżetu. Je-

li fundusze będą wędrowały za pacjentem widzę też niebezpieczeństwo, że zamiast przelania gotówki dyrektor ZOZ-u będzie miał jeszcze jeden dług więcej, może nie tak pilny do płacenia, jak np. energetyce, telekomunikacji czy hurtowni żywności. Kolejny dług nie poprawi funkcjonowania szpitala, który się zajął leczeniem tego pacjenta.

Jeżeli zacznie działać mechanizm ekonomiczny, wtedy się okaże, że małe szpitale nie mają racji bytu, a w wielu wypadkach ekonomia wymusi podwyższenie kwalifikacji i konieczność zerwania z dotychczasowymi przyzwyczajeniami i przekonaniem, że wszystko co było dobre 15-20 lat temu ma nadal taką samą wartość. Należy też mieć świadomość, że liczba procesów o odszkodowanie za skutki popełnionego rzeczywistego lub domniemanego błędu lekarskiego będzie rosła. To również czynnik kształtujący realia ochrony zdrowia w przyszłości.

Istnieje też druga strona medalu. Moda i przekonanie pacjenta, że w tym szpitalu, klinice będzie lepiej, bardziej kompetentnie leczony niż w szpitalu rejonowym. A więc dalej poruszamy się między Scyllą a Charybdą. O atrakcyjności szpitala będą decydować nie tylko warunki "hotelowe", ale przede wszystkim kompetencje fachowe zespołu lekarskiego, życzliwość i troskliwość całego personelu. Również opinia wśród pacjentów nie zawsze jest oparta na pragmatycznych przesłankach.

To, że reformy w ochronie zdrowia być muszą nie ulega wątpliwości, tylko nie może to być krok do przodu, dwa kroki w tył, jak to wynika z dwóch wymienionych na wstępie pism sygnalowanych przez ministra. Ostatnio wiele się zaczyna dziać. W Lubinie w miejsce Gómiczo-Hutniczego Zespołu Opieki Zdrowotnej powstało Miedziane Centrum Zdrowia, które jest niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej. Tzw. Zespół Opieki Zdrowotnej dla reszty publiczności przekształci się w zakład budżetowy. Mamy zredukować liczbę miejsc w szpitalach - tak już z dnia na dzień. Ale o tym szerzej mam nadzieję napisać do następnego numeru "Medium".

Na zakończenie kilka uwag nie związanych z poruszanym tematem - coś na kształt post scriptum, garść wrażeń z X Zjazdu Delegatów DIL. Po raz pierwszy tłumnie pojawili się parlamentarzyści, którzy też tłumnie opuścili salę po zakończeniu części oficjalnej. Można zatem wnioskować, że wybory do parlamentu są na horyzoncie. Wypowiedzi delegatów ułożone - w delegaturach współpraca z administracją rządową znakomita. Aż łza się w oku kręci, kiedy wspomnę burzliwe, pełne namietności, aby nie powiedzieć zacietrzewienia, dyskusje na zjeździe dwa lata temu.

Refleksje w dniu otrzymania odznaki "Zasłużonemu - Polskie Towarzystwo Lekarskie".

Zuzanna Morawska

Historia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego jest odbiciem historii medycyny sprzed pierwszej i drugiej wojny światowej.

W latach powojennych we Wrocławiu posiedzenia PTL miały charakter powojennych spotkań profesorów, lekarzy praktyków i studentów medycyny. W latach 50. na wieczorne posiedzenia przychodzili profesorowie katedr teoretycznych i klinicznych, ordynatorzy oddziałów szpitalnych. Obecność profesorów: Alberta, Brossa, Falkiewiczów, Hirszfeldów, Marciniaka, Kaniaka, Kowarzyków, Czyżewskich, Wierzbowskiej zawsze dodawała dyskusji charakteru analizy naukowej i budziła respekt, zapowiadała ciekawą, czasem do wyczerpania wymianę poglądów, dlatego te spotkania cieszyły się dużym zainteresowaniem młodych lekarzy.

Pamiętam, kiedy student czwartego roku, obecnie profesor medycyny poza Polską, zabrał głos w dyskusji na temat chorób tarczycy popisując się znajomością literatury zachodniej. Było to komentowane jako dowód odwagi, ale też jako przejaw młodzieńczej zarozumiałości.

Należy wspomnieć, że bez żadnych

administracyjnych zaleceń, doktoranci mieli ambicję przedstawić tezy swoich prac doktorskich i habilitacyjnych na posiedzeniu PTL. Wszyscy bali się prof. Kowarzyka - dyskutanta, który często odświeżał plewy od ziarna. Słowa uznania były zawsze zachętą do dalszej pracy.

W ostatnich dziesięcioleciach dorobek Polskiego Towarzystwa Lekarskiego w propagowaniu nauk medycznych jest oczywisty. Musimy też pamiętać o dużej roli PTL w działalności kulturalnej, społecznej i patriotycznej w Polsce.

Kolejni prezesi PTL mieli ciekawą osobowość i byli poważnymi autorytetami w swoich specjalnościach. Sekretarzami byli oddani swojemu szefowi adiunkci, na ich barkach spoczywała organizacja posiedzeń. Skarbnicy mieli niewdzięczną "rolę" zbierania zaległych składek członkowskich.

Do Zarządu Oddziału Wrocławskiego PTL zostałam wybrana za kadencji prof. J. Kaniaka. Do obecnej kadencji uczestniczę w pracach Zarządu. Miałam więc okazję śledzić z bliska ogromny wysiłek kolegów prezesów w utrzymaniu prestiżu naukowego tej organizacji. Trzeba pamiętać, że przez wiele lat członkowie Zarządu Głównego PTL i zarządy oddziałów propagowały opinię o konieczności odtworzenia izb lekarskich, pracowały nad statutem tej organizacji.

Obecnie można postawić pytanie, czy potrzebne jest Towarzystwo Naukowe kontynuujące tradycje Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, gdy rozkwita tak wiele specjalistycznych towarzystw naukowych.

Wielką sztuką jest łączenie osiągnięć z różnych specjalności w całość wiedzy o człowieku. Polskie Towarzystwo Lekarskie ma w swoich statutowych obowiązkach trudne zadanie integrowania lekarzy specjalistów, praktyków, naukowców i stara się wypracować oryginalne i skuteczne metody realizacji tego zadania. Od kilku lat programy posiedzeń są opracowywane przez specjalistów pokrewnych dziedzin, tematy dotyczą współczesnej ochrony zdrowia i postępu w naukach medycznych. O właściwym wyborze kierunku zaświadcza dobra frekwencja na posiedzeniach. Polskie Towarzystwo Lekarskie ma ogromne możliwości rozwoju działalności naukowej, społecznej i kulturalnej, mogą ją zainicjować wybitne indywidualności z wyobraźnią naukową i zdolnościami organizacyjnymi. Taką działalność mogłyby finansować PTL, Izba Lekarska i sponsorzy. Tematy do dofinansowania i realizacji byłyby wybierane drogą konkursu.

Prof. dr Zuzanna Morawska jest kierowniczką Katedry i Kliniki Nefrologii i Pediatrycznej AM we Wrocławiu.

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego podjął decyzję o nagradzaniu od 1995 roku najlepszych prac naukowych przedstawianych na posiedzeniach Towarzystwa. Nagrody przewidziano dla młodych członków Towarzystwa Lekarskiego przedstawiających własne oryginalne osiągnięcia. Decyzję tę podjęto w celu zachęcenia młodych Kolegów do przedstawiania wyników własnych badań naukowych.

Kolegium Naukowe na posiedzeniu w dniu 21 lutego 1996 r. przyznało nagrodę za 1995 rok Kol. lek. Katarzynie Szymkowiak za pracę pt.: "Czynniki ryzyka, obraz kliniczny i diagnostyka nieinwazyjna tętnic dogłowych".

Dyplom Towarzystwa Lekarskiego wraz z nagrodą pieniężną wręczono na posiedzeniu naukowym Oddziału Wrocławskiego PTL 13 marca 1996 r. Serdecznie gratulujemy Pani Doktor tego zaszczytnego wyróżnienia.



U źródeł postępowania w oświeceniu legła filozofia "użyteczności" Bentham'a. Miała wpływ na myślenie lekarskie, bo przyjmowała za "moralne" to, co jest użyteczne dla większości. Rozpoczęła się oświeceniowa dyskusja o zachowaniu etycznym. W efekcie i etykę, i higienę sprzęgnięto w tzw. "higienę moralną". Zdradę tajemnicy lekarskiej uznano za karalną. Powstanie tzw. medycyny policyjnej nałożyło na lekarzy obowiązek dozoru nad domami rozpusty i walki ze sztucznymi poronieniami.

W oświeceniu "umiędzynarodowienie" lekarzy znacznie podniosło ich status społeczny. Zarobki niektórych były ogromne. Uszczupliła to dopiero Rewolucja Francuska przez ogólne zubożenie. W społeczeństwie narastało zrozumienie dla lekarza, a także zaufanie do jego rad nie tylko lekarskich, ale i ludzkich. Dla niedowiarków, których nie brakowało, lekarz był opiekunem duchowym. W tym absolutystycznym systemie stał się autorytetem dla pacjenta. Lekarzami urzędowymi mogli być tylko lekarze promowani, w tym także lekarze-chirurdzy. We Francji porewolucyjnej powstała jedynka instytucja "urzędników zdrowia", lekarzy, którzy do cięższych przypadków musieli wzywać doktorów.

Garrison napisał: "Wiek XVIII był okresem rozkwitu lekarza praktykującego z sukcesem, ale i... szarlatanów".

XIX w. przyniósł wraz z pozytywizmem, a wcześniej jeszcze filozofia przyrody i romantyzmem, nowe impulsy do zachowania lekarzy. Dyskutowano nad stosunkiem nauk przyrodniczych do religii. Stawiano takie hasła jak: "Leczenie zbliża do Boga. Lekarz ma wkraczać w dzieło Boże. Jest po prostu zastępcą Boga". Nie wymagano już od lekarza wypełniania nakazów, lecz jedynie potwierdzania w praktyce religijnych postulatów moralnych. Padło sformułowanie: "Lekarz bez wiary jest lekarzem bez miłości".

XVIII stulecie było dobrym okresem dla praktykującego lekarza, w XIX w. ogólne położenie pogorszyło się. W najtrudniejszej sytuacji byli młodzi lekarze. W erze Metemichowskiej biurokracja zmuszała ludność do korzystania z lekarzy urzędowych, a na opłacanie innych ludzi byli za biedni. Prowadziło to do strzeżenia źródeł zarobkowania, dyskredytowania kolegów, wymuszania przy łóżku chorego i bezwstydnego reklamy.

Towarzystwa lekarskie nie miały wpływu na etykę. W istniejących zarządzeniach nie było podstaw do zapobiegania niedomaganiom. Stan lekarski był o wiele ściszej związany z państwem niż dawniej i później (aż do naszych czasów). Wielu lekarzy było jak urzędnicy w bezpośredniej zależności od państwa. Urzędowe kolegia lekarskie miały prawo nadzoru nad lekarzami praktykującymi. Groźono lekarzom karą za niedokładne wypisywanie recept. Prowadzono obserwacje zachowania się lekarzy.

W okresie Wiosny Ludów lekarze twierdzili, że ich życie zawodowe przebiega wśród społeczeństwa i powinno podlegać jego osądowi. Chcieli składać przysięgę zawodową nie państwu, lecz swej organizacji. Nie organa urzędowe, ale wybrani przez nich samorząd powinni rozstrzygać, co kto umie i kto wystąpił przeciwko obowiązkowi zawodowemu. Wynikła dyskusja, czy lekarza należy zaliczyć do urzędników, czy rzemieślników (później do wolnych zawodów). Wielu lekarzy czuło się lepiej będąc opłacanymi przez państwo z ograniczeniem konkurencji. Przeciwno temu walczyli młodzi. Za ograniczenie wolności uznano to, że bezpłatne leczenie ubogich, którego i tak dobry lekarz nie odmawia, jest przez państwo

Prawość, opanowanie i mądrość (cz.2)

Prof. dr hab.
Tadeusz Heimrath

wymagane, podobnie jak i wydawanie nieodpłatnych zaświadczeń w służbie państwowej. Lekarz podlegał "przymusowi leczenia".

Niektórym wydawało się, że czuwanie nad etycznym zachowaniem lekarzy przez korporację jest zbyt ciężkie, bo w demokracji nie powinno być żadnej wydzielonej godności zawodowej. Z wprowadzeniem w Niemczech ustawy o zawodach przyszła nieszczęsna "wolność leczenia", która oddawała pacjentów także w ręce znachorów. Tradycyjna przysięga lekarska wypowiediana przed dopuszczeniem do praktyki została zniesiona. Tylko tytuł lekarza był chroniony. Trwała nadal dyskusja na temat etosu i przyrodniczego lub humanistycznego sposobu patrzenia. Tworzono idealny portret lekarza nauczającego przy łóżku chorego, a nie w laboratorium. Wiedza przyrodnicza ma inne cele niż medycyna. Lekarz ma leczyć i pomagać. Religijność lekarza miała się ujawniać jako wierność obowiązkowi.

Wprowadzenie w Niemczech ubezpieczeń skomentowano później zdaniem

Zapominano, że więź lekarza i pacjenta jest zawsze indywidualna i oparta na zaufaniu. Wynikło niebezpieczeństwo "upaństwowienia pacjenta".

"Protokoły debat parlamentarnych nie są przyczynkiem do sławy dzieł stosunków pomiędzy polityką a medycyną". Lekarze przy organizacji ubezpieczeń byli pomijani. Zapominano, że więź lekarza i pacjenta jest zawsze indywidualna i oparta na zaufaniu. Wynikło niebezpieczeństwo "upaństwowienia pacjenta". W walce między kasami chorych a lekarzami, ci ostatni zostali uwikłani w gry polityczne, zaczęli sięgać po broń strajku przeciwko kasom jako pracodawcom.

Od wprowadzenia ubezpieczeń społecznych wiodło się lekarzom coraz gorzej. Przy specjalizacji i "upaństwowieniu" nie było już miejsca dla starego lekarza domowego. Pewność, że dopuszczenie do kas chorych zapewni minimum egzystencji, a wielkie zarobki poszczególnym "rekinom kasowym", wywołało masowy napływ na studia lekarskie. Ostra walka o przetrwanie prowadziła do konfliktów.

Prawie wszyscy lekarze w Europie należeli już do związków, które stawały się autorytetami w sprawach etyki i godności zawodowej. Brakowało jednak regulacji prawnej do karania przewinień lekarskich, przeciwko którym prawo karne nie miało żadnych przepisów. Za lekarzy niegodnych zawodowo uważano współpracujących z homeopatami. Obok sądów honorowych w organizacjach lekarskich, potrzebne były sądy przewidziane w prawodawstwie państwowym. I tak doszło do powstania Izby Lekarskich jako prawnopublicznych ciał wszystkich lekarzy należących tam przymusowo. Izba była zobowiązana do wydawania opinii w sprawach lekarskich i mogła zawieszać kary wydane przez powołany przez nią sąd, od którego nikt nie mógł się uchylać.

Przed wprowadzeniem państwowych ubezpieczeń zdrowotnych było oczywiste, że pacjent decydował przez kogo chce być leczony. Nowe prawo upoważniało kasy do kierowania swoich członków tylko do ograniczonego koła lekarzy. Związki lekarzy broniły się przed tym ograniczaniem wolności ubezpieczonych. Szybko wybuchła walka o "wolny wybór lekarza"; przetrwała ona stulecie i nie dała do dzisiaj rozwiązań, które zadowoliliby wszystkich zaangażowanych, tj. chorych, lekarzy i ubezpieczalnie.

Starałem się przedstawić sytuację bytową lekarzy na przestrzeni wieków, ponieważ odbijała się ona, obok polityki, na ich zachowaniu i samopoczuciu. Wpływał z niej także stosunek do odpowiedzialności zawodowej.

Rozwój sytuacji w Polsce przebiegał podobnie, również jeśli chodzi o kodyfikację etyczną. Powstawała niezależnie od praw ogólnych. W Polsce zaczęło się to prawdopodobnie od przysięgi doktorów medycyny w Akademii Krakowskiej w XV w. Była ona prawie wiernym powtórzeniem przysięgi hipokratesowej. Najstarszy dostępny dokument zawiera obok przysięgi także normy postępowania. Określały one warunki wykonywania zawodu. Nakazywały utrzymywanie tajemnicy lekarskiej.

W późniejszej o 400 lat "obietnicy fakultetowej" na uczelniach medycznych XIX-wiecznej Warszawy stwierdza się kontynuację poprzednich wzorów. Te skrócone wykładnie stawały się jednak niewystarczające. W XIX w. rozpoczęto tworzenie kodeksów deontologicznych. Najstarszy powstał w Anglii. Pierwszym polskim były "Uchwały Towarzystwa Lekarskiego Galicyjskiego". Mówiły one o zakazie postępowania niegodnego i chronieniu interesów zawodowych. W Warszawskim Towarzystwie Lekarskim wydano "Zasady obowiązków i praw lekarzy". Zawierały one w 88 artykułach reguły postępowania z pacjentami, lekarzy między sobą oraz obowiązki społeczne i naukowe.

W Poznaniu zatwierdzono "Ustawy etyczne Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk".

W 1907 r. przyjęto wspólny dla wszystkich zaborów "Kodeks Deontologii Lekarskiej". Był on honorowany przez systemy prawne państw zaborczych i przypomniany w Polsce niepodległej. W tej postaci był wykorzystywany w międzywojennych Izbach Lekarskich. W latach po II wojnie światowej lekarz stał się bardziej elementem administracji niż samodzielnym podmiotem. Spowodowało to spadek zainteresowania własnymi normami, a podporządkowanie się prawodawstwu ogólnemu. Owszem, pewien obszar odpowiedzialności pozostawiono do orzekania w Okręgowych Komisjach Kontroli Zawodowej, lecz bez oparcia na kodeksie etycznym. Nie oznacza to jednak, że postępowanie zależało wyłącznie od umiejętności poruszania się w prawodawstwie powszechnym. Lata tradycji ugruntowały wśród lekarzy, także i nowych generacji, kierowanie się przyzwoitością i poczuciem odpowiedzialności.

Potrzeba skodyfikowania własnych norm trwała jednak i skutkiem tego było



Lekarz na sali szpitalnej w XVII w.

uchwalenie w 1966 r. "Zbioru zasad etyczno-deontologicznych polskiego lekarza" przez delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego oraz nowelizacja "Zasad" przyjęta 10 lat później. Ostatnim aktem stało się uchwalenie Kodeksu Etyki Lekarskiej na II Zjeździe Krajowym Lekarzy w 1991 r. I tu podam kilka refleksji na temat wykorzystania tego "oręża" w działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej DIL. Jak w konfrontacji z Kodeksem przedstawiają się zachowania lekarzy? Otóż blisko 4-letnia praktyka wykazuje pewne powtarzające się zarzuty, z których część tutaj wymienię. W ocenie postępowania lekarza wobec pacjenta zwraca uwagę niepodjęcie leczenia w przypadkach niecierpiących zwłoki, np. w Pomocy Doraźnej i Izbach Przyjęć. Należy tu niewykonanie czynności diagnostycznych i leczniczych potrzebnych choremu i zgodnych z aktualnym stanem wiedzy. Jakość opieki obniża niestranne prowadzenie tych czynności, także i zapobiegawczych, bez poświęcenia temu koniecznego czasu. Zdarza się podjęcie leczenia bez zbadania pacjenta lub bez odpowiednich kwalifikacji zawodowych. Przeciw prawom pacjenta przemawia niezbytliwe traktowanie go bez poszanowania

Zdarza się podjęcie leczenia bez zbadania pacjenta. Przeciw prawom pacjenta przemawia niezbytliwe traktowanie go bez poszanowania godności.

godności. Zdarza się wykorzystanie pacjenta w celu nielecniczym. Jako zarzut dodatkowy pojawia się nieudzielenie pacjentowi zrozumiałe dla niego sformułowanych wyjaśnień, np. w przypadku ryzyka planowanych zabiegów chirurgicznych. Ujawnia się lekceważenie osób bliskich choremu, a wyrażających swą troskę. Zarzuca się lekarzom pominięcie koniecznych konsultacji i nieprzekazywanie chorych do właściwych ośrodków oraz zbyt późne naprawianie skutków błędów. Nie jest rzadkością niedochowanie tajemnicy lekarskiej. Jako zarzut dodatkowy wychodzi na jaw nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji lekarskiej. W stanach terminalnych pojawiają się skargi na złe traktowanie beznadziejnie chorych. W stosunkach między lekarzami zarzucają sobie oni wypowiadanie niekorzystnych opinii w obecności innych lub w prasie niemedycznej. Tutaj także wychodzi znowu sprawa doradczej roli konsultacji przy głównej odpowiedzialności lekarza prowadzącego.

Przeciw zasadom postępowania w instytucjach ochrony zdrowia przemawiają zarzuty o nieuczciwe wypełnianie zobowiązań. Przejawia się arogancją w stosunku do personelu medycznego. Stawia się

zarzuty o nietrzeźwość w czasie pracy. Jako zarzut dodatkowy wysuwa się uzależnianie leczenia od różnych świadczeń. Przeciw zasadom z rozdziału "lekarz a społeczeństwo" zdarzają się skargi na odmawianie nagłej pomocy lekarskiej poza instytucjami do tego powołanymi. Lekarze są natomiast często obrażani - co mieści się także w Kodeksie.

Czy wobec tak szerokiej odpowiedzialności lekarza: kamej, cywilnej, administracyjnej i dyscyplinarnej, jest właściwie jeszcze miejsce na odpowiedzialność zawodową? Jak w żadnym innym zawodzie lekarz poddany jest tylu sankcjom. Czy jest potrzebna odpowiedzialność zawodowa i układanie kodeksów? Pytanie to postawił kiedyś Biegański, uważany za jednego z ojców etyki lekarskiej. Uważał, że najważniejsze jest dla lekarza sumienie, które nakazuje mu takie, a nie inne postępowanie. Na pewno było to stwierdzenie idealizujące postawy, ale nie lekceważyłbym tego czynnika.

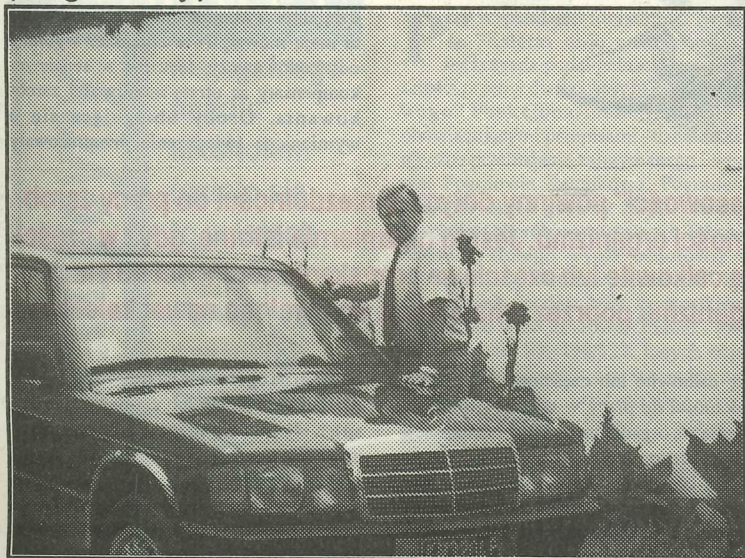
Pozostaje jeszcze odpowiedzialność przed własnym sumieniem, czasami dzielona przez lekarza, na którego wpłynęła skarga, ze składającym skargę, ale faktycznym sprawcą choroby lub nawet czyjeś zgonu. Najlepiej ilustruje to przykład zatrucia grzybami zebranych przez gospodynię domu, co spowodowało zgon dzieci. Rodzina mająca świadomość, że sama nie dopilnowała zdrowia najbliższych, ma instynktowną potrzebę zrzucenia własnego udziału w winie na lekarza, podzielenia się z nim odpowiedzialnością. Dochodzenie swego ma wtedy charakter zawziętej determinacji.

Oczywiście mówi się o rygorystyczności sankcji wobec lekarzy, ale co powiedzieć o karzącej roli sumienia? W znanej mi z relacji zainteresowanych sprawie lekarz dokonujący zabiegu u dziecka, przeoczył u niego ciężkie powikłanie. Dziecko zostało uratowane, aczkolwiek nie było odpowiednio zabezpieczone przed zabiegiem. Pozycja cieszącego się dotąd zasłużoną sławą lekarza była zachwiana. Wywołało to u niego taki uraz, że sam wymierzył sobie najwyższą karę, nie mieszczącą się przecież ani w kodeksie karnym, cywilnym, postępowaniu dyscyplinarnym czy zawodowym. Nie wymienię jej, bo była ostateczna. Przytaczam tę historię po to, aby wykazać, jak potężnym czynnikiem poza wszystkimi innymi jest odpowiedzialność lekarza przed własnym sumieniem. Nie można o tym zapominać.

Wykład inauguracyjny, wygłoszony w czasie uroczystości otwarcia roku akademickiego 1993/1994 w dniu 5 października 1993 r.

Safari i AIDS

(ciąg dalszy)



Profesor Wacław Kornaszewski w Kiushosa przy swoim samochodzie

Prowadząc Klinikę Chorób Tropikalnych i Zakaźnych od 1972 r. przeżyłem różne epidemie, ale epidemia AIDS najbardziej zaciążyła na mojej pracy. Nie były to problemy laboratoryjne ze skomplikowanymi urządzeniami do wykrywania wirusa, lecz sposób jego działania u moich nieszczęśliwych chorych na AIDS. W porównaniu ze wszystkimi znanymi mi chorobami tropikalnymi i zakaźnymi AIDS wyróżniał się bardzo przebiegłą formą zakażenia. Nie pozostawiał śladów w miejscu wtargnięcia do organizmu, co jest typowe w wielu znanych chorobach tzw. wenerycznych. W tych przypadkach czas pojawienia się pierwszych objawów chorobowych od prawdopodobnego zakażenia też był bardzo różnicowany, co utrudniało ustalenie dokładnej daty zakażenia i partnerów odpowiedzialnych za zakażenie.

Dotychczas nie było w mojej klinice takiej choroby, która manifestowałaby się tak wielorakimi objawami i z tak różną lokalizacją. Jednak w miarę dużego napływu chorych na AIDS nauczyliśmy się tej nowej choroby z własnych obserwacji, zanim światowe źródła zebrały wszystkie dane. W 1984 r. na zaproszenie PAN-u w Krakowie przedstawiłem około 150 przełomowych moich chorych wraz z opisem objawów i przebiegu. Wiele moich zdjęć chorych na AIDS znalazło się wtedy w licznych pracach i podręcznikach w różnych krajach. Byłem w centrum tej nowej epidemii. Surowie chorych wysyłałem dla prof. Zagury z Uniwersytetu M. Curie w Paryżu, do instytutów w Niemczech i Belgii do dalszych opracowań zamrożone w specjalnych pojemnikach.

Nowa epidemia zaważyła na mojej pracy zawodowej i życiu w Afryce. Zaczęłem jeździć po świecie na różne kongresy AIDS, przedstawiając swoje obserwacje, a także próby leczenia tej choroby za pomocą wyciągów z grasicy, a także propozycję prof. Aleksandrowicza i jego ucznia Skotnickiego. Niestety, w porównaniu do opracowań przebiegu choroby z innych europejskich i amerykańskich ośrodków leczenia AIDS, moje prace miały gorszą dokumentację laboratoryjną, nasza klinika nie miała na to środków. Rozpoczęła się olbrzymia rywalizacja między instytutami naukowymi o miliony dolarów, które bogate kraje zaczęły przyznawać na ten cel. Do wyścigu o sukces włączyły się potężne firmy farmaceutyczne. Bardzo dumne francuskie środowiska naukowe, nie mogły zapomnieć Galo wyników współza-

prof. dr
Wacław Kornaszewski

wodnictwa w badaniu wirusa HIV. Galo był wspaniałym badaczem wirusów. Niestety, stracił szansę na Nagrodę Nobla, gdy dziennikarze z *Chicago Tribune* donieśli, że opracowany przez Galo test został wykonany z zamrożonych próbek przygotowanych przez Francuzów. Specjalna komisja znalazła owe próbki zamrożone u Galo, a dokładna analiza dokumentacji laboratoryjnej potwierdziła ów wielki "skandal" naukowy. Przy okazji został potępiony bliski współpracownik Galo, Popovic. Wydawało się, że Galo zostanie całkowicie odsunięty i nikt nie poda mu ręki, tymczasem brał udział w światowym zjeździe w Berlinie i wygłaszał referaty. Nawet bardzo zasłużeni naukowcy mają swoje wloty i upadki. Jak wirus HIV wyhodowany przez Mantagner we Francji posłużył Galo do opracowania owego testu, pozostanie tajemnicą. Mieliliśmy skromne sukcesy w leczeniu AIDS wyciągami z grasicy, cieszyliśmy się, gdy chorzy poprawiali się. Nauczyliśmy się też leczyć towarzyszące schorzenia oportunistyczne. Zespół moich asystentów i siostr miał w tym swój udział.

Przeżywałem też ciężkie chwile. Wyjechałem do Instytutu Medycyny Tropikalnej w Hamburgu próbki krwi chorych na AIDS, dołączyłem dla kontroli także próbkę własnej krwi. W odesłanych wynikach, przy moim nazwisku była adnotacja "pozytywny". Przez 6 dni, do czasu wyjazdu do Hamburga na kontrolę, czułem się zarażony. Było to prawdopodobne, miałem przecież stały kontakt z chorymi.

Po dokładnych badaniach w Hamburgu pierwsza diagnoza okazała się pomyłką. Byłem więc przez tydzień HIV seropozytywny.

Wobec gwałtownego wzrostu chorych na AIDS i wielu zgonów, rektor Uniwersytetu poprosił, bym zaplanował akcję profilaktyczną. Byłem wtedy dziekanem Wydziału Lekarskiego do spraw naukowych. Wraz ze swoimi asystentami opracowałem obszerny program publicystyczny. Informował on szeroko społeczeństwo o zaistniałym zagrożeniu. W radio i telewizji zaczęły ukazywać się opracowane przez nas slogany. Udało się też zainspirować miejscowych artystów do skomponowania piosenek i ułożenia małych scenek. Piosenki o AIDS i zapobieganiu zarażeniu stały się popularne i

śpiewali je nawet uliczni czyszciele butów. Był to duży sukces.

Z nocnych wspomnień o stałym zagrożeniu, o szczęściu, że się nie zaraziłem, o roli wirusa HIV w mojej pracy i życiu w Afryce, wyrwał mnie kapitan antka, który już zredukował pracę silników i oddał drążek steru do przodu i zaczął obniżać lot i podchodzić do lądowania na Palma de Mallorca. Wokół ciemność. Przebijamy się przez chmury gęste jak mleko. Jesteśmy o kilkaset kilometrów bliżej południa. Wreszcie w falach mgły oświetlone lotnisko, dla ukraińskiego kapitana antka to nie straszne. Kołuje. Milkną silniki. Delikatnie dotyka płyty lotniska. Ogarnia nas kompletna cisza. Z wieży portu krótka informacja. - Start po świcie, kiedy opadną mgły.

Ze snu w niewygodnym fotelu budzi mnie miarowy stuk pompy, która pompuje nam paliwo. Trzeba wziąć jak najwięcej, około 3 ton, by przeskoczyć Morze Śródziemne i wylądować, już na Saharze. Ciągle jeszcze nie widzimy kawałka niebieskiego morza. Wszystko otula gęsta ranna mgła, a słońce kryje się w chmurach. Chłodno. Tam, w Afryce, ciepłutka woda w rzece, basenach przez cały rok. Tutaj turyści na ciepłe morze czekają jeszcze kilka miesięcy. Usilnie myślę. - Lećmy już po słońce. Życzenie spełnia się prawie natychmiast. Antek startuje. Rozgania resztki przyziemnych mgieł. Kurs na Algierię.

Znów przyplwają wspomnienia. W latach siedemdziesiątych Polservice kierował do Algierii wielu Polaków. Była to forma pomocy dla socjalizującego kraju. Natomiast miejsca pracy w Zairze nie były wynikiem starań Polservice'u.

Do kontraktów w Zairze doszło w ten sposób, że ówczesny sekretarz akademicki, jezuita, profesor, kanonik Plevouts, czując się wciąż odpowiedzialny za funkcjonowanie największego w Afryce Centralnej Uniwersytetu, który przecież był, jezuita, z olbrzymim wysiłkiem i wielką starannością zbudowali, musiał szybko uzupełnić kadre profesorską. Bowiem wielu profesorów Uniwersytetu, Belgów odczuwało nieprzychylną nową, czarnej administracji. Czuli się też obrażeni, że za wiele trudu i pracy włożonej w Uniwersytet, nowi gospodarze kraju traktują ich nieprzychylnie. Role się zmieniły. Kanonik Plevouts, także Belg, za wszelką cenę chciał zdobyć nowych wykładowców. Opowiadał mi, że spoglądał na mapę Europy i szukał komu składać propozycje. Francuzi woleli pracować w swoich dawnych koloniach, Belgowie się obrazili, Niemców nie lubił. Wybór padł na Polaków i Rumunów. Polecił do Warszawy, gdzie jego przewodnikiem po kościołach i zabytkach sakralnych, był profesor Leszczyński, ginekolog z Łodzi. On sprawił, że już w czasie tego pobytu kanonika, rozpoczął nabór do Zairu. Polservice nie był zachwycony wysyłaniem Polaków do kraju, który był w sferze wpływów zachodnich. Ważniejsza była Algieria i polityczne prosowieckie zobowiązania dyrekcji Polservice'u. Nie obchodził ich aspekt naukowy i uznanie dla nauki polskiej, która mogła być reprezentowana na uniwersytetach Afryki Podzwrotnikowej.

W Algierii bardzo łatwo było Polservice'owi przeprowadzić kontrakty zbiorowe wysyłanych tam Polaków, którym beczelnie i bezkarnie zabierano większość wypłacanych im przez rząd algierski zarobków dewizowych. Polservice usiłował wprowadzić w Zairze podobny system kontraktów zbiorowych. Zairczy jednak zorientowali się, że będzie to nowa forma okradania polskich profesorów, którzy i tak płacili wysoki haracz dewizowy. Delegata Polservice'u, dr. Szczygła z Olszki odesłali z kwitkiem.

Przez Algier, nad którym właśnie lecieliśmy, przewinęło się bardzo wielu kolegów lekarzy. Pomimo ubeckiego nastawienia Polservice'u i sztywnych paszportowych, polscy lekarze garnęli się na wyjazdy zagraniczne, na których można było zarobić dewizy bez utraty paszportu. Od pracujących w Algierii słyszałem zachwyt nad urokiem bezkresnych piaszków Sahary uplastycznionych zachodzącym słońcem. Spoglądałem na Saharę z samolotu, podziwiałem ostre kontury skalistych wzgórz. Z opowiadań kolegów pamiętam, że przywiązywali się do nowych stanowisk pracy, do kraju, jego starej kultury, ciepłego morza. Kiedy się zaadaptowali, po czterech latach pobytu, Polservice ścia-

Dotychczas nie było w mojej klinice takiej choroby, która manifestowałaby się tak wielorakimi objawami i z tak różną lokalizacją. Jednak w miarę dużego napływu chorych na AIDS nauczyliśmy się tej nowej choroby z własnych obserwacji, zanim światowe źródła zebrały wszystkie dane.

gał ich bezwzględnie do kraju, nie zważając zupełnie, że dopiero teraz polski specjalista jest pełnowartościowym pracownikiem w obcym środowisku. Traktowali nas jak szynki eksportowe. W Wydziale Współpracy z Zagranicą Ministerstwa Zdrowia, gdzie od humorów dyrektora Siekluckiego i jego długoletnich współpracowników, zależało "być albo nie być" za granicą. Nikt nie liczył się z interesem lekarzy. Ciekawe, czy ci ludzie czują się dziś odpowiedzialni za nieszczęścia, tragedie, rozbiście wielu rodzin doświadczonego pedagogów? Czy zdają sobie sprawę, że straszeniem, wstrzymywaniem paszportów, groźbami utraty miejsca pracy w macierzystej uczelni, przyczyniali się do decyzji definitywnego zerwania z ojczystym krajem? Czy wiedzą, że są odpowiedzialni za emigrację setek Polaków i ich rodzin, którzy woleli pójść na niepewny obcy chleb, aniżeli drzeć przed decyzją urzędnika Polservice'u i Ministerstwa Zdrowia, którzy mogą siłą, wstrzymując paszporty zatrzymać ich w kraju. Kiedy tam w Afryce potrzebują go, doceniają i dlatego może lepiej mu płacić. Nie znaczyło to jednak, że lekarze ci nie chcieli wracać do kraju, nie chcieli lokować swoich ciężko zarobionych dewiz w polskich bankach. Czy owi pracownicy Polservice'u nie mają dziś wyrzutów sumienia, że swoją bezduszną działalnością spowodowali wiele tragedii. Jedną z nich jest historia żony znanego wrocławskiego matematyka, która popełniła samobójstwo, bo kilka razy odmawiano jej paszportu i nie mogła zobaczyć się ze swoim

mężem, który pracował w Algierze. Byłem świadkiem tego wydarzenia. Starałem się uspokoić rozdygotaną, płaczącą żonę matematyka, gdy wróciła z Polservice'u z odmową paszportu.

Czy podeksytowała mnie czerwień wschodzącego nad Saharą słońca, że ogarnęła mnie wściekłość na to, co wyprawiali z nami urzędnicy wspomnianych instytucji. Odczułem żal, że wśród rozrachunków z przeszłością nikt nie podniósł sprawy i okoliczności wymuszanej na Polakach w ten sposób emigracji.

Sam przeżywałem też szarpaninę, kiedy przykazywano mi - proszę bezwzględnie wracać do dnia... Proszę złożyć paszport. Proszę zapłacić, bo nie wydamy paszportu. Pisanie odwołania jest bezcelowe. Nawet gdy w 1988 roku miałem pewne sukcesy w leczeniu chorych na AIDS i leciałem na światowy kongres do Sztokholmu. Miałem tam opowiedzieć o unikalnych obserwacjach moich chorych na AIDS, przecież przebywałem w centrum epidemii. Wtedy również urzędnik Polservice'u kategorycznie odmówił mi paszportu do Szwecji, mówiąc: - Polski nie obchodzi co pan tam sobie piszesz, trzeba płacić. Argumentowałem, że z Zairu nie płacą nam już od dwóch lat. Odpowiedział: - No to po co tam siedzisz? - Mam rozpoczęte prace i trudno mi z dnia na dzień zwinąć wszystko. Urzędnik był bezwzględny jak większość z nich. Ponieważ bardzo chciałem wystąpić w Sztokholmie, pożyczylem dewizy i zapłaciłem. Nie śmiałem się przeciwstawić, protestować, bo mogłem zdenerwować surowego urzędnika i nie chciałby wydać paszportu mojej żonie.

SPOTKANIE Z PROFESOREM ANDRZEJEM STECIWKO

na temat kształcenia lekarzy rodzinnych odbędzie się 8 maja 1996 roku o godz. 15.00 w Klubie "Arka Medyka" Delegatury DIL w Jeleniej Górze przy ul. Sobieszcowskiej 8.

Zapraszamy wszystkich zainteresowanych.

Pełnomocnik Delegatury DIL
w Jeleniej Górze
lek. stom. Aldona Białas

Komisja Nauk Medycznych Wrocławskiego Oddziału Polskiej Akademii Nauk
Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego
Oddział Wrocławski Towarzystwa Internistów Polskich
Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy

Firma farmaceutyczna Sanofi Winthrop Chinoin
mają zaszczyt zaprosić na posiedzenie naukowe poświęcone

AKTUALNYM PROBLEMOM ZWIĄZANYM Z CHOROBA ALZHEIMERA

Posiedzenie odbędzie się 12 czerwca 1996 roku o godz. 11.30 w Sali Konferencyjnej Hotelu "Wrocław" we Wrocławiu, ul. Powstańców Śląskich 5/7

Program posiedzenia:
11.30 Prof. dr Roman Smolik:
Wprowadzenie. Choroba Alzheimer - problem ogólnolekarski.
11.40 Prof. dr Andrzej Kiejna:
Aloja Alzheimer - człowiek i jego dzieło.
12.00 Doc. dr Maria Sasiadek,
prof. dr Józef Jagielski:
Genetyczne uwarunkowania choroby Alzheimer.
12.25 Dr Jerzy Leszek:
Czynnik immunologiczny w chorobie Alzheimer.

12.45 Przerwa (kawa).
13.00 Dr Bogusław Paradowski:
Klinika zespołów ośrodkowych.
13.25 Dr Jerzy Leszek:
Nowe możliwości leczenia choroby Alzheimer.
13.45 Doc. dr Wanda Laskowska-Studniarska (przedstawiciel naukowy firmy Sanofi):
Jumex - nowe możliwości w leczeniu choroby Alzheimer.
13.55 Dyskusja.
14.10 Lunch.

Serdecznie zapraszamy!

Przewodniczący
Komisji Nauk Medycznych PAN
Prof. dr Roman Smolik
Przewodniczący
Oddziału Wrocławskiego PTL
Prof. dr Tomasz Szepletowski

Przewodniczący
Oddziału Wrocławskiego TIP
Prof. dr Walentyna Mazurek
Przewodniczący
Oddziału Wrocławskiego PIMP
Prof. dr Danuta Kabacińska-Knapik

Orzecznictwo lekarskie w ubezpieczeniach społecznych w Polsce

Stan obecny i proponowane zmiany (6)

Jak już powiedziano, orzekanie o inwalidztwie leży w gestii komisji lekarskich do spraw inwalidztwa i zatrudnienia (KIZ).

Rola tych komisji na przestrzeni lat ulegała zmianom. W początkowym okresie komisje lekarskie pomyślane były jako organy inicjujące proces rehabilitacji. Orzekały o inwalidztwie, ale jednocześnie, w przypadku zachowanej możliwości wykonywania pracy, określały wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia, uwzględniając sytuację na rynku pracy. Było to możliwe, gdyż jednym z członków komisji był przedstawiciel wydziału zdrowia i opieki społecznej rady narodowej znający problemy rehabilitacji i zatrudnienia inwalidów.

Decret z 1954 r. uzależniał nawet prawo do renty III grupy od kontynuowania przez inwalidę pracy zarobkowej.

W późniejszych latach komisje uległy przekształceniu w organ, którego rolą jest przede wszystkim orzekanie o inwalidztwie, bowiem z powodu nieznajomości rynku pracy ustalane wskazania i przeciwwskazania do zatrudnienia formułowane są ogólnikowo i nie mają istotnego znaczenia dla zatrudnienia inwalidów. Zdarza się również, że komisje formułując pochopnie wskazania, np. żadna praca dla osób młodych, które wymagają rehabilitacji poprzez pracę, blokują możliwość podjęcia pracy zarobkowej.

Podobnie krytyczny stosunek do istniejącego systemu orzeczniczego ma wielu badaczy zajmujących się problemami inwalidztwa.

Antonina Ostrowska, przedstawiając projekt badań nad niepełnosprawnością w Polsce, stwierdziła: "Szczególnie ważnym elementem regulacji prawnej jest system orzecznictwa o inwalidztwie. Podstawy orzekania i sposób funkcjonowania orzecznictwa przesądzą o znacznym stopniu o dalszych losach życiowych osoby niepełnosprawnej. Istniejące u nas uregulowania tej kwestii wymagają niewątpliwie zreformowania; stosowne przepisy i procedury zawierają paradoksy, które już we wstępnym etapie drogi życiowej inwalidy działają przeciw celom rehabilitacji i w dalszej perspektywie jego integracji społecznej. Koncentrowanie się obecnego systemu orzecznictwa na ograniczeniach osób niepełnosprawnych, a nie na ich możliwościach i zbyt małe jego powiązanie ze służbami rehabilitacyjnymi doprowadza do zamrożenia potencjału tych możliwości, zwiększając zarazem koszty utrzymania osób zdefiniowanych przez system jako niezdolne do pracy".

Władysław Gołąb w referacie pt. "Spójność i sprzeczność przepisów prawnych w Polsce w odniesieniu do inwalidów i osób niepełnosprawnych", wygłoszonym podczas konferencji zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem w 1990 r. uznał, że "należy rozdzielić stopień niesprawności fizycznej czy psychicznej od możliwości wykonywania pracy. Trudno, aby ta sama komisja lekarska mogła prawidłowo orzec o stopniu inwalidztwa oraz o możliwościach pracy inwalidy. Należy rozdzielić te dwie funkcje".

Aleksander Hulek, podsumowując obrady wspomnianej konferencji postulował, aby "oddzielić orzekanie w zakresie utraty zdolności i sprawności oraz przyznawanie renty od orzekania dla celów przygotowania do pracy, zatrudnienia, oczekiwanych obowiązków społecznych, przywilejów itp." Jego zdaniem "orzekanie o utracie zdolności i sprawności w pracy oraz o możliwościach pracy, kształceniu itp. po-

Anna Wilmowska

winno być dokonywane w przyszłości przez oddzielne kompetentne komisje". Co do dalszych losów inwalidy musi się wypowiedzieć zespół specjalistów zawodowej i społecznej rehabilitacji przy konsultacji, w razie potrzeby, lekarza i innych ekspertów.

Zgodnie z obowiązującymi aktualnie przepisami stała lub długotrwała niezdolność do pracy ustalana jest w Polsce poprzez zaliczenie do jednej z grup inwalidów.

Definicję pojęcia inwalidy zawiera art. 23 ustawy z dnia 14 grudnia 1982 r. o zaopatrzeniu emerytalnym pracowników i ich rodzin stwierdzający, iż inwalidą jest osoba częściowo lub całkowicie niezdolna do wykonywania zatrudnienia z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu. Wyróżnia się trzy grupy inwalidów. Do III grupy zalicza się osoby częściowo lub całkowicie niezdolne do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia, zaś do I i II grupy - osoby niezdolne do wykonywania jakiegokolwiek zatrudnienia. Dodatkowym warunkiem zaliczenia do I grupy inwalidów jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, powodująca konieczność stałej opieki ze strony innej osoby. Przepisy nie są jednak w tym względzie w pełni konsekwentne, przewidują bowiem w określonych przypadkach obowiązek ustalenia inwalidztwa mimo zachowanej zdolności do pracy. Dotyczy to osób dotkniętych tzw. szczególnym naruszeniem sprawności organizmu (np. brak jednej kończyny, ślepotą jednego oka) i wynika z podwójnej, biologiczno-ekonomicznej treści pojęcia inwalidztwa.

W ten sposób określone inwalidztwo jest podstawowym warunkiem przyznawania świadczeń rentowych w większości istniejących w Polsce systemów emerytalno-rentowych (dotyczy to systemów obejmujących pracowników, górników, kolejarzy, agentów, rzemieślników, żołnierzy zasadniczej służby wojskowej, kombatanów, twórców, duchownych oraz systemu wypadkowego). W zależności od systemu wymagany jest jedynie dodatkowo związek inwalidztwa z określonymi okolicznościami (np. wypadkiem przy pracy, chorobą zawodową, działaniami wojennymi lub służbą wojskową) czy też fakt jego powstania w określonym czasie (np. w czasie pracy w PKP czy pracy górniczej).

Inwalidztwo orzekane jest jednak nie tylko w stosunku do osób ubiegających się o świadczenie z ubezpieczenia społecznego, przyznawane przez ZUS lub inne instytucje ubezpieczeniowe (KRUS). Obowiązujące przepisy szeregają bowiem od inwalidztwa także szereg świadczeń, ulg i przywilejów o charakterze socjalnym, przysługujących osobom niepełnosprawnym (np. zatrudnienie w warunkach przewidzianych dla inwalidów, świadczenia z pomocy społecznej, ulgi podatkowe itp.). W ten sposób również niepełnosprawność utożsamiana jest z inwalidztwem, co stanowi znaczne zawężenie tego pojęcia.

Pierwszy wyłom w tym pozornie jednolitym systemie wprowadziła ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, w której warunkiem przyznania renty nie jest już inwalidztwo, lecz stwierdzenie przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia długotrwała niezdolność do



Pojęcia "stałości" oraz "okresowości" powinny dotyczyć niezdolności do pracy zarobkowej, a nie naruszenia sprawności organizmu. Jest to niezmiennie istotne, gdyż w części przypadków możliwe stanie się całkowite lub częściowe odzyskanie zdolności do pracy w wyniku przystosowania się organizmu poprzez rehabilitację do trwałego nawet kalectwa.

pracy w gospodarstwie rolnym.

Przygotowywane dalsze zmiany w zakresie orzecznictwa lekarskiego zmierzają w podobnym kierunku. Proponuje się, aby warunkiem koniecznym uzyskania świadczeń rentowych nie było inwalidztwo, lecz całkowita lub częściowa (co najmniej w połowie) utrata zdolności do pracy zarobkowej w następstwie naruszenia sprawności organizmu. Częściowa niezdolność oznaczałaby niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie rozumiana dwójako:

- jako częściowa utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie z możliwością jej wykonywania w ograniczonym zakresie lub też

- jako całkowita utrata zdolności do pracy w dotychczasowym zawodzie z możliwością przekwalifikowania do innego zawodu.

W ten sposób podkreślone zostaje wyraźny kryterium ekonomiczne (utrata zdolności do pracy i płynących z niej dochodów), odpowiadające bardziej samej istocie ubezpieczeń społecznych. Ryzykiem objętym ubezpieczeniem jest przecież właśnie utrata możliwości zarobkowania wskutek starości lub choroby. Pojęcie inwalidztwa tymczasem w medycznym i potocznym rozumieniu tego określenia, oznacza bardziej kalectwo lub czynnościowe ograniczenie sprawności organizmu niż niezdolność do pracy zarobkowej. Rezygnacja z tego pojęcia wydaje się więc uzasadniona w sytuacji, gdy świadczenia rentowe będą przyznawane wyłącznie z tytułu niezdolności do pracy zarobkowej.

Pojęcia "stałości" oraz "okresowości" powinny dotyczyć niezdolności do pracy zarobkowej, a nie naruszenia sprawności organizmu. Jest to niezmiennie istotne, gdyż w części przypadków możliwe stanie

się całkowite lub częściowe odzyskanie zdolności do pracy w wyniku przystosowania się organizmu poprzez rehabilitację do trwałego nawet kalectwa. Zmienia się w ten sposób zasadniczo także podejście do osób (często młodych), które tracąc na trwałe zdolność do pracy w swoim dotychczasowym zawodzie, zachowały jednak zdolność do przekwalifikowania się i podjęcia pracy w innym zawodzie. Nie otrzymywałyby one tak jak dotąd renty do końca życia, lecz jedynie rentę okresową (od 12 do 36 miesięcy) wraz ze skierowaniem do wojewódzkiego ośrodka do spraw zatrudnienia i rehabilitacji osób niepełnosprawnych z zaleceniem uczestnictwa w programie przekwalifikowania zawodowego. Proponuje się przy tym, aby ze względów motywacyjnych korzystniejszy był wymiar takiego świadczenia.

Renta byłaby więc przyznawana na stałe lub na czas ściśle określony orzeczeniem lekarskim. Z upływem tego okresu ustawałoby prawo do renty, a do wznowienia postępowania rentowego i orzeczniczego niezbędny byłby ponowny wniosek ubezpieczonego.

Zmienione w ten sposób kryteria przyznawania uprawnień rentowych staną się całkowicie nieprzydatne do orzekania w sprawach inwalidów wojennych oraz kombatanów i osób represjonowanych. Zgodnie z obowiązującymi obecnie przepisami świadczenia rentowe z tytułu działalności kombatanckiej przysługują osobom, które zaliczone zostały przez komisję lekarską do spraw inwalidztwa i zatrudnienia do jednej z grup inwalidów w związku z działaniami wojennymi lub też inwalidztwo ich jest następstwem doznanych represji wojennych i okresu powojennego (pobyt w obozach koncentracyjnych i więzieniach hitlerowskich, łagrach ZSRR, gettach, więzie-

niach polskich do 1956 r.). Orzekanie o inwalidztwie w związku z działaniami wojennymi odbywa się z udziałem lekarza-przedstawiciela Związku Inwalidów Wojennych RP na podstawie orzeczenia wojskowej komisji lekarskiej, stwierdzającego związek rozpoznawanych u danej osoby zranień, kontuzji i schorzeń z tymi działaniami. Związek inwalidztwa z doznanych represjami (pobytem w wymienionych wyżej miejscach) ustalają same komisje lekarskie do spraw inwalidztwa i zatrudnienia¹.

Uzależnianie uprawnień rentowych dla tej grupy osób od ustalenia inwalidztwa już obecnie budzi poważne wątpliwości, a zmienione kryteria orzekania będą zupełnie nieprzydatne, gdyż nie można przyjąć niezdolności do pracy zarobkowej jako warunku przyznawania świadczeń z tytułu działalności kombatanckiej. Świadczenia te mają niewątpliwie charakter wybitnie odszkodowawczy, lecz nie w sensie rekompensaty za utratę możliwości zarobkowania. Osoby ubiegające się o wymienione świadczenia przepracowały

bowiem na ogół wiele lat (mimo następstw działań wojennych lub doznanych represji), a obecnie nie są już zdolne do kontynuowania pracy zarobkowej choćby z racji samego wieku.

Świadczenia finansowe powinny więc stanowić w tym przypadku swoiste zadośćuczynienie za krzywdy doznane w wyniku działań wojennych i represji, co wymaga odrębnych zasad orzekania i szczególnych kryteriów oceny naruszenia sprawności organizmu. Przy współudziale Urzędu do spraw Kombatanów oraz przedstawicieli licznych środowisk kombatanckich niezbędne jest zarówno stworzenie takich kryteriów, jak i powołanie wyspecjalizowanych, odrębnych organów orzekających w powyższych sprawach.

Rezygnacja z pojęcia inwalidztwa w orzekaniu dla celów ubezpieczeniowych spowoduje ponadto, że orzeczenia te nie będą mogły stanowić podstawy do ustalania uprawnień przysługujących osobom niepełnosprawnym. Powstaje w tej sytuacji potrzeba pilnej modyfikacji obowiązującego w Polsce systemu prawnego w zakresie określenia zasad uzyskiwania statusu osoby niepełnosprawnej, formułowanie uprawnień dla tych osób oraz ustalania instytucji zobowiązanych do nadawania i realizowania tych uprawnień.

¹ Ustawa z dnia 29 maja 1974 r. o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojaków oraz ich rodzin (Dz.U. z 1983 r. Nr 13, poz. 66 z późniejszymi zmianami).

Ustawa z dnia 24 stycznia 1991 r. o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego (Dz.U. z 1991 r. Nr 17, poz. 75 z późniejszymi zmianami).

LISTY

Redakcja "MEDIUM"

Wrocław, ul. Matejki 6

Nawiązując do wyjaśnienia Rzecznika Prasowego Dolnośląskiej DOKP, p. Galicjana Jakowuka, opublikowanego pod tytułem "W Kolejowym wrze" w grudniowym (1995) "Medium", uprzejmie informuję, że wyjaśnienia te mijają się z prawdą. Otóż w Kolejowym Szpitalu Chorób Pluc i Gruźlicy w Szklarskiej Porębie, jednostce leczniczej podlegającej Naczelnikowi Zarządu Służby Zdrowia DDOKP we Wrocławiu nie tylko nie jest przestrzegane zarządzenie Dyrektora Generalnego PKP z 1993 r. zakazujące zatrudniania pracowników, którzy osiągnęli wiek emerytalny, a wręcz przeciwnie.

Tu wyrzuca się z pracy ludzi, którym jeszcze daleko do wieku emerytalnego. Natomiast zatrudnia się emerytów "z lapanki" po całej Polsce. I tak w ciągu ostatniego czasu (także za kadencji J. Leszczyszyna) pracowali tam emeryci rozmaitych specjalności z Chodzieży, Walbrzycha, Wrocławia. W tym szpitalu kierownikiem Izby Przyjęć jest technik samochodowy - zona dyrektora tego szpitala, który dawno już skończył 70 lat. Doktor ten zastępował w swoim czasie dla Frontu Jedności Narodu i pewnych innych organizacji dyżurując aktywnie wraz z żoną nawet do 15 dyżurów w miesiącu, czasami nawet 4 dni pod rząd. Dlatego też niech p. Jakowuk nie pisze o konieczności stosowania prawa na kolei. Owszem, stosuje się je tam wybiórczo. Interesy prywatne, kariery kosztem innych kolegów to na PKP normalka. To Jakowuk kłamie twierdząc, że są przyjmowani pacjenci spoza PKP. W wyżej wymienionym szpitalu w Szklarskiej Porębie od 1.03.1994 do 13.04.1995 nie leczyl się żaden pacjent spoza PKP. Reasumując wydaje się, że hipokryzja i prywatność to główne cechy kolejowego lecznictwa (pod kierunkiem i nadzorem J. Leszczyszyna). Niech pan Rzecznik Prasowy nie wylewa krokodylich łez i nie poucza autora "W Kolejowym wrze", bowiem to on ma rację i fakty, które podał są prawdziwe i odzwierciedlają tylko szczyt góry lodowej. Proszę o wydrukowanie mojego listu.

(Nazwisko i adres znane redakcji).

sądowej

55-letni
mężczyzna
złapany
został
na
gorącym
uczynku

Z KRONIK MEDYCYNY SĄDOWEJ

z kronik medycyny

nielegalnego
handlu
alkoholem
(działo się
to w latach
80-tych).
Funkcjonariusze
milicji
przewieźli
go do
Komisariatu
i
zamierzali
zatrzymać
w areszcie.



prof. dr hab.
Barbara Świątek

Przy wypełnianiu formalności (wpisu do "Książki osób zatrzymanych") mężczyzna podał jednak, że w przeszłości przeżył dwa zawały mięśnia sercowego. Funkcjonariusz - zgodnie z obowiązującymi przepisami - uznał za konieczne przebadanie zatrzymanego i wezwał Pogotowie Ratunkowe. Pogotowie przybyło około godziny 23.30 i lekarz, specjalista chorób wewnętrznych dokonał badania, którego wynik odnotował w "Książce wizyt lekarskich w areszcie". Zapis brzmiał: "podaje bóle za mostkiem, osłuchowo tętno miarowe, 76/min., tony ciche, czyste. RR 190/120. Innych objawów patologicznych nie stwierdza się. Otrzymał 1 amp. Aminophylliny dożylnie". Lekarz uznał, że badany "może przebywać w areszcie".

W późniejszych zeznaniach lekarz uzupełnił zapisy dodatkowymi danymi: zatrzymany miał mu powiedzieć, że jest rencistą z powodu przeżytych zawałów serca, często miewa bóle za mostkiem, ale aktualnie czuje się dobrze; odczuwa jedynie bóle głowy. Po podaniu 1 amp. Aminophylliny, rozpuszczonej w 0.9 % roztworze soli fizjologicznej ciśnienie krwi u zatrzymanego spadło do 160/100.

Czy pobyt w areszcie zaszkodził?

Uznał więc, że może on nadal przebywać w areszcie.

Dyżurny komisariatu kilkakrotnie w ciągu nocy kontrolował cele; dwukrotnie wyprowadzał zatrzymanego z celi do toalety, drugi raz około godziny 3.00. Nie zgłaszał on żadnych skarg. Około godziny 6.30 udał się kolejny raz do celi, by zatrzymanego obudzić - stwierdził wówczas, że nie daje on oznak życia. Wezwał ponownie Pogotowie Ratunkowe. Przybyły o godz. 7.10 ten sam co poprzednio lekarz, stwierdził zgon zatrzymanego.

Prokurator zarządził przeprowadzenie sądowo-lekarskiej sekcji zwłok zmarłego; sekcję wykonał miejscowy lekarz (nie medyk sądowy) i stwierdził:

- brak zmian urazowych,

- zmiany chorobowe:

w ścianie tylnej lewej komory serca "dość rozległe ognisko świeżej martwicy", w mięśniu przegrody, koniuszka i przedniej ściany serca rozległą bliznę pozawałową, miażdżycę tętnicy głównej i naczyń wieńcowych serca bardzo dużego stopnia, przerost mięśnia komory lewej, martwicę Balserowską trzustki, otłuszczenie nerek.

Jako przyczynę zgonu denata lekarz obducent przyjął zawał mięśnia sercowego.

Akta sprawy prokurator przesłał do Zakładu Medycyny Sądowej zlecając opracowanie opinii sądowo-lekarskiej ustalającej "czy postępowanie lekarza było prawidłowe, a także czy stan zdrowia zatrzymanego pozwalał na pozostawienie go w areszcie MO".

Opracowana przez biegłych opinia przyjęła: "dane, zawarte w zapisach lekar-

skich i zeznaniach lekarza Pogotowia Ratunkowego świadczą o tym, że zatrzymany cierpiał na chorobę niedokrwienną serca, manifestującą się w przeszłości zawałami mięśnia sercowego. Znacznie podwyższone ciśnienie tętnicze krwi w chwili badania oraz podawane przez badanego bóle dlałwicowe stanowiły wskazania do przeprowadzenia bardziej dokładnych badań lekarskich, a nawet obserwacji szpitalnej. Stwarzały one zwłaszcza konieczność wykonania badania EKG, które - biorąc pod uwagę wynik sekcji zwłok - wykazałoby najprawdopodobniej świeży zawał mięśnia sercowego (martwica mięśnia sercowego staje się makroskopowo widoczna zazwyczaj po upływie kilkunastu godzin od dokonania się zawału). Stwierdzony przez lekarza Pogotowia Ratunkowego stan zdrowia zatrzymanego stanowił zatem przeciwwskazanie do pozostawienia go w areszcie. Stwierdzone na sekcji zwłok denata zmiany chorobowe w układzie krążenia były bardzo poważne: nasiloną miażdżycę naczyń krwionośnych, rozległą bliznę po zawałach mięśnia sercowego oraz świeży zawał. Przy tego rodzaju zmianach chorobowych nawet wcześnie rozpoznanie kolejnego zawału i podjęcie specjalistycznego leczenia może nie zapobiec zejściu śmiertelnemu. Zmiany takie mogą doprowadzać do śmierci w różnych okolicznościach, w tym także niezależnie od zatrzymania w areszcie".

Lekarze Pogotowia Ratunkowego i lekarze dyżurni izby przyjęć są niejednokrotnie - jak to określają - "zmuszani" do badania osób doprowadzanych przez fun-

kcjonariuszy policji, a celem badania jest ustalenie, czy doprowadzony może przebywać w areszcie lub izbie wytrzeźwień. Przepisy prawne nakładają na lekarzy obowiązek przeprowadzenia badania takiego człowieka. Na podstawie wyników badań (fizykalnego i ewentualnie dodatkowych np. badania RTG czaszki przy obecności śladów urazów głowy, czy badania EKG przy zgłaszaniu dolegliwości ze strony serca) lekarz musi ustalić, czy stwierdzany, aktualny stan zdrowia wymaga, czy też nie hospitalizacji, lub jeszcze innych specjalistycznych badań. Jeżeli nie - badany pozostaje do dyspozycji policji, może więc zostać zatrzymany w areszcie, przekazany do Izby Wytrzeźwień, a także zwolniony do domu. Uważam, że zapis: "ze względu na stan zdrowia doprowadzony nie wymaga hospitalizacji", jest w takich przypadkach wystarczający i zgodny z wymogami stawianymi przez przepisy prawne.

Obowiązkiem lekarza jest także przeprowadzenie specjalistycznych badań osób doprowadzonych przez funkcjonariuszy policji np. osoby zgwałconej. Badanie takie należy traktować jak każde inne badanie, mające na celu ustalenie istniejących zmian i ewentualnych wskazań do hospitalizacji. Lekarz nie działa wówczas jako biegły i nie wydaje opinii sądowo-lekarskiej, aczkolwiek zaświadczenia wydane przez niego może być później brane pod uwagę przy sądowo-lekarskim opracowaniu sprawy.

Stan nietrzeźwości osób doprowadzonych, zanieczyszczenia czy naganne słownictwo nie mogą usprawiedliwiać zaniechania badań.

Sprawozdanie z pobytu na Targach Edukacyjnych Bruksela 26-30 marca 1996

Skorzystajmy z szansy

Barbara Bruziewicz-
Mikłaszewska

W dniach 26-30 marca 1996 r. w Brukseli odbyły się IX Targi Edukacyjne - IX Salon Européen de l'Etudiant. Środowisko akademickie Wrocławia reprezentowane było przez panią dr hab. Annę Dąbrowską, dyrektorkę Szkoły Języka Polskiego i Kultury dla Cudzoziemców i panią Urszulę Dobesz z Uniwersytetu Wrocławskiego, studentkę IV roku stomatologii i członka Europejskiego Stowarzyszenia Studentów Medycyny - Lidie Dobrakowską i Barbarę Bruziewicz-Mikłaszewską, delegowaną z Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Podczas czterech dni pobytu na Targach miałyśmy okazję poznać możliwości studiowania w Belgii i w całej Europie, a także zorientować się w programach wymian naukowych studentów i dyplomantów. Programy te - TEMPUS PHARE, TEMPUS Tacis, SOCRATES, ERASMUS, LEONARDO DA VINCI - były tematem "EURO-MEETING ON HIGHER EDUCATION", który toczył się pod kierownictwem DG-XXII Komisji Europejskiej i EAIE ("EUROPEAN ASSOCIATION for INTERNATIONAL EDUCATION").

Ciekawe było zestawienie wykorzystania budżetu programu Tempus PHARE dla krajów PECO (Pays d'Europe Centrale et Orientale), z którego wynika, że Polska wykorzystała go optymalnie.

Rok 1996 ogłoszono ponadto Europejskim Rokiem Edukacji i Kształcenia przez całe życie (1996 - Année Européenne de l'Education et de la Formation tout au long de la Vie). Jego celem jest:

- stymulować u wszystkich rozwój osobowości i zmysł inicjatywy
- realizować integrację społeczności podczas czynnego życia zawodowego
- promować możliwości adaptacyjne i ewolucję społeczeństwa zależną od realiów ekonomicznych, technologicznych i socjalnych.

Wszyscy uczestnicy Targów mieli okazję prezentować swoje programy, uczelnie, szkoły wyspecjalizowane w kształceniu ustawicznym i podyplomowym. Było ich około 800, m.in. reprezentowane były uniwersytety: Australii, Belgii, Kanady, Finlandii, Francji, Niemiec, Grecji, Konferencja Rektorów z Węgier, Włoch, Portugalii, Ministerstwo Edukacji Rumunii, Międzyuniwersytec-

kie Centrum Edukacji Międzynarodowej Rosji, Instytut Językowy ze Słowacji, Uniwersytety Hiszpanii, Szwajcarii, Holandii, Wielkiej Brytanii, USA, Cypru i Danii.

Polskę reprezentowały dwa stoiska: Kraków i reszta Polski. Z Krakowa były obecne Uniwersytet Jagielloński, AGH i Akademia Ekonomiczna. Reszta pod znakiem POLISH EDUCATION to: Politechnika Świętokrzyska z Kielc, Politechnika Gdańska i Lubelska, College im. Pawła Włodkowica w Płocku, WSP w Bydgoszczy, Wyższa Szkoła Pożamictwa z Warszawy, Akademia Rolniczo-Techniczna z Olsztyna, Wyższa Szkoła Sztuk Plastycznych z Poznania, Pomorska Akademia Medyczna ze Szczecina oraz Akademia Medyczna z Wrocławia.

W tym roku gościem honorowym Targów były Niemcy. Zajmowały one największą powierzchnię wystawienniczą.

Powierzchnia organizacji humanitarnych była zagospodarowana przez takie stowarzyszenia jak: Lekarze bez granic, Amnesty International, Czerwony Krzyż Belgijski, Greenpeace i Międzynarodowy Związek Inwalidów.

Nawiązałyśmy kontakty z belgijskimi: Université Libre de Bruxelles, Université Catholique de Louvain, Facultés Universitaires Notre Dame de la Paix Namur, Université de Liège; z włoskimi: Università degli Studi di Udine, Scuola Superiore di Studi Universitari e di Perfezionamento S. Anne z Pizy, Opera Universitaria di Catania z Sycylii; hiszpańskimi Universidad de Sevilla i la Groupe Compostella d'Universités z Santiago, angielskim New Castle i szwajcarskim Theodosianum, które pragnie na-



Wejście na targi.



Na stoisku wrocławskiej AM, w środku Lidia Dobrakowska.

wiązać kontakty z Wydziałem Pielęgniarstwa naszej AM.

Narodziła się szansa bezpośredniej współpracy z tymi uczelniami i wejścia przez nie w europejskie programy SANTANDER-1988, Consorzio ORTELUS, Fondation Galicia - Europe i być może inne.

Bruksela o tej porze roku mimo wietrznej pogody i deszczu oczarowała nas nie tylko miniEuropą, Manneken-Pisem i przesłiznymi koronkami, ale również przyjaźniłą aurą. W sympatycznej atmosferze przebiegały wieczory niemiecki w brukselskim Instytucie Goethego i



włoski zorganizowany przez Università degli Studi Lecce z folklorystyczną grupą Canzoniere Grecanico Salentino.

Zwiedziłam jeszcze królewskie muzeum starych instrumentów z imponującą kolekcją oryginalnych klawesynów włoskich, holenderskich, francuskich i flamandzkich, w którym również była sala poświęcona Adolfowi Saxowi z Dunant, Belgowi, twórcy saksofonu. Zdążyłam zapaść kontakt ze Stowarzyszeniem Polskich Lekarzy w Belgii - niestety, tylko telefoniczny i już trzeba było wracać do kraju.

Pobyt w Brukseli był wypełniony intensywną pracą na stoisku, spotkaniami i wykładami, oraz sesjami naukowymi.

Stoisko Polish Education cieszyło się bardzo dużym zainteresowaniem. Wrocław jako miasto uniwersyteckie z tradycjami wielu kultur, leżące blisko Unii Europejskiej może z powodzeniem wejść w europejskie struktury migracyjnych studentów szlaków.

Mam nadzieję, że nawiązane kontakty zaowocują konkretnymi umowami o międzynarodowej współpracy uniwersyteckiej, wymianą grup studenckich i nie zabraknie wrocławskiej Akademii Medycznej w europejskim programie badawczym "L'Evoluzione de la Medecine en Europe".

Europa stoi otworem dla wszystkich, którzy znają języki lub chcą je doskonalić, albo poszerzać swoje zawodowe kompetencje. Skorzystajmy z szansy.

Wyjazd od strony organizacyjnej był znakomicie przygotowany przez kol. Jacka Sieredzińskiego, prezydenta Europejskiego Centrum Współpracy Młodzi, lekarza ze Szczecina, któremu tą drogą serdecznie dziękujemy.

Dlaczego JAN MIKULICZ-RADECKI?

Dolnośląska Rada Lekarska od dawna poszukiwała patrona dla swojego medalu. Braliśmy pod uwagę wielu znakomitych lekarzy od Jana Stanki, który leczył Jana Długosza przez Jana Purkinie po profesorów, którzy tworzyli powojenną wrocławską medycynę. Scierały się różne poglądy, a to jeden z patronów był zbyt historyczny, inny znów zbyt świeży i dla części kontrowersyjny. Najpoważniejszym kandydatem na medal był prof. Ludwik Rydygier, ale okazało się, że od wielu lat medal jego imienia przyznaje Polskie Towarzystwo Chirurgiczne. Ostatecznie wybraliśmy "na medal" prof. Jana Mikulicza - Radeckiego.

Dlaczego? Był z ojca Polakiem urodzonym w Czerniowcach. Jego kariera naukowa rozpoczęła się w Wiedniu, kierował klinikami chirurgicznymi w Krakowie i Królewcu, by ostatnie 15 lat swego życia spędzić we Wrocławiu.

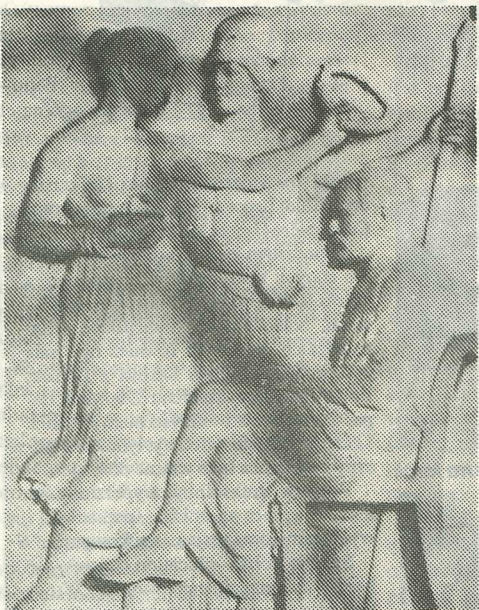
Łączy zatem wschód i zachód Polski. Łączy Polskę z Europą, a nawet ze światem, bo na przełomie XIX i XX wieku uczył przez kilka miesięcy chirurgii lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. To właśnie tu we Wrocławiu w klinice, obecnie nazywanej kliniką Brossa, pracował i zakończył życie. W chirurgii światowej ulepszył antyseptykę i aseptykę, wprowadził jodoform, rękawiczki i zasłonił na usta, w jego klinice dokonano pierwszych operacji torakochirurgicznych.

Dlatego uznaliśmy, że dla naszej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej, która także część swoich korzeni ma na wschodzie Polski, tak znakomity profesor będzie dobrym patronem.

W.B.



Verba volant,



scripta manent

Moja przygoda z Mikuliczem zaczęła się w 1951 roku. Byłem początkującym chirurgiem, dwa lata po dyplomie, pracowałem w miejskim szpitalu we Wrocławiu przy placu Prostokątnym. Pewnego czerwcowego dnia wezwał mnie szef - prymariusz oddziału chirurgicznego i uczynił ciekawą propozycję. Czy zechciałbym uczestniczyć w poszukiwaniu grobu Jana Mikulicza-Radeckiego. Ma bowiem przyjechać do Wrocławia sławny profesor - Jerzy Rutkowski z Łodzi, którego znałem jako autora bardzo popularnego podręcznika chirurgii. Sławny profesor przyjeżdża do Wrocławia, właśnie aby poszukiwać na Dolnym Śląsku grobu sławnego chirurga. Niewiele wtedy wiedziałem o Mikuliczu. Z podręczników chirurgicznych nazywanych jego imieniem

Moja przygoda z Janem Mikuliczem-Radeckim

Krótkie bogate życie

Eugeniusz Piotrowski

Moim atutem był piękny sportowy kabriolet marki "Adler" i bardzo mi schlebiał udział w wyprawie z naukową znakomością.

Wczesnym czerwcowym rankiem, przy pięknej pogodzie wybraliśmy się szosą w stronę Świdnicy. Profesor Rutkowski miał niemiecką mapę sztabową i niepewne wiadomości o tym, że grób Mikulicza może być na cmentarzu we Fraiburgu (Świebodzicach). Dotarliśmy do tego miasteczka. Dzięki mapie znaleźliśmy bez trudu ogromny cmentarz. Zaparkowałem samochód pod bramą i ruszyliśmy główną aleją w nadziei, że Mikulicz jako medyczna znakomość jest tu właśnie pochowany.

Cmentarz był bardzo zapuszczony. Poszukiwanego grobu nie znaleźliśmy w głównej alei. Kiedy wracaliśmy spostrzegłem pod kaplicą kobietę. Podbiegłem do niej i zapytałem po polsku czy pochodzi z Fraiburga? Patrzyła na mnie i milczała. Zrozumiałem, że nie rozumie po polsku, więc zapytałem po niemiecku. Wtedy odpowiedziała: - Jestem tutejszą mieszczką. Zagadywałem dalej, czy słyszała nazwisko Mikulicza? Odpowiedziała skwapliwie: - Przed laty służyłam w willi Mikulicza w Peltnitz (Pelcnicy). -

To był cudowny przypadek. Uradowany profesor Rutkowski poprosił, by zechciała nam pokazać grób Mikulicza. Pewnym krokiem poszła w róg cmentarza, wyszła poza jego mur. Działka Mikulicza była otoczona chaszczami i pokryta gęstwą krzaków. W tym stanie mogła być dla nas nie do odnalezienia. Gorączkowo rozbieraliśmy gałęzie - ukazała nam się czarna gładka płyta marmurowa z napisem MIKULICZ. Zaczęliśmy fotografować znalezione.

Kiedy ochłonęliśmy z pierwszego wrażenia i rozejrzeliśmy się za naszą informatorką, już jej nie było. Zniknęła, rozplynęła się jak duch.

Intrygowało mnie dlaczego tak znakomity profesor z Breslau wybrał na swój pochówek poślednie miejsce na odległym cmentarzu małego miasteczka?

Profesor Rutkowski tłumaczył to zainteresowaniami Mikulicza. W swoim krótkim pięćdziesięcioleciu

Przedpłatę przysłać:
Administrowy i księgowy, p.
Krzysztofowski, Wrocław,
nadm. w Niemczech, Krdl. Pol-
skim i Rosji urząd pocztowy,
w Warszawie kategoria pp.
Gebethner i Wolff, w Paryżu
p. Adam, 4, Rue Clement.

PRZEGŁĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłata wynosi:	Rozdział w Austrii 8 str. 80 o. Półrocznie 4 : 40 : Kwartalnie 2 : 20 :	w Król. Polskim i Ga. Ros. 6 str. Półrocznie 8 : 80 : Kwartalnie 4 : 40 :	w Niemczech 16 mk. Półrocznie 8 : 80 : Kwartalnie 4 : 40 :	w Francji 24 fr. Półrocznie 12 : 120 : Kwartalnie 6 : 60 :
-----------------------	---	---	--	--

Kraków, 28 października 1882.

Nr 43.

Rok XXI

O wpływie chirurgii nowocześniejszej na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznej

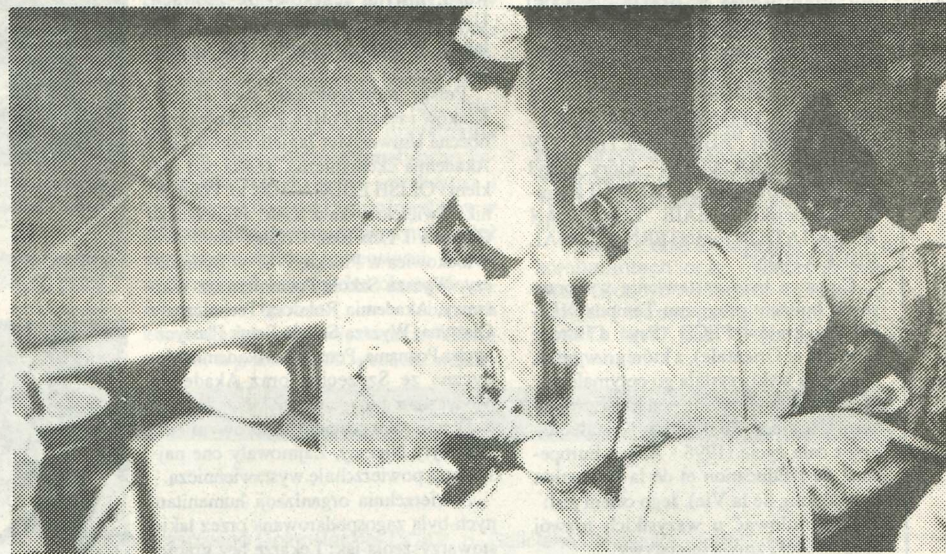
Wykład wstępny prof. Mikulicza

Panowie! Powołanie mnie na katedrę chirurgiczną w starożytnym Uniwersytecie Jagiellońskim włożyło na mnie zaszczytny i ważny obowiązek wykształcenia Panów w jednej z najważniejszych gałęzi sztuki i umiejętności lekarskiej. (...)

Moi Panowie! Zarzucano mi, że nie znam języka polskiego, który przecież tak samo jest mową ojczystą dla mnie jak i dla każdego z Panów. Prawda, że przez ciągłe przebywanie w zakładach naukowych niemieckich zaniedbałem cokolwiek naszej mowy, że przez długie lata brakowało mi zupełnie ćwiczenia i wprawy w mówieniu po polsku; uważać sobie jednak będę za pierwszy obowiązek, aby braki te w jak najkrótszym czasie uzupełnić i mam nadzieję, że niezadługo zdolam i w tym kierunku uczynić zadość wszelkim wymagom, jak tego żądać można od profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego. (...)

Obszar chirurgii, moi Panowie, jest bardzo wielki, że żaden nawet chirurg z zawodu nie może się pochwalić, że we wszystkich jej gałęziach równo posiada biegłość. Jeżeli więc dzisiaj chirurgija posiada siły chirurga z zawodu, coż ma czynić lek praktyczny, jak postępować uczeń, który w całej dydcynie jednakowo ma być wykształcony? Musi wybierać przedewszystkiem to, co mu niezbędnie trzeba, a właśnie ocenieniem tego zajmujemy się obecnie. (...)

Chirurgija wraz z pokrewnymi sobie naukami była od dawien dawna samodzielną i przez długie czasy zupełnie odrębnie stojącą gałęzią sztuki lekarskiej. Przyczyna tego faktu, moi Panowie, tkwi bardzo głęboko. Patologiczno-anatomiczna postawa znajomości chorób jest wprawdzie ta sama, chirurgii co i w medycynie wewnętrznej, rozpozn



Jan Mikulicz-Radecki przy stole operacyjnym w Klinice Chirurgii we Wrocławiu w nowocześniejszej przez niego zaprojektowanej. Jest to zdjęcie z 1895 r. Mikulicz na pierwszym planie orłocony ty

zyciu miał trzy pasje: chirurgię, muzykę i polowania. Co tydzień jeździł w okolice Pelcnicy i Książa, bo było tam mnóstwo zwierzyny.

Prof. Jan Rutkowski tak pisał o Mikuliczu: "Dziwne są nieraz zrządenia losu. Miasto i ziemia tak jak Jan Mikulicz oderwane niegdyś od Polski, znów wróciły wraz ze szczątkami doczesnymi wielkiego chirurga do swojej pierwszej ojczyzny." - (w PTL, nr 42, 1950 r. - "Jan Mikulicz - 1850 - 1905")

Do głębszego zainteresowania się Mikuliczem skłoniła mnie wydana w 1965 r. niemiecka monografia J. Neugebauera: "Weltruhm der deutscher Chirurgie - Johann von Mikulicz-Radecki". W tej monografii Mikulicz jest przedstawiony jako Niemiec, który znał doskonale język, przez 18 lat pracował na pruskich uniwersytetach w Królewcu (1887 - 1889 r.) i Breslau (1890 - 1905 r.). Według tej monografii jego matka była Niemką, choć w

rzeczywistości była Austriaczką. Większość swoich opublikował w języku niemieckim. To były argumenty Neugebauera.

Tymczasem okazuje się, że uczył się w gimnazjum Czerniowcach, a kiedy obejmował katedrę chirurgii Uniwersytecie Jagiellońskim wygłosił inauguracyjny wykład w języku polskim (jego skrót zamieszczamy obok).

Jan Mikulicz-Radecki urodził się w 1850 r. w Czerniowcach, gdzie też ukończył gimnazjum. Medycynę studiował na Uniwersytecie Wiedeńskim, gdzie uzyskał dyplom lekarza i tytuł MD i rozpoczął pracę w klinice prof. Teodora Billrotha - chirurga światowej sławy. W 1882 na podstawie pracy o GENU VALGUM uzyskał habilitację. Rok później ożenił się z wiedeńską Henriettą P. Jako żonaty musiał opuścić znakomitą klinicę. Takie ówczesne zwyczaje i wymogi, żonaci nie mogli pracować w klinice. W 1882 roku stara się o katedrę profesora

i rokowanie kieruje się w obu gałęziach temi samymi prawami zasadami; jednak leczenie chirurgiczne, przynajmniej najważniejsza jego część, różni się znacznie od leczenia chorób wewnętrznych. Chirurgia posiada cały szereg mechanicznych środków leczniczych, których skutek jest zazwyczaj pewny i widoczny, a których zastosowanie wymaga osobnej techniki; tu należą obok całej techniki operacyjnej także wszystkie czynności mechaniczne w zwichnięciach, złamaniach kości, zakładaniu opasek, mięsieniu itd. Tej więc techniki chirurgicznej uczyć się musimy jak każdego rzemiosła lub, jeśli Panowie wolicie, jak każdej sztuki, głównie przez ćwiczenie. (...)

Zechciejcie mnie jednak, Panowie, dobrze zrozumieć: różnica leży tylko w zawodzie chirurgicznym i ma się uwidatniać co najwięcej u chirurgów specjalistów, tak jak mamy innych lekarzy specjalnych, którzy zajmują się głównie lub wyłącznie jedną tylko gałęzią nauki lekarskiej. Lekarz praktyczny jednak musi być jednakowo wykształcony tak w chirurgii jak w medycynie wewnętrznej, jedna gałąź musi drugą wspierać i uzupełniać; bo chirurg, któremu obcą jest medycyna wewnętrzna, jest tylko niedokształconym praktykiem, który braki swęj wiedzy wypełnia postępowaniem szablonowym, a internista nie obznajmiony z chirurgią jest tylko połowicznym lekarzem. (...)

W skutek rozwoju metodycznego ran leczenia powstała niejako jedna z najważniejszych części techniki chirurgicznej, której wyuczenie się wymaga równego trudu i równie starannej pracy jak technika czysto operacyjna i zakładanie opatrunków. (...)

Jeszcze przed 10 laty musiał każdy operator powtórzyć swemu choremu owo zdanie, wypowiedziane przed trzystu laty przez Ambrożego Pareusza: "Je vous ai opéré, Dieu vous guérira". Nie tylko każda większa operacja była połączona z niebezpieczeństwem życia, lecz nawet przy wyluszczeniu małego kaszaka nie mógł żaden sumienny chirurg ręczyć oপরানemu za wynik. (...)

Po pierwsze niebezpieczeństwo przy operacjach uznanych już od dawna za niezbędne, jak odejmowanie członków, wyluszczenie nowotworów, operacje plastyczne itd., zmniejszyło się znacznie, czas leczenia ran stał się o wiele krótszym, cały bieg gojenia się dla chorego znacznie mniej uciążliwy niż był pierwsi. (...)

Powtórze jesteśmy w stanie zmniejszyć znacznie niebezpieczeństwo po przypadkowych zranieniach kości i części miękkich, byle tylko chory wezwał wczas naszę pomocy. Tysiące ludzi ocalono już w ten sposób, a cała chirurgia wojskowa pod

wplywem nowego ran leczenia zupełnej uleddy musi przemianę. Takie sprawy zapalne powstałe samoistnie możemy odpowiedniem postępowaniem chirurgicznem opanować i sprowadzić pomyślny wynik o wiele częściej, niż to dawniej miało miejsce.



Po trzecie, cały szereg operacji wydokonałono lub zupełnie nowo wprowadzono jedynie przy pomocy nowoczesnego leczenia ran; zwracam uwagę Panów tylko na nowe wielkie operacje w jamie brzusznej, na świetne wyniki po owaryotomijach, po operacjach na macicy, na kiszczach i żołądku, na nerkach, śledzionie i wątrobie. Wiele większych

operacji na kościach i stawach zyskały sobie dopiero teraz prawo obywatelstwa w chirurgii. Musimy wprowadzić przyznać, że nie każdą nowość w chirurgii operacyjnej uważać należy za postęp i nowe dobrodziejstwo dla ludzkości; musimy przyznać, że ufając postępowaniu przeciwnemu posuwano się dość

często, właśnie w ostatnich czasach, za daleko. Z pewnem niezadowoleniem musimy spoglądać na próby leczenia chorób rdzenia pacierzowego przez naciąganie nerwów. Niech to nam służy jako ostrzeżenie przed zbyt surowym empiryzmem! Boć musimy zawsze pamiętać, że i dzisiaj tak samo jak pierwsi winniśmy znaleźć ściśle wskazanie do każdej operacji z rozwagą i odpowiedzialną krytyką. (...)

Chciałem tylko zwrócić uwagę Panów, że nie każdą ciekawą nową operację uważać należy za prawdziwy postęp i stałą zdobycz chirurgii. (...)

Jakież skutki pociąga za sobą rozwój racjonalnego leczenia ran ze względu na uczenie się chirurgii? Jeżeli przebieg gojenia się rany nie zależy od przypadku lecz od umiejętności i wiedzy lekarza, toć oczywiście, że każdy lekarz mający w swojej opiece jakiegokolwiek ranego obowiązany jest leczyć go podług zasad nowoczesnych, że na nim ciąży odpowiedzialność za przebieg rany, że zatem uczeń obowiązany jest przyswoić sobie w czasie swych studiów w klinice dokładnie technikę leczenia ran. Tak samo, jak wymaga się od Panów dokładnej znajomości najważniejszych, zwłaszcza życie ratujących operacji, jak podwiązanie naczyń, tracheotomia itd., jak znać musicie najważniejsze ręko-czynny położnicze, tak samo żądać

dzisiaj musimy, abyście Panowie poznali jak najdokładniej całą technikę nowego ran leczenia. (...)

Nie każdy z Panów będzie później w stanie kształcić się osobno w chirurgii, musicie więc Panowie nabyć potrzebnego doświadczenia i

wprawy w leczeniu ran, obserwując starannie chorych klinicznych i sposób ich leczenia, śledząc pilnie przebieg ran a później przykładając sami pod kierunkiem swego nauczyciela rękę do pracy. Przypatrywanie się i słuchanie samo nie wyrobiło jeszcze nigdy chirurga. - Pamiętać jednak Panowie musicie, że samo praktyczne wykształcenie także nie jest wystarczającym, musi je wspierać wykład teoretyczny i własna nauka. (...)

Przy tej sposobności nie mogę pominąć uwagi co do sposobu, jak obecnie skuteczniejszą się często w praktyce przeciwnie leczenie ran. Słyszeliście Panowie zewsząd o pomyślnych a także i niepomyślnych wynikach leczenia ran podług Listera; bo któżby nie chciał dziś "listerować"! Metoda Listera przyjęta została od wszystkich znakomitych chirurgów. (...)

Wielu, kładąc na ranę materjały do opatrywania ran podane przez Listera, sądzi, że samo to jakby jakiś czar spowodować już musi pomyślny wynik. Taki sposób "listerowania" moi Panowie, jest bardzo niebezpieczny; jest on niebezpieczny dla naszęj nauki, gdyż zamyka drogę dokładnemu poznaniu rzeczy i wprowadza w naukę wiarę w dogmaty, które medycynie zawsze szkodziły, jest on niebezpieczny dla chorego, gdyż tak zwany opatrunek Listera służył już zbyt często jako wymówka po niepomyślnym wyniku i był płaszczykiem dla nieświadomości i niedoświadczenia. Spodziewam się, że w ciągu naszęj czynności w klinice będziecie Panowie mieli dosyć sposobności do przekonania się, że rzecz sama nie na tym polega, aby podane przez Listera materjały do opatrywania kłaść na ranę według przepisanej porządku. Jest to tylko zewnętrzna forma, która bez dokładnego zrozumienia zasad téjże metody jest prawie bez wartości. (...)

Przyznaję, że wielu z Panów nie będzie miało sposobności i chęci do wykonania większych operacji i że je pozostawi chirurgowi z zawodu. Musicie jednak Panowie pamiętać, że zdarza się wiele chirurgicznych chorób, które wymagają, natychmiastowej pomocy, w których więc każdy lekarz praktyczny musi działać niezwłocznie. A przypadki te nie zawsze należą do małej chirurgii. Weźmy przedewszystkiem pod uwagę wszystkie zranienia; jakże często pierwszy opatrunek rozstrzyga o całym przebiegu, tak że najpierw wezwany lekarz ma życie chorego w swym ręku. Wielu, może większa część Panów będziecie musieli w razie wojny towarzyszyć armii jako lekarze wojskowi. (...)

Prócz zranień mamy jeszcze dość znaczną liczbę mniejszych i większych operacji, których wykonanie jest często tak naglące, że każdy lekarz może się znaleźć w położeniu, aby je wykonać natychmiast; wspomnę tylko tracheotomię, herniotomię i amputacje, które, w niektórych przypadkach niezwłocznie należy wykonać. Wreszcie zdarzają się takie ostre sprawy zapalne lub ich następstwa, które wymagają od lekarza natychmiastowej operacyjnej pomocy. (...)

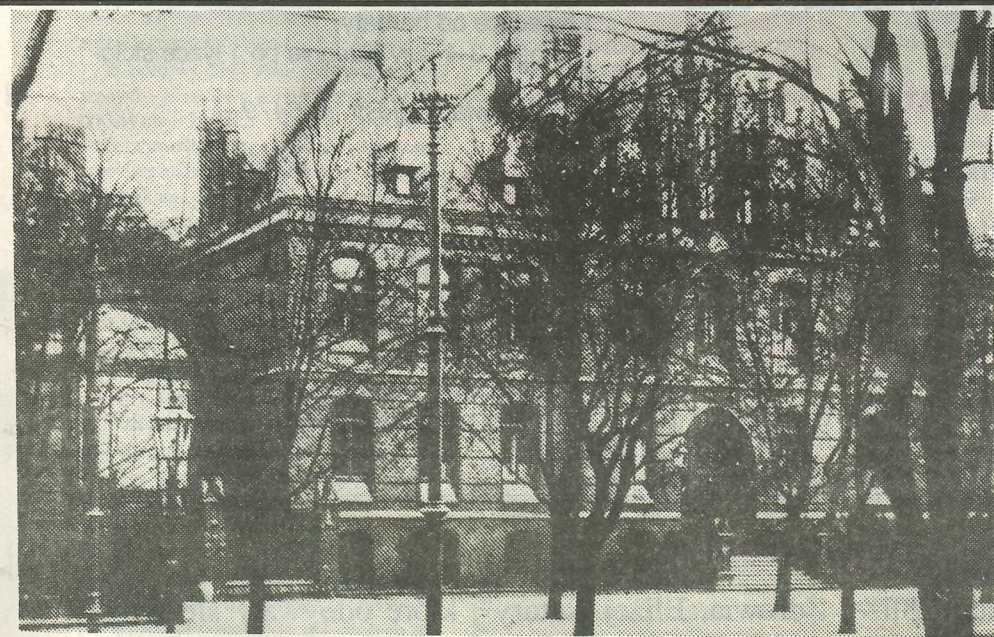
Ależ wszechstronne chirurgiczne wykształcenie jest dla każdego lekarza niezbędne także z praktycznych względów. Przedewszystkiem sami Panowie przyznacie, że dokładne obeznanie się z ogólną chirurgiczną patologią i terapią jest nadzwyczaj ważne jako podstawa do nauki w klinice. Część patologiczną, dyagnostyczną i prognostyczną chirurgii szczegółowej musicie Panowie znać równie dokładnie jak w medycynie wewnętrznej. (...)

Co się tyczy wykonywania terapii chirurgicznej, to nie zapominać Panowie, że oprócz operacji posiadamy w chirurgii także znaczną ilość innych ważnych środków. I tak najpierw mamy terapię leczniczą, którą musicie Panowie znać tak samo biegle jak w medycynie wewnętrznej. Pomiędzy środkami mechanicznymi ważnym, jest dla Panów znać dokładnie wszystkie ważniejsze postępowania w zwichnięciach i złamaniach, musicie umieć założyć odpowiednią opaskę i znać mechaniczne leczenie chorób stawowych. (...)

Nawet ci, którzy nie mają zamiaru kształcić się na chirurga fachowego powinni naocześnie poznać całe postępowanie operacyjne, przebieg gojenia się i ostateczny wynik po takich operacjach. Tylko w takim razie będziecie Panowie mogli sądzić samodzielnie o wartości i niebezpieczeństwie jakiejś operacji, tylko w takim razie będziecie mogli z czystym sumieniem skłonić chorego do poddania się operacji. Zresztą jakże łatwo możecie się znaleźć w położeniu asystowania koledze przy jakiejś większej operacji lub objęcia leczenia następnego, a w takim razie niezbędnym będzie dla Panów znać dokładnie dalszy przebieg choroby.

A może który z Panów będzie miał zamiar później poświęcić się szczegółowo chirurgii, dla tego obecna nauka chirurgii w klinice jest bardzo ważną szkołą przygotowawczą. Życzę sobie i spodziewam się tego, że klinika obudzi w Panach zajęcie i ochotę do głębszego poznania chirurgii. Obok mego obowiązku, aby każdemu z Panów wpoić znajomości chirurgiczne niezbędne do codziennej praktyki, uważać sobie będę za najpiękniejsze zadanie, aby wszczepić w Panów zamiłowanie i pewne uwielbienie dla naszęj nauki. (...)

Zabierzmy się więc zżawo i wspólnymi siłami do wspólnej pracy. W klinice. W 1882 roku stara się o katedrę pr



Klinika Chirurgiczna (przy ul. Marii Curie-Skłodowskiej) z salą operacyjną (biała kopułka z lewej strony), której wnętrze zaprojektował sam chirurg. Zdjęcie pochodzi z 1900 roku.

czajnego chirurga na Uniwersytecie Jagiellońskim. Konkurowało z nim 10 chirurgów, w tym Ludwik Rydygier. Mikulicz objął katedrę po profesorze Bryku, który wykładał chirurgię w języku niemieckim. Mikulicz jako pierwszy profesor z tej dziedziny rozpoczął wykłady po polsku, inaugurując je 23 października 1882 r.

W 1890 roku Mikulicz przenosi się do Wrocławia, gdzie właśnie trwa budowa nowych gmachów klinik na Szczytnikach. Sam nadzoruje ukończenie swojej kliniki chirurgicznej. Za jego sugestią zostaje dobudowana nowoczesna sala operacyjna wyłożona pod sufit kafelkami, z galerią dla studentów. Właśnie w tej sali ze swym zespołem dokonuje zabiegów chirurgicznych, które przyciągają zainteresowanych z całego świata i przysparzają mu wielkiej sławy. W tamtych latach Wrocław dzięki Mikuliczowi był stolicą chirurgii.

Mikulicz mieszkał w wynajętej willi przy Auen Strasse 8 (Bujwida, obok studium języków obcych). Przy Turgarten Strasse 65 (Curie Skłodowskiej) zakupił posesję, którą zaadaptował na własną klinikę. Budynek ten istnieje do dziś, przez długie lata mieścił się w nim dziekanat Wydziału Lekarskiego.

Mikulicz był bardzo żywotnym chirurgiem, wiele operował, dużo publikował, wyjeżdżał na konsultacje do Finlandii i Rosji. Był niezwykle popularny, otrzy-



Grób Jana Mikulicza-Radeckiego i jego żony Henrietty z nową płytą ufundowaną przez rodzinę. Nad nią wmurowana dawna tablica z grobu Mikulicza.

Jana Mikulicza-Radeckiego

Jedyna tablica na ulicy Jana Mikulicza-Radeckiego

mał 4 honorowe doktoraty i 17 honorowych członkostw światowych towarzystw naukowych.

W 1903 roku odbył naukową podróż do USA i Kanady. Objedźdzał te kraje specjalną salonką kolejową. Uczestniczył w kongresach, wygłaszał wykłady i wykonywał pokazowe operacje. W Stanach Zjednoczonych i Kanadzie cieszył się wielką sławą w amerykańskim stylu jako chirurg i naukowiec. Trafił do tamtejszych encyklopedii jako Polak.

W 1905 roku poddał się operacji we własnej prywatnej klinice. Operował go przyjaciel, profesor J. Eiselsberg z Wiednia, który stwierdził u niego guza żołądka, ale nie poinformował go o prawdziwej przyczynie choroby. Mikulicz wyjechał na rekonwalescencję na Istrię, szybko jednak musiał stamtąd powrócić z maszynym krwotokiem żołądka. Pod koniec życia, pogodzony z losem napisał: "Umieram bez wszelkiej urazy, z uczuciem zadowolenia z życia. Pracowałem według swoich sił i znalazłem na świecie uznanie i szczęście."

Zmarł 14 czerwca 1905 roku, przyczyną zgonu był rak żołądka. Warto dodać, że sam zoperował 183 żołądki zajęte przez raka.

27 maja 1909 roku przed kliniką odsłonięto płaskorzeźbę upamiętniającą Mikulicza. Pod nią wyrzeźbione były dwie daty - Geboren 1850, Gestorben 1905. Przy renowacji napisy te zniszczono jako niemieckie. Płaskorzeźba stała się niema. Dlatego spowodowałem odlanie tablicy z moim tekstem. Wykonali ją gisierzy z wrocławskiego PaFaWagu.

W 1983 roku w uznaniu nieprzeciętnych zasług wielkiego chirurga - części ulicy, przy której mieszkał Jan Mikulicz Radecki nadano jego imię.

Wspomniane w tekście dyplomy doktoratów i członkostw znalazłem na strychu jego prywatnej willi w Pelcznicy. Leżały porzucone w rulonie.

Dyplomy oprawiłem, a niektóre drobne pamiątki po Mikuliczu znalezione w jego willi przekazałem Archiwum Uniwersytetu Wrocławskiego. Miał być eksponowane w pomieszczeniach obrazujących historię medycyny. Niestety, do tej pory nie udało się takiej ekspozycji zorganizować.

Medal imienia Jana Mikulicza-Radeckiego wybitny przez Dolnośląską Izbę Lekarską będzie znakomitą wizytówką Wrocławia.

Tekst jest skrótem wystąpienia autora na X Zjeździe Delegatów DIL

Z wrocławskim Herbapolem wśród roślinnych leków

Cały świat po wielkiej fascynacji lekami syntetycznymi powraca do leków ziołowych. Ocenia się, że tradycyjnymi metodami opartymi na lekach ziołowych leczy się dziś 4/5 wszystkich ludzi na świecie. Lekami ziołowymi leczą się przede wszystkim Chińczycy, Hindusi i mieszkańcy Czarnej Afryki. Jednak kraje, które do niedawna były zafascynowane lekami syntetycznymi: Stany Zjednoczone, Australia, Japonia, Francja, Niemcy, Wielka Brytania, kraje Beneluksu wracają chętnie do leków ziołowych i homeopatycznych. Eksperci oceniają, że sprzedaż leków ziołowych jest dziś w rozwiniętych krajach dwa razy wyższa niż przed 10 laty i będzie się zwiększała w najbliższych latach co roku o 10 - 15 proc.

W jaki sposób zwalczyć chorobę doradza lekarz, on wybiera specyfiki, które według niego będą najbardziej skuteczne. Leki syntetyczne, które działają zwykle szybciej i bardziej efektywnie mają wadę - skutki uboczne jakie powoduje ich wprowadzenie do organizmu.

Organizm ogarnięty chorobą musi pobudzić swój układ odpornościowy, by zwalczyć infekcję. Czasem wystarczy podać preparat stymulujący naturalne funkcje obronne organizmu, by sam sobie z chorobą poradził.

Do roślin o immunostymulującym działaniu należy jeżówka purpurowa - *Echinacea Purpurea*, amerykańska roślina znana już Indianom. Pobudza ona układ odpornościowy człowieka - który zwiększa liczbę białych ciałek krwi i komórek śledziony, które zwalczają zakażenia w organizmie. Jeżówka purpurowa ma też właściwości antybiotyczne, przeciwwirusowe, przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze.

Tych właściwości nie znali amerykańscy Indianie, ale z powodzeniem stosowali jeżówkę jako roślinę leczniczą.

Wrocławski Herbapol połączył jeżówkę z innymi ziołami i stworzył syrop o skutecznym działaniu, który jako lek ziołowy nie powoduje żadnych skutków ubocznych, a jego wielką zaletą jest dobry smak i dzieci, a także dorośli zażywają go bez oporów.

Echinasal - syrop

Syrop podnosi ogólną odporność organizmu. Działa przeciwbakteryjnie i przeciwzapalnie oraz ułatwia odkrztuszanie w przypadku męczącego suchego kaszlu.

Odznacza się dobrą skutecznością i brakiem działań ubocznych.

• Zastosowanie:

Zwiększa odporność organizmu, łagodzi kaszel.

Zalecany również w leczeniu nieżytów górnych dróg oddechowych i oskrzeli.

Zawiera do 1 proc. objętości alkoholu.

• Przeciwwskazania:

Nie podawać dzieciom do 3 roku życia.

• Dawkowanie:

- dzieci od 3 do 6 lat - tylko według wskazań lekarza,

- dzieci powyżej 6 lat - 3-4 razy dziennie po 1 łyżeczce od herbaty,

- dorośli - 3-4 razy dziennie po 1 łyżce stołowej.

MZIOS świad. rejestr. nr 6479

• Skład:

wyciąg płynny z:

- liścia babki lancetowatej, ziela dogłedy wielkiej, owocu dzikiej róży - 5,0 cz.,

- wyciąg tymiankowy - 3,0 cz.,

- sok z jeżówki purpurowej - 2,0 cz.,

- korygent smakowy i syrop do 100,0 cz.

• Echinasal nagrodzony

Na III Targach "Bliżej Zdrowia, Bliżej Natury", które odbywały się w Katowicach 15-17 marca 1996 r. syrop echinasal zdobył nagrodę "Drzewko życia" przyznaną przez Polski Komitet Zielarski.



Wrocławskie Zakłady Zielarskie

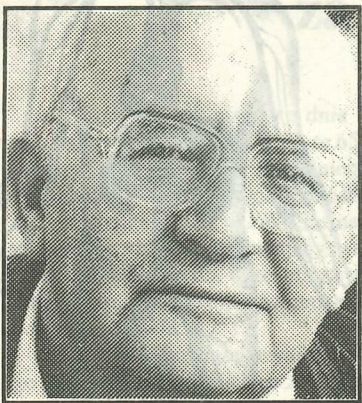
Herbapol SA

ul. Świętego Mikołaja 65-68
50-951 Wrocław
tel. 44-66-35
fax. 44-66-30

Dział Handlowy
ul. Księcia Witolda 56
50-203 Wrocław
tel. 21-86-04



Z dziejów dolnośląskiej służby zdrowia (13)



Jerzy B. Kos

W 1946 roku zlikwidowano w Ministerstwie Zdrowia samodzielny Wydział Walki z Gruźlicą, a jego terenowe ogniska podporządkowano Naczelnemu Nadzwyczajnemu Komisarzowi do Walki z Epidemiami. W ramach Centrali NNK powstały wówczas dwa wydziały - Wydział Akcji Przeciwgruźliczej oraz Wydział Lecznictwa Zakładowego podporządkowane dr M. Telatyckiemu, powołanemu na II Zastępcę Naczelnego Komisarza. Decyzje takie podjęto, aby zapobieganiu i zwalczaniu gruźlicy nadać pierwszoplanowe znaczenie, a także aby wykorzystać do walki z gruźlicą możliwości organizacyjne NNK i jego ogniw terenowych. Sytuacja epidemiczna była przecież wyjątkowo niekorzystna: pandemia gruźlicy objęła cały kraj, a wskaźniki chorobowości i umieralności z powodu gruźlicy były najwyższe w Europie. W 1945 roku chorowało na gruźlicę w Polsce około 1.200 tys. osób, a zatem prawie 5 proc. mieszkańców kraju. Gruźlica była również przyczyną zgonów co najmniej 120 tys. osób rocznie (za M. Telatyckim). Również wyniki badań masowych przeprowadzonych w niektórych środowiskach wskazywały, że liczba chorych na gruźlicę wymagających leczenia i izolacji jest co najmniej trzykrotnie większa, aniżeli w latach 1936-1938 (za J. Morzyckim).

W połowie 1945 roku było zorganizowanych - głównie w województwach centralnych Polski - 18 poradni przeciwgruźliczych, a szpitale i sanatoria przeciwgruźlicze dysponowały zaledwie 880 łózkami. Wojna i okupacja zdzieliły kadre doświadczonych fizjatrów, wiele znanych ośrodków sanatoryjnych uległo zniszczeniu lub zmieniło swoje przeznaczenie.

Już jednak w listopadzie 1945 roku odnotowano istnienie 126 poradni przeciwgruźliczych (za P. Pilczukiem), a w końcu 1946 roku zarejestrowano ich aż 532. Wiele z nich zorganizowano w województwach zachodnich i północnych. Równie wyraźny był rozwój sieci zakładów przeciwgruźliczych - 48 sanatoriów dysponowało 7.749 łózkami, a 28 prewentyoriów miało 2.891 łóżek (za M. Murowskim i J. Suchowiakiem). Bardzo wiele z nich znajdowało się na Dolnym Śląsku. W 1947 roku przeznaczono dla chorych na gruźlicę również pewną liczbę łóżek w szpitalach i oddziałach zakaźnych. W końcu 1947 roku chorzy na gruźlicę stanowili około 43 proc. wszystkich chorych leczonych w tych oddziałach.

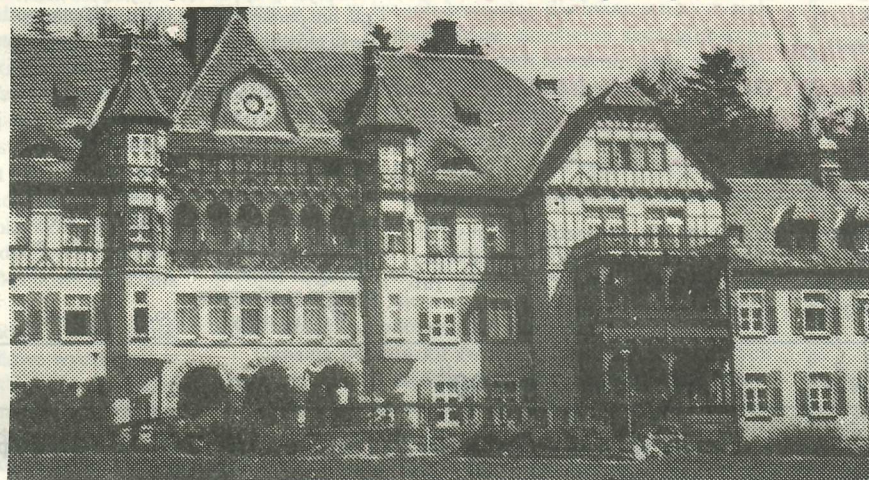
W 1946 roku dużo wysiłku włożono w zabezpieczenie i stopniowe uruchamianie sanatoriów przeciwgruźliczych zwłaszcza położonych na Ziemiach Zachodnich i Północnych. Poza nakładami z budżetu państwa korzystano z pomocy materialnej i finansowej UNRRA oraz wsparcia finansowego wielu dobroczynnych towarzystw z krajów Europy Zachodniej, a zwłaszcza Szwajcarii, Danii i Szwecji. Dzięki pomocy szwajcarskiej zorganizowano duży zespół sanatoryjny dla dzieci w Rabce. Dzięki funduszom szwedzkim zakończono modernizację Sanatorium SPS w Otwocku. Państwa skandynawskie przekazały dary w naturze - 282 tony żywności, "co podniosło rację dzienną dla chorego i

W 1946 roku dużo wysiłku włożono w zabezpieczenie i stopniowe uruchamianie sanatoriów przeciwgruźliczych zwłaszcza położonych na Ziemiach Zachodnich i Północnych. Poza nakładami z budżetu państwa korzystano z pomocy materialnej i finansowej UNRRA oraz wsparcia finansowego wielu dobroczynnych towarzystw z krajów Europy Zachodniej, a zwłaszcza Szwajcarii, Danii i Szwecji.

Gruźlica

personelu sanatoryjnego o 500 kalorii". Warto o tym pamiętać...

Do największych w 1947 roku sanatoriów przeciwgruźliczych dla dzieci należały: Rabsztyn w woj. kieleckim (230 łóżek), SPS Otwock (300 łóżek), Istebna (400 łóżek), Kamieniągóra na Dolnym Śląsku (230 łóżek), Bystre-Zakopane (200 łóżek).



Sanatorium przeciwgruźlicze Wysoka Łąka w Kowarach. Fot. Jerzy Sauer

W końcu czerwca 1945 roku przybyła do Bukowca koło Kowar grupa mężczyzn w mundurach bez dystynkcji, która przed kilkoma dniami opuściła Stalag w Goerlitz-Moys, a wśród nich dr Bolesław Bartenbach. Był on pierwszym polskim lekarzem w Bukowcu, a towarzyszący mu żołnierze i oficerowie pierwszymi polskimi pacjentami tego znanego w Europie zakładu leczniczego.

Największe sanatoria przeciwgruźlicze dla dorosłych były w Tuszyńku pod Łodzią (492 łóżka), w Krukach koło Gostynina (200 łóżek), w Zakopanem - siedem sanatoriów o łącznej ilości łóżek 1080, w Bystrej-Wilkowice (300 łóżek), w Kamieniągórze (200 łóżek). Wtedy również powstało dominium sanatoryjne w Bukowcu na 790 łóżek. Do miejscowości uznanych - Zakopanego, Otwocka, dołączyły kurorty dolnośląskie: Kowary-Bukowiec, Sokołowsko, Kamienna Góra i Oborniki Śląskie, radykalnie zmieniając dotychczasową mapę rozmieszczenia zakładów leczniczych.

Duże znaczenie w prowadzeniu działań przeciwgruźliczych miało wprowadzenie w 1946 roku - w skromnym zakresie - badań radiologicznych we wszystkich ośrodkach akademickich i w kilku innych środowiskach pracowniczych.

Badaniami objęto 24358 (48,7 proc.) studentów wyższych uczelni stwierdzając czynną gruźlicę u 7,8 proc. badanych. Akcje masowych badań radiologicznych - kontynuowaną po dziś - wsparła działalność oświatowa i informacyjna. W grudniu 1947 roku zorganizowano pierwsze "Dni Przeciwgruźlicze" i przystąpiono do reaktywowania towarzystw przeciwgruźliczych, które odgrywały dużą rolę w dwudziestolecu międzywojennym.

Ważne znaczenie w zapobieganiu gruźlicy miało wprowadzenie szczepień ochronnych. W grudniu 1945 roku labora-

toria Państwowego Zakładu Higieny przystąpiły do produkcji szczepionki BCG. Czynniki ograniczającymi jej zastosowanie była wysoka cena oraz brak akceptacji dla szczepień przeciwgruźliczych w środowisku lekarskim. W 1946 roku dostaną szczepionkę przyjęło zaledwie 4586 noworodków, z czego prawie połowa w

W końcu czerwca 1945 roku przybyła do Bukowca koło Kowar grupa mężczyzn w mundurach bez dystynkcji, która przed kilkoma dniami opuściła Stalag w Goerlitz-Moys, a wśród nich dr Bolesław Bartenbach. Był on pierwszym polskim lekarzem w Bukowcu, a towarzyszący mu żołnierze i oficerowie pierwszymi polskimi pacjentami tego znanego w Europie zakładu leczniczego.

Kilka tygodni później - w końcu lipca dotarła do Bukowca ponad stuosobowa grupa chorych z powstańczego szpitala w podwarszawskim Konstancinie. Opiekunami ich byli dr Janina Dąbrowska i dr Emil Wartanowicz. Opowieści o przejeździe tej grupy - pociągami, samochodami wojskowymi i chłopskimi furmankami - przez zniszczone wsie i miasta mogą być tworzonym epickiej powieści lub filmu.

W sierpniu 1945 roku "Państwowy Instytut Przeciwgruźliczy - Zeylandowo na Krzyżatce", bo taką nazwę otrzymał zespół kowarskich sanatoriów zyskał nową strukturę organizacyjną i nowego dyrektora. Został nim dr Stanisław

Wąsowicz, a po nim - w grudniu 1945 roku - legendamy, znany nie tylko mieszkańcom Lwowa, dr Lesław Węgrzynowski. W końcu 1946 roku Instytut miał 1320 łóżek (za T. Grzegorzczak-Skibińską). Rok później zorganizowano w nim oddział torakochirurgiczny kierowany przez wybitnego specjalistę dr. Kazimierza Dębickiego - był to jeden z pierwszych oddziałów tego typu w kraju.

Takie były początki największego i najbardziej znanego zakładu leczniczego na Dolnym Śląsku, którego tradycje podtrzymuje obecnie Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Jeleniej Górze z siedzibą dyrekcji w Kowarach.

"Sprawozdanie z działalności Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu" datowane 28 czerwca 1946 roku wymienia jeszcze kilka innych sanatoriów przeciwgruźliczych: w Dusznikach Zdroju, Jarze, Korczakowie i Kamieniągórze (dawna nazwa Kamienniej Góry). Rozpoczęły również działalność pierwsze "stacje klimatyczne" w Szklarskiej Porębie, Karpaczu, Bierutowicach, Obornikach Śląskich, Dusznikach i Zeylandowie. Prawie wszystkie z nich przekształcono w następnych latach w zakłady leczenia gruźlicy i chorób płuc.

W końcu 1946 roku województwo wrocławskie dysponowało znaczną liczbą łóżek szpitalnych przeznaczonych dla chorych na gruźlicę. Wydzielono je we wszystkich oddziałach zakaźnych. Również każdy szpital powiatowy miał obowiązek przeznaczenia 10 łóżek dla chorych na gruźlicę. Pismo wrocławskiego oddziału Nadzwyczajnego Komisarzatu do Walki z Epidemiami skierowane do

Państwowego Urzędu Repatriacyjnego we Wrocławiu z 10 października 1946 roku zawiera informacje o bazie leczniczej, wymienając m.in. Szpital "Mario Ratu" w Bystrzycy Kłodzkiej (20 ł.), Szpital SS Szkolnych w Jawornicy (110 ł.), Szpital Przeciwgruźliczy w Kamienniej Górze (580 ł.), Szpital Św. Józefa we Wrocławiu (60 ł.), Szpital Św. Franciszka w Kłodzku (45 ł.), Szpital w Jarze (140 ł.), Szpital Zakaźny w Legnicy (20 ł.), Szpital Powiatowy w Lubaniu (25 ł.), Szpital Powiatowy w Zgorzelcu (15 ł.). Mniejszej ilości łóżek - od 2 do 10 - wykazano w większości innych szpitali.

W opracowaniu omawiającym stan organizacyjny i kadrowy służby zdrowia w końcu 1945 roku (P. Pilczuk, Dziennik Zdrowie nr 6) można znaleźć informację, że liczba łóżek szpitalnych wynosiła 84865 (więcej o ponad 5 tys. od stanu posiadania w 1938 roku!). Dla chorych na gruźlicę przeznaczono 4464 łóżka (bez miejsc sanatoryjnych). Dolny Śląsk zajmował z 715 łózkami trzecie miejsce - po województwie warszawskim i śląskodobrowskim, a licząc według miejsc sanatoryjnych był pierwszy. Region podduński Dolnego Śląska stał się - o czym informowano w nagłówkach czasopism - "prawdziwym zagłębiem zdrowia". Nie wspomniano jednak przy tej okazji, że liczba zachorowań na gruźlicę płuc wśród mieszkańców tego regionu również była najwyższa w kraju.

Ważną rolę w zwalczaniu gruźlicy miały poradnie przeciwgruźlicze. Pierwsze z nich powołano już w końcu 1945 roku. Zorganizowano je w większych miastach, a także w miejscowościach, w których znajdowały się szpitale lub oddziały fizjatryczne. Organizację działań przeciwgruźliczych koordynował w woj. wrocławskim dr Stanisław Sielicki, najpierw jako kierownik referatu walki z gruźlicą oddziału NK, a następnie jako dyrektor Szpitala SS Elżbietanek przy ul. Grabiszyńskiej i dyrektor Centralnej Wojewódzkiej Poradni Przeciwgruźliczej, którą powołano do życia 1 lutego 1948 roku i do jej pierwszych pracowników należeli oprócz dr. Stanisława Sielickiego (kierownik), dr Jerzy Łakota (laryngolog), dr Adam Michejda (chirurg), Małgorzata Grzona (laborantka) i Genowefa Tobiasz (woźna).

Wykaz pracowników z 7 października 1948 roku zachował również nazwiska innych pracowników: fizjologów - dr Terezy Skibińskiej, dra Tuszewskiego, dr Anny Wysłouchowej, dr Kusidowicz-Derubskiej, dra Tadeusza Garbińskiego, dra Eugeniusza Kitlińskiego, chirurgów - dra Stanisława Pelca, dra Zdzisława Popławskiego oraz pielęgniarek - Marii Ferlian, Heleny Miniewicz, Elżbiety Światalskiej, Zofii Sobieraj i Katarzyny Tuszawskiej.

To byli ludzie, którzy pierwsi podjęli walkę z gruźlicą na Dolnym Śląsku. Pracowników anonimowych, którzy stali obok nich było znacznie więcej. Czas zatarł ich nazwiska, ale pozostawił ślady ich obecności.

Komisja Sportu i Rekreacji

Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

ul. Marii Skłodowskiej-Curie 11, 71-332 Szczecin, tel./fax 874-960, tel. 874-936.

uprzejmie informuje, że 6-9.06.1996 roku organizuje

VI MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W TENISIE ZIEMNYM

na kortach w Gryfinie.

Turniej przed rokiem zgromadził ponad 100 zawodników, lekarzy z całej Polski i z zagranicy (Nowy Jork, Berlin) i stał się podstawową imprezą cyklu turniejów tenisowych w kraju.

MIEJSCE:

KORTY TENISOWE W GRYPINIE mające atest Międzynarodowego Związku Tenisowego, na którym były rozgrywane turnieje satelitarne. Obiekt dysponuje 9 kortami z możliwością gry w porze nocnej i pełnym zabezpieczeniem

rekreacyjnym (kapiela, sauna, masaż).

NAGRODY: Zwycięzcy otrzymują medale, dyplomy oraz nagrody specjalne.

WPISOWE

30 zł (300 tys. st. zł) wpłacone wcześniej na konto nr PBKS I/O Szczecin 368009-8123-132 "TURNIEJ" OIL w Szczecinie lub na miejscu.

Regulaminowe postanowienia ogólne

1. Prawo startu mają lekarze i lekarze stomatolodzy z kraju i

zagranicy, mający obywatelstwo polskie.

2. Podstawą do rozstawień będą wyniki ostatnich turniejów w Gryfinie i Mistrzostw Polski w Olsztynie i Poznaniu.

3. Przewiduje się rozegranie turniejów głównych, pocieszenia oraz turnieju dzieci lekarskich.

4. Turniej zostanie rozegrany systemem pucharowym do 2 wygranych setów, przy stanie 6:6 (tie break). W zależności od liczby uczestników mogą być konieczne gry eliminacyjne.

Duże dawki witaminy E oraz terapia obniżająca poziom cholesterolu poniżej wartości uznawanej dotąd za bezpieczną mogą obniżyć ryzyko zawału serca od 25% do 75%.

JAK ZMNIEJSZYĆ RYZYKO ZAWAŁU SERCA

Najnowsze amerykańskie badania CARE i CHAOS

Nowe, rewelacyjne wyniki amerykańskich programów badawczych CARE i CHAOS dotyczących leczenia osób z niedokrwinną chorobą serca przedstawiła Rada Promocji Zdrowego Żywnienia. Wyniki te ujawnione zostały w marcu podczas 45. sympozjum American College of Cardiology, odbywającego się w Orlando na Florydzie.

Prowadzony w 80 klinikach w Kanadzie i USA program CARE objął ponad 4 tys. pacjentów w wieku 21-75 lat, po zawałach serca, o umiarkowanym poziomie cholesterolu (średnio 209 mg/dl). Przez pięć lat trwania programu, mającego na celu zmniejszenie poziomu cholesterolu poniżej uważanej dotąd za bezpieczną wartość 200 mg/dl, uzyskano zmniejszenie odsetka powtórnych zawałów o ok. 25%, a udarów mózgu - o 28%.

Z kolei prowadzone w Cambridge w Wlk. Brytanii badania CHAOS: wykazały, że megadawki witaminy E (w wy-

sokości 400 - 800 UI; dla porównania zalecana dzienna norma wynosi 15 UI dla mężczyzn i 12 UI dla kobiet) aż o 75% obniżają ryzyko zawału serca u osób chorych na chorobę niedokrwinną serca.

- Ponieważ dawki te wielokrotnie przekraczają zalecane normy, nie wydaje się rozsądne podawanie ich populacji

bogatego w witaminę E oleju słonecznikowego, zielonolistnych warzyw, margaryn, które są często podstawowym źródłem tej witaminy w diecie ludzi naszej strefy klimatycznej. W przypadku ludzi palących papierosy lub biernych palaczy, a także osób z genetycznym zagrożeniem chorobami układu krążenia lub chorobami nowotworowymi

Jemy za dużo tłustych wędlin, smarujemy masłem, smażymy na smalcu, nie pamiętając, że tłuszcze zwierzęce są główną przyczyną wzrostu syntezy cholesterolu w organizmie. Jeśli używamy tłuszczu - powinniśmy wybierać tłuszcze roślinne: margaryny do smarowania, oleje do smażenia (jeśli musimy smażyć, bo zdrowszą, zalecaną formą jest grillowanie). Tłuszcze roślinne zawierają wielonienasycone kwasy tłuszczowe, aktywnie obniżające poziom cholesterolu we krwi, a więc tym samym są zdrowsze.

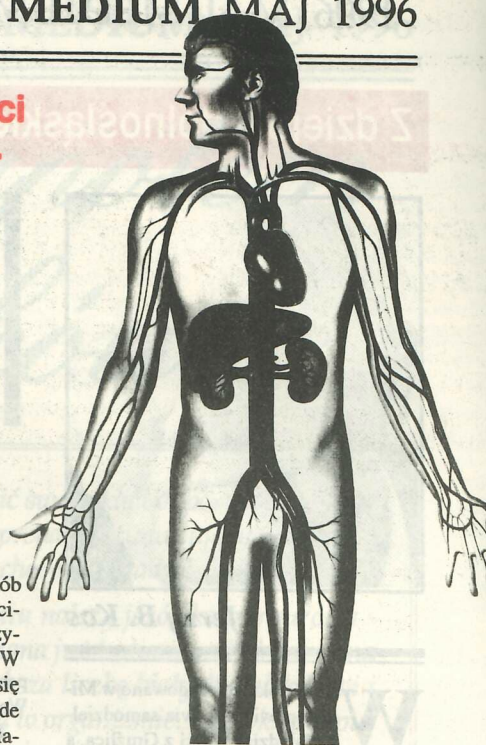
ludzi zdrowych - powiedział prof. Marek Naruszewicz z Rady Promocji Zdrowego Żywnienia. - Z pewnością jednak należy zwiększyć ogólne spożycie

konieczna jest, zwłaszcza w okresie zimowym - wiosennym, dodatkowa suplementacja w postaci kapsułek lub wielowitaminowych preparatów.

Wiecej tłuszczów zwierzęcych - większa miażdżycy

Jedną z głównych przyczyn chorób układu krążenia w Polsce jest niewłaściwa dieta, powodująca otyłość i przyczyniająca się do rozwoju miażdżycy. - W tradycyjnej polskiej diecie znajduje się zbyt mało witamin, błonnika, a przede wszystkim - zbyt dużo tłuszczów, zwłaszcza zwierzęcych. - powiedziała dr Małgorzata Kozłowska - Wojciechowska z Rady Promocji Zdrowego Żywnienia. - Jemy za dużo tłustych wędlin, smarujemy masłem, smażymy na smalcu, nie pamiętając, że tłuszcze zwierzęce są główną przyczyną wzrostu syntezy cholesterolu w organizmie. Jeśli używamy tłuszczu - powinniśmy wybierać tłuszcze roślinne: margaryny do smarowania, oleje do smażenia (jeśli musimy smażyć, bo zdrowszą, zalecaną formą jest grillowanie). Tłuszcze roślinne zawierają wielonienasycone kwasy tłuszczowe, aktywnie obniżające poziom cholesterolu we krwi, a więc tym samym są zdrowsze.

Według danych z 1994 r. w przecięt-



nej polskiej dziennej racji pokarmowej spożywamy 330 - 400 mg cholesterolu. Oznacza to, że limit ustalony przez WHO na poziomie 300 mg dziennie przekraczany jest o 10 - 30 %. Takie spożycie błonnika i witamin, znajdujących się głównie w warzywach i owocach, odbiega od poziomu zalecanego przez lekarzy. Przeciętny Polak zjada łącznie jedynie ok. 300 gramów warzyw i owoców dziennie, podczas gdy dzienna norma wynosi łącznie ok. 500 g. U palaczy biernych i aktywnych norma ta powinna być zwiększona o ok. 50 %, ze względu na ponoszone przez nich straty witamin.

Informacja prasowa Rady Promocji Zdrowego Żywnienia

Aktualności z Francji

Czernobyl po 10 latach

26 kwietnia br. mija 10 lat od awarii elektrowni jądrowej w Czernobylu. W marcowym numerze Le Mond zastanawiano się nad wpływem tej katastrofy na częstość występowania raka tarczycy u dzieci. Dane francuskiego Instytutu Ochrony i Bezpieczeństwa Radiologicznego (IPSN) o poziomie skażenia wykazywały, że było ono 100-1000 razy mniejsze od stwierdzonego na terytorium Ukrainy i Białorusi, gdzie odnotowano 700 przypadków raka tarczycy u dzieci. Największe skażenie miało miejsce 1 maja 1986, gdy nad Francję nadciągnęły chmury z Czernobyla. Średni równoważnik dawki pochłoniętej wynosił w tych dniach we Francji 0,16 milisievertów, co stanowi 16% maksymalnej dopuszczalnej dawki rocznej. Na oficjalnej mapie skażeń z tego okresu istnieje jednak kilka małych plam, na które spadło znacznie więcej zanieczyszczeń i wspomniany roczny limit dawki (1mSv) jest tam przekraczany nawet do tej pory. Na szczęście dotyczy to bezludnych obszarów Mercantour.

Wschodnie rejony otrzymały, dawkę dziesięciokrotnie wyższą, tam więc spodziewano się największych następstw zdrowotnych. W południowo - wschodnim regionie Provence - Alpes -

Côte-d'Azur stwierdzono czternaście przypadków raka tarczycy na 850 000 dzieci: 3 przypadki między 1984 a 1991, a następne 11 w latach 1992 - 1994 (zachorowalność odpowiednio 0,5 i 4,5/rok/mln). Ten ostatni okres jest kluczowy w ujawnianiu się popromiennego raka tarczycy. Dla porównania wybrano położoną na północnym wschodzie kraju Lotaryngię, gdzie zachorowalność w tych samych okresach wynosiła 1,3 i 0,8/rok/mln, co potwierdza fakt podobnego stopnia skażenia. We Francji udaje się wyleczyć 80-90 % przypadków tej choroby. Dopiero dalsze szczegółowe badania i obserwacja tych przypadków pozwolą stwierdzić, czy są one wywołane katastrofą w odległej, radzieckiej podówczas, elektrowni jądrowej, czy też innym czynnikiem (chemicznym, biologicznym, pokarmowym).

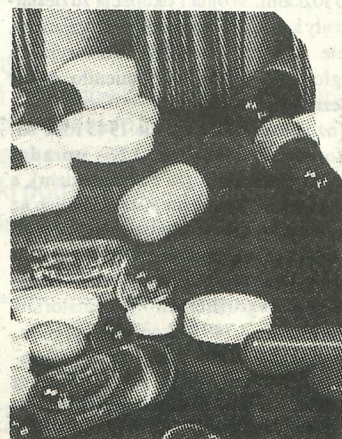
Psychotropowy rekord

Aż 11% dorosłych Francuzów przyjmuje regularnie (przynajmniej raz w tygodniu od co najmniej 6 miesięcy) leki psychotropowe (uspokajające, nasenne, przeciwdepresyjne, neuroleptyki). Odsetek ten jest ponad trzykrotnie wyższy niż w sąsiedniej Wielkiej Brytanii i Niemczech, dwukrotnie wyższy niż we Włoszech. Rewelacje te zawiera najnowszy raport opracowany przez profe-

sora Edouarda Zarifiana, psychiatrę z Uniwersytetu w Caen (Normandia).

Lekarze ogólni przepisują 70-75% leków przeciwdepresyjnych oraz 75-80 % anksjolityków i leków nasennych. Najczęściej przepisywane anksjolityki to Temesta (lorazepam) i Lexomil (bromazepam), z grupy nasennych: Imovan (zopiklon) i Rohypnol (flunitrazepam). O ile liczba przepisywanych każdemu statystycznemu pacjentowi leków wynosi 3,7, to jeśli jest wśród nich choć jeden lek psychotropowy - liczba ich wzrasta do 5,3. Leczenie środkami psychotropowymi trwa w populacji francuskiej średnio 7,5 roku. Częstość (nad?)używania tych leków rośnie z wiekiem, szczególnie po sześćdziesiątce oraz wśród bezrobotnych.

Ponieważ nie stwierdzono u Francuzów, częstszego niż w innych krajach europejskich, występowania zaburzeń lub chorób psychicznych, poszukiwano przyczyn tak ogromnego zużycia leków. Według autorów raportu istnieje tendencja do celowego upraszczania terapii poprzez kojarzenie izolowanych objawów z konkretnymi lekami, natarczywa promocja leków. Często firmy farmaceutyczne



posługują się w tym celu znanymi osobistościami w świecie naukowym, które kreują nowe preparaty podczas zjazdów naukowych i akademickich dyskusji (kto płaci, ten wymaga). Kolejną przyczynę upatruje się w braku obiektywnych opracowań, narastającym uzależnieniu prasy medycznej oraz powiązaniach ministerialnych ekspertów i decydentów z przemysłem farmaceutycznym. W tej sytuacji lekarz dokonuje czynu iście bohaterskiego, jeśli mimo reklamy i nalegań pacjentów niekiedy potrafi powstrzymać się od niepotrzebnego przedłużania leczenia, np. środkami nasennymi. Prof. Zarifian podkreśla konieczność lepszej edukacji zdrowotnej, bowiem społeczeństwo utożsamia często smutek z depresją. Rozważa również możliwość ograniczenia okresu leczenia benzodiazepinami przez lekarzy ogólnych. Przypomina ogólne zasady, których należy się trzymać w terapii tą grupą leków, między innymi: 1. nie należy łączyć dwóch hipnotyków, 2. powinno się odnotowywać i kontrolować dawki i okres stosowania przepisywanych leków.

Problem ten nie jest jeszcze tak jaskrawy w Polsce, ale może zastanówmy się, zanim zlecimy kolejną tabletkę relanium naszym ciągle niewyspanym pacjentom...

Emil Mikulski

Droga przezskórna otwarta dla białek?

Przezskórne podawanie niektórych leków ma szczególne uzasadnienie w pewnych sytuacjach ze względu na wiele zalet. W odróżnieniu od drogi "per os" unika się szkodliwego niekiedy działania enzymów jelitowych, kwaśnego bądź zasadowego środowiska, jakie panuje w żołądku i jelicie cienkim, efektu pierwszego przejścia w wątrobie. Lek umieszczony na skórze stale uwalnia określoną dawkę, umożliwiając rzadsze jego podawanie. Za przykład mogą służyć dobrze już rozpowszechnione "plasterki" estrogenowe lub estroprogestagenowe, szeroko stosowane w substytucji menopauzalnej. Steroidy jednak, w przeciwieństwie do peptydów, dobrze rozpuszczają się w tłuszczach, co ułatwia przenikanie przez skórę do krwiobiegu. Co zatem zrobić, aby hydrofilne cząsteczki polipeptydowych leków (np. insuliny, erytropoetyny, interferonu) mogły pokonać zwartą strukturę warstwy rogowej naskórka? Grupa amerykańskich naukowców odkryła, że zastosowanie ultradźwięków niskiej częstotliwości znacząco poprawia przezskórną dyfuzję polipeptydów o znaczeniu terapeutycznym. Ci sami badacze rozpoczęli dalsze badania nad mechanizmem tego zjawiska. Udowodnili, że ultradźwięki o częstotliwości 1 MHz wzbudzają drgania mikropecherzyków powietrza między keratynocytami, zwiększając ich objętość (zjawisko kawitacji). Drgania te zaburzają strukturę błony lipidowej komórek warstwy rogowej i zwiększają tym samym przepuszczalność naskórka. Pozostało jeszcze wiele do wyjaśnienia, zanim metodę będzie można upowszechnić. Trzeba przede wszystkim zbadać potencjalną odpowiedź immunologiczną organizmu na tak podawane egzogenne białka. Po drugie nieznana jest ewentualna szkodliwość długotrwałej ekspozycji na ultradźwięki. Pomysł jest jednak kuszący, ponieważ otwiera perspektywę bezpiecznego i oszczędnego podawania leków peptydowych. Można sobie wyobrazić poręczne nadajniki ultradźwiękowe noszone na skórze, być może z wbudowanymi mikroczujnikami poziomu leku w osoczu, podającymi w sposób doskonały dokładny np. insulinę.

Na podstawie Medecine/Science z grudnia 1995
opracował Emil Mikulski

Wynagrodzenie nauczycieli akademickich za czynności usługowe

Przepis art. 100 ustawy z dnia 12 września 1990 r. o szkolnictwie wyższym (Dz. U. nr 65, poz. 385) stanowi, iż nauczyciele akademicki zatrudnieni w uczelniach medycznych lub podstawowych jednostkach organizacyjnych uczelni działających w zakresie nauk medycznych poza uczelnią medyczną, posiadający prawo wykonywania zawodów medycznych, uczestniczą w sprawowaniu opieki zdrowotnej prowadzonej w ramach społecznego systemu ochrony zdrowia.

Powyższy obowiązek wynika ze stosunku pracy łączącego nauczycieli akademickich z Akademią Medyczną.

Nauczycieli nie wiąże odrębny stosunek pracy z publicznym zakładem opieki zdrowotnej.

Świadczenie usług w zakresie sprawowania opieki zdrowotnej odbywa się zatem w ramach jednego stosunku pracy.

Zgodnie z przepisami par. 1, ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 kwietnia 1991 r. w sprawie zasad wynagradzania nauczycieli akademickich za sprawowanie opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 36, poz. 160) nauczyciele akademicki otrzymują wynagrodzenie ryczałtowe wypłacane przez zakład opieki zdrowotnej za dodatkowy obowiązek świadczenia usług zdrowotnych.

W powyższym zakresie nie mają zastosowania przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 2 lipca 1992 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 55, poz. 273 z późniejszymi zmianami). Natomiast zgodnie z przepisem par. 1, ust. 2 wym. rozporządzenia za pełnienie dyżurów zakładowych przez lekarza - nauczyciela akademickiego przysługuje wynagrodzenie na zasadach określonych w przepisach obowiązujących pracowników medycznych zakładów społecznych służby zdrowia, tj. rozporządzenia MZiOŚ z dnia 2 lipca 1992 r.

Zdaniem MZiOŚ - pismo z 13 grudnia 1993 r., znak KDH-023/23/93 - wynagrodzenie ryczałtowe wyczerpuje w całości zobowiązanie placowe zakładu opieki zdrowotnej wobec nauczyciela akademickiego i nie może być podstawą do kształtowania jakichkolwiek składników pochodnych, np. premii, dodatku stażowego, dodatku funkcyjnego itp.

Przepisy regulujące zasady wynagradzania nauczycieli akademickich za sprawowanie opieki zdrowotnej oraz

finansowanie tej działalności są wyjątkowo niespójne oraz różnie interpretowane przez zakłady opieki zdrowotnej, na rzecz których wymienione usługi są świadczone. Ponieważ Dolnośląska Izba Lekarska widzi złożoność tego problemu wystąpił do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej o uregulowanie zasad zatrudniania i wynagradzania za wykonywanie czynności usługowych oraz pełnienie dyżurów zakładowych, w sposób korzystny dla lekarzy - nauczycieli akademickich.

Radca prawny
mec. Beata Kozyra-Łukasiak

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej
ul. Miodowa 15
Warszawa

Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu zwraca się z uprzejmą prośbą o zmianę rozporządzenia z dnia 11 kwietnia 1991 r. w sprawie zasad wynagradzania nauczycieli akademickich za sprawowanie opieki zdrowotnej oraz finansowania tej działalności (Dz. U. nr 36, poz. 160) i uregulowanie zasad zatrudniania i wynagradzania za wykonywanie czynności usługowych i pełnienie dyżurów zakładowych w sposób korzystny dla lekarzy nauczycieli akademickich. Pozostawienie określenia szczegółowego zakresu obowiązków nauczycieli akademickich, wynikającego z zadań zakładu publicznej służby zdrowia, w gestii rektora Akademii Medycznej i dyrektora zakładu oraz brak możliwości zawierania odrębnych umów o pracę na działalność usługową powoduje, iż nauczyciele akademicki nie mają uprawnień pracowników zakładu, na rzecz którego wykonują czynności.

Nie otrzymują w związku z tym dodatku stażowego, premii, nagrody jubileuszowej, nagrody z zakładowego funduszu nagród, nie mają prawa do odliczenia kosztów uzyskania przychodów z tytułu dodatkowego zatrudnienia.

Uznanie obowiązku świadczenia usług zdrowotnych przez nauczycieli akademickich posiadających prawo wykonywania zawodów medycznych jako przedłużenie stosunku pracy łączącego nauczyciela z uczelnią wpływa niekorzystnie na sytuację wymienionej grupy zawodowej.

Przewodniczący
Dolnośląskiej Rady Lekarskiej
dr n. med. Włodzimierz Bednorz

W dniach 12-14 czerwca 1997 roku we Wrocławiu odbędzie się międzynarodowe sympozjum: International Symposium on Photodynamic Therapy (ISOPT)

Spotkanie będzie poświęcone nowej metodzie leczenia nowotworów, tzn. fotodynamicznej terapii (PDT).

Organizatorem sympozjum jest Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu we współpracy z Instytutem Niskich Temperatur i Badań Strukturalnych PAN we Wrocławiu.

W programie przewidziane są wykłady wybitnych specjalistów z zakresu PDT: prof. prof. Dougherty (USA), Jori (Włochy), Moan (Norwegia), Bonnett (Wlk. Brytania), Szopova (Bułgaria), Momenteau (Francja), Graczyk (Polska). Program sympozjum obejmuje: zastosowanie różnych źródeł światła (w tym laserów) w PDT, nowe sensytyzery stosowane w PDT, mechanizmy działania PDT, aspekty immunologiczne PDT oraz wyniki badań klinicznych z wykorzystaniem PDT.

Informacje o sympozjum: dr Piotr Ziółkowski, Katedra i Zakład Anatomii Patologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, ul. Marcinkowskiego 1, 50-368 Wrocław
tel. (4871) 209-974, fax: (4871) 221-029

Komisje DIL pracują

Komisja Współpracy z Zagranicą Naczelnej i Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Stowarzyszenie "Wspólnota Polska" organizują

III Regionalne Spotkanie przedstawicieli polskich i polonijnych stowarzyszeń lekarskich krajów ościennych,

które odbędzie się w dniach 24-26.05.1996 r. w sali konferencyjnej DIL we Wrocławiu przy ul. Matejki 6 oraz w Domu Pracy Twórczej Akademii Medycznej w Zagórzu Śląskim.

Komisja Współpracy z Zagranicą Dolnośląskiej Izby Lekarskiej oraz Koło Lekarek MWIA organizują

II Międzynarodowe Polsko-Niemieckie Sympozjum Lekarek MWIA we Wrocławiu

II Polnisch-deutsches Symposium des Internationalen Arztlinnenbundes in Breslau,

które odbędzie się w dniach 16-19.05.1996 roku w sali konferencyjnej DIL we Wrocławiu przy ul. Matejki 6 i w Kruczych Skalkach w Karpaczu



POLSKIE BIURO PODRÓŻY

ORBIS

Sp. z o.o.

Oferujemy profesjonalną, kompleksową obsługę podróżniczą w ruchu indywidualnym i biznesowym

* rezerwacja i sprzedaż biletów lotniczych w międzynarodowym systemie START AMADEUS:

- wszystkie linie lotnicze
- optymalna aranżacja tras
- supertaryfy
- atrakcyjne prowizje
- rezerwacja "na telefon"
- dowóz pod wskazany adres

* rezerwacja i sprzedaż biletów kolejowych, promowych, autobusowych

* rezerwacja hoteli w kraju i za granicą

* wynajem samochodów osobowych

* organizacja kongresów, konferencji, szkoleń, seminariów

* recepcja delegacji zagranicznych i obsługa gości VIP

* organizacja imprez szkoleniowo-rekreacyjnych typu incentives i imprez targowych

* akceptujemy wszelkie formy płatności

Nie pobieramy dodatkowych opłat.

Zapraszamy do naszych biur:

Wrocław, Rynek 29,

tel. 0-71/34-333-71,
34-326-65,
44-41-09

Licencje:

Dzierżoniów, Rynek 3,

tel. 0-74/31-24-11

Głogów, pl. 1000-lecia 23,

tel. 0-76/33-35-97

Jelenia Góra, ul. 1 Maja 1,

tel. 0-75/262-06

Legnica, ul. Wrocławska 10/18,

tel. 0-76/238-80

Lubin, ul. Odrodzenia 3a,

tel. 0-76/44-28-02

Świdnica, Rynek 31,

tel. 0-74/52-26-68

Wałbrzych, ul. Słowackiego 16,

tel. 0-74/224-43

Zapraszamy do korzystania z bogatej oferty turystycznej, jaką dysponuje ORBIS. Dla członków DIL specjalna bonifikata, szczegóły w lutym numerze "MEDIUM" lub w biurze ORBIS-u Wrocław, Rynek 29.

TELEWIZOR CZY MONITOR?

Michał Sroka

- Przyprowadziłem ci mojego 10-letniego siostrzeńca - Jacka. W przyszłym tygodniu ma dostać nowy komputer.

- Nowy? A jaki miałeś dotąd?

- Amigę 500, ale mi się już znudziła i oczy mnie boją. Wujek powiedział, że jest bardzo szkodliwa i jeżeli tato z mamą chcą, abym był zdrowy, powinni mi kupić prawdziwy komputer.

- Nie mówiłem ci, że Amiga jest szkodliwa. Przeciwnie, jest to bardzo dobry komputer, dużo lepszy niż wczesne PC-ty. Niestety, niektóre modele wyposażone są w tzw. modulator TV, dzięki któremu można je podłączyć do zwykłego telewizora. Oszczędność duża, bo monitor kosztuje ok. 5 mln, a w niejednym domu jest drugi telewizor, często też kolorowy.

- Dlaczego więc z tego nie skorzystać?

- Monitor komputera jest tak skonstruowany, że już w odległości 30 cm od ekranu poziom promieniowania elektromagnetycznego jest minimalny. W wielu współczesnych monitorach filtr ochronny jest właściwie zbędnym dodatkiem. Chyba, że chcemy poprawić niektóre własności optyczne, takie jak kontrast, i usunąć nadmierne odbłaski. Projektując telewizor nie przewidywano, że widz będzie siedział przed nim kilka godzin dziennie w odległości 50 cm. Stąd poziom promieniowania elektromagnetycznego w tej odległości jest zwykle kilkakrotnie (lub więcej) razy większy niż w przypadku dobrej klasy monitora komputerowego. Ponadto częstotliwość tzw. odświeżania ramki w telewizorze jest stosunkowo mała, dlatego też jego ekran mniej lub bardziej "migocze". Oglądany z małej odległości wypełnia dużą część pola widzenia, co potęguje jego ujemny wpływ na delikatny układ nerwowy dziecka.

- Mam w pracy kilka komputerów, w których monitory w przykry sposób migoczą. Koleżanki niechętnie do nich siadają. Twierdzą, że od tego boli je głowa. Sprawdziłem, i nic nie odczułem, choć rzeczywiście obraz nieco migał. Ale mnie to nie przeszkadzało.

- Jak wiesz, obecnie w użyciu jest kilka klas monitorów. Słyszałeś chyba o Herculesie. Dzięki dobrej rozdzielczości przetrwał kilka "pokoleń" monitorów kolorowych i można go jeszcze spotkać. Występuje w trzech barwach ekranu: zielonej - rzadko już spotykanej, pomarańczowej i czarno-białej nie różniące się na oko od monochromatycznego monitora

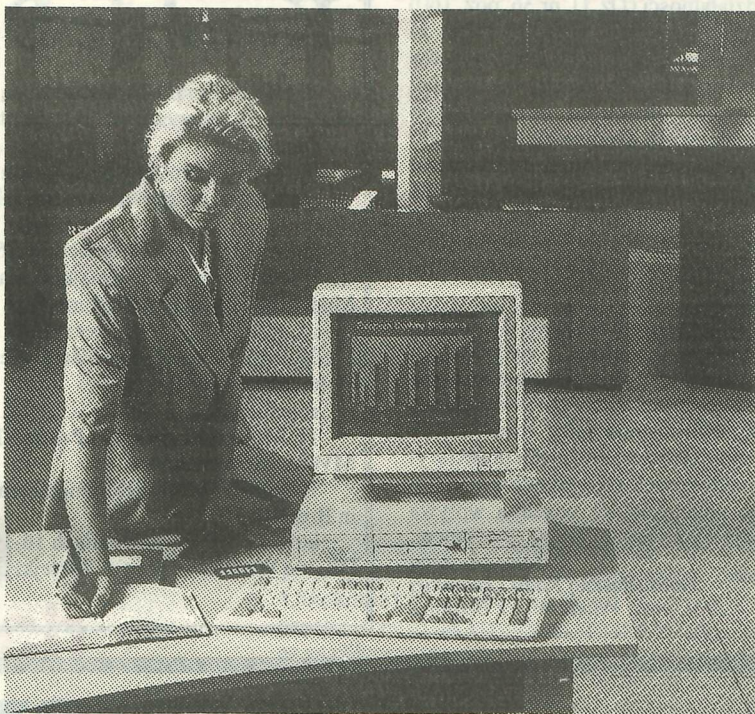
VGA. Jednak wprawny komputerowiec widzi różnicę od razu. Wyczuwalne, choć zdecydowanie mniejsze niż w telewizorze, migotanie obrazu i delikatna niebieska poświata, jakby barwna domieszka do czarno-białego obrazu. Efekty te powoduje niska częstotliwość odświeżania obrazu w Herculesie. Nie tak niska jak w odbiorniku telewizyjnym, ale jednak bliska granicy, poza którą jakość obrazu gwałtownie spada.

- Tato mojego kolegi jest architektem i ma w domu wielki monitor, taki jak nasz telewizor. Ale on wcale nie miga. Dlaczego?

- Obecnie najpopularniejszym standardem karty graficznej i monitora jest tzw. VGA i jej ulepszona odmiana SVGA (czyli Super VGA). Różnią się one od Herculesa nie tylko dużo większą częstotliwością odświeżania ramki, ale i

- Zbyszek z podwórka ma stary komputer z pomarańczowym ekranem. Wszystkie rysunki wychodzą na nim śmiesznie, w kropki, a niektórych gier w ogóle nie da się załadować - taki jest słaby.

- Tak. Ten typ monitora nie potrafi wyświetlać półtonów. Zastępuje je mniej lub bardziej gęstym rastrem z kropek. Natomiast monitor VGA potrafi wyświetlać półtony w sposób płynny. Dlatego nazywa się go monitorem analogowym. Najgorsze modele mają zakres 16 odcieni szarości, najlepsze - dziesiątki tysięcy (!) odcieni wszystkich kolorów. Zeskanowana i wyświetlona na dobrym monitorze fotografia nie różni się od oryginału. Możemy podziwiać piękne barwy w dobrze zrobionych filmach telewizyjnych. A możliwości monitora komputerowego w tym zakresie są



tym, że występują w dwóch odmianach: czarno-białej i kolorowej.

- Więc można zamienić czarno-białego Herculesa na czarno-białego VGA i po kłopotach?

- I tak, i nie. Można to zrobić wymieniając jednocześnie monitor i kartę graficzną, która znajduje się w komputerze i steruje jego pracą. Prócz innej częstotliwości pracy oba systemy różnią się wyraźnie, jeżeli chodzi o sposób modulowania obrazu. W Herculesie każdy z punktów może być wyświetlany na trzy sposoby: brak świecenia, świecenie normalne i świecenie intensywne. Za pomocą kombinacji tych trzech stanów daje się tworzyć grafikę, jednak z

wielokrotnie większe. Najnowsze konstrukcje to dużych rozmiarów monitory cyfrowe. Prócz dużej częstotliwości odchylania ramki mają także wiele różnych udogodnień, takich jak automatyczne rozpoznawanie karty graficznej i trybu jej pracy, dużą rozdzielczość, dużą paletę odcieni barw sterowanych cyfrowo. Ciekawostka, że do pracy z tekstami można je postawić na boku, obraz jest automatycznie rotowany o 90 stopni. Widzimy wtedy przed sobą jakby kartkę A4 w jej naturalnym położeniu.

- Ale o tym opowiem ci Jacku następnym razem, może nawet przyniosę jakiś ciekawy monitor.

DRUGI STOPIEŃ SPECJALIZACJI UZYSKALI - w sesji jesiennej 1995 r. -

ORGANIZACJA OCHRONY ZDROWIA

lek. Maciej Dworski, ZOZ Kowary
lek. Jadwiga Karczewicz-Janowska, ZOZ Bolesławiec

PEDIATRIA

Leszek Michniewicz, Szpital Rejonowy, Bogatynia

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

lek. Zbigniew Jastrzębski, ZOZ Lubań

ALERGOLOGIA

lek. Jolanta Tuchcińska-Sowa, ZOZ Kamienna Góra

Gratulujemy!

dużą trudnością.

Katedra i Klinika Chirurgii Urazowej Akademii Medycznej we Wrocławiu zawiadamia, że w dniach 10 - 15 czerwca 1996 roku w Katedrze Chirurgii Urazowej AM we Wrocławiu odbędzie się XXVII Kurs TECHNIKI MIKROCHIRURGICZNE I CHIRURGIA RĘKI z udziałem zagranicznych wykładowców. (Lista uczestników jest już zamknięta).

Kierownik Katedry i Kliniki
Chirurgii Urazowej
AM we Wrocławiu
Dr hab. n. med. Roman Rutowski

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłasza ogólnopolski konkurs na obsadę stanowiska kierownika

KATEDRY I KLINIKI CHOROBY WEWNĘTRZNYCH I ZAWODOWYCH

O wymienione stanowisko mogą ubiegać się osoby mające tytuł naukowy lub stopień naukowy doktora habilitowanego, które nie przekroczyły 60 roku życia.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu proszeni są o przesłanie następujących dokumentów:

1. podania,
2. życiorysu z uwzględnieniem przebiegu pracy naukowej i zawodowej,
3. wykazu osiągnięć w pracy naukowo-badawczej (spisu publikacji),
4. informacji o działalności w zakresie kształcenia młodej kadry naukowej,
5. odpisu dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora habilitowanego lub tytułu naukowego,
6. zaświadczenia o braku zastrzeżeń ze strony okręgowej izby lekarskiej, właściwej dla miejsca zatrudnienia kandydata,
7. ewentualnych referencji lub opinii

na adres:

Dziekan Wydziału Lekarskiego
Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. J. Mikulicza-Radeckiego 5
50-368 Wrocław

UWAGA: Zgodnie z Zarządzeniem nr 6 Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu z dnia 25 marca 1996 roku zmieniającym regulamin postępowania konkursowego przy pierwszym zatrudnieniu na stanowiska kierowników wydziałowych jednostek organizacyjnych według par. 4 ust. 2 Rektor ma prawo wyrazić zgodę na przystąpienie do konkursu osoby, która przekroczyła 60 rok życia w przypadku braku kandydata spełniającego warunek określony w ust. 1.

Termin składania dokumentów do dnia 5 maja 1996 r.

Konkurs będzie rozstrzygnięty do dnia 4 lipca 1996 r.

Dr hab. med. Jan Kornafel
Profesor nadzwyczajny

Dziekan Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu ogłasza KONKURS OTWARTY na obsadę stanowiska ADIUNKTA w niżej wymienionych katedrach, klinikach i zakładach:

1. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Zawodowych - 3 stanowiska
2. Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych i Alergologii - 2 stanowiska
3. Katedra Propedeutyki Pediatrii i Klinika Immunologii Wieku Rozwojowego - 1 stanowisko
4. I Katedra Pediatrii i Klinika Alergologii oraz Kardiologii Dziecięcej - 1 stanowisko
5. I Katedra i Klinika Chirurgii - 1 stanowisko
6. Katedra i Zakład Anatomii Prawidłowej - 1 stanowisko
7. Katedra i Zakład Fizjologii - 1 stanowisko.

O wymienione stanowiska mogą ubiegać się osoby mające stopień naukowy doktora lub doktora habilitowanego oraz II stopień specjalizacji z właściwej dyscypliny medycznej.

Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają następujące dokumenty:

1. podanie,
 2. życiorysu z uwzględnieniem pracy naukowej i zawodowej,
 3. spis publikacji,
 4. kwestionariusz osobowy + zdjęcie,
 5. odpis dyplomu lekarza,
 6. odpis dokumentu stwierdzającego posiadanie stopnia naukowego doktora lub doktora habilitowanego,
 7. odpis zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu,
 8. odpis zaświadczenia o specjalizacji II stopnia (nie dotyczy Katedry i Zakładu Anatomii Prawidłowej oraz Katedry i Zakładu Fizjologii),
 9. zaświadczenia o braku zastrzeżeń ze strony okręgowej izby lekarskiej właściwej dla miejsca zatrudnienia,
 10. opinia o dotychczasowej pracy zawodowej
- do
Działu Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu
ul. Pasteura 1
50-367 Wrocław
w terminie do 4 maja 1996 roku.

UWAGA: Osoby zatrudnione na stanowiskach nauczycieli akademickich w Akademii Medycznej we Wrocławiu zwolnione są ze składania dokumentów wymienionych w punktach 1-10.

Szczegółowych informacji udziela Dział Kadr Akademii Medycznej we Wrocławiu, tel. 22-65-22.

Dr hab. med. Jan Kornafel

Lek. stom.

Maria Kostrzewa-Seyoum
33-166 Olpiny 357
woj. Tarnów

Szanowni Państwo!

Jesteśmy małżeństwem lekarso-stomatologicznym (mąż w trakcie stażu do listopada 96, ja jestem stomatologiem z dwuletnim stażem stomatologii). Mąż jest Afrykańczykiem, biegle włada językiem polskim i angielskim, studia ukończył na wydziale lekarskim w Polsce.

Poszukujemy pracy w małej miejscowości (do ok. 5000 mieszkańców), preferowane gminne lub większe ośrodki zdrowia.

Oczekiwania:

- możliwość specjalizacji (preferowaną interną lub pediatrią),
 - dobre warunki mieszkaniowe i placowe,
 - możliwość prywatnej praktyki, po godzinach pracy - stomatolog,
 - możliwość ewentualnej kontynuacji stażu przez męża (w przypadku szybkiego nawiązania stosunku pracy)
- WSZYSTKIE WARUNKI DO NEGOCJACJI po spotkaniu.**

Z poważaniem

Maria Kostrzewa-Seyoum

Wydawnictwo



Springer PWN

proponuje:

Zapowiedzi wydawnicze 1996

SERIA: Przewodnik lekarza praktyka

Jan Dobrogowski, Marian Kuś (red.), Kazimierz Sedlak, Jerzy Wordliczek

Ból i jego leczenie

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 10,5, brosz., 12,3x19,5 cm, s. 256
kwiecień

Książka w zwięzły sposób zapoznaje lekarzy rodzinnych, a także innych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, z problematyką bólu przewlekłego i niektórych form bólu ostrego, z którymi regularnie spotykają się oni w gabinecie lekarskim. Stanowi pomoc w leczeniu zespołów bólowych, a zwłaszcza w postawieniu rozpoznania oraz w podjęciu decyzji o rozpoczęciu leczenia na miejscu lub skierowaniu pacjenta na konsultację specjalistyczną czy do poradni leczenia bólu.

Claus Schmitt, Wolfgang Schoels

Od EKG do diagnozy

Vom EKG zur Diagnose

Tłum.: Aldona Orzechowska-Rajewska

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 9, brosz. 12,3x19,5 cm
lipiec

Adresowany do internistów, kardiologów oraz lekarzy pierwszego kontaktu (w tym lekarzy pracujących w pogotowiu oraz szpitalnych izbach przyjęć) praktyczny poradnik diagnostyki elektrokardiograficznej.

Około 150 przykładowych (autentycznych) zapisów elektrokardiogramów wraz ze zwięzłą ich interpretacją umożliwi lekarzowi szybkie rozpoznanie najczęściej spotykanych zaburzeń pracy serca i wdrożenie stosownego leczenia.

Ann McPherson (red.)

Problemy zdrowia kobiet w podstawowej opiece zdrowotnej

Women's Problems in General Practice

Tłum.: Zespół

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 45, brosz. 16,5x23,4 cm
sierpień

Nowoczesny podręcznik zdrowia kobiety z serii oksfordzkich podręczników dla lekarza ogólnego. Prezentuje znacznie szersze spojrzenie na problemy zdrowia kobiety niż "zwykłe" podręczniki ginekologii i położnictwa.

Książka obejmuje najważniejsze obszary zdrowia kobiety z wyjątkiem ciąży i porodu. Omawia najistotniejsze problemy zdrowotne, z którymi kobiety zgłaszają się do lekarza pierwszego kontaktu, w aspekcie całościowym - nie tylko medycznym (diagnostyka-leczenie), czy też ściśle kliniczno-ginekologicznym, ale również i psychologiczno-socjologicznym.

Niezbędna lektura dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarzy rodzinnych, lecz także dla współpracujących z nimi ginekologów, położnych, pielęgniarzek środowiskowych i pracowników socjalnych.

Bogdan de Barbaro

Poradnictwo rodzinne w praktyce lekarza pierwszego kontaktu

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 6, brosz. 12,3x19,5
październik

Praktyczne kompendium na temat rodziny i psychologii rodziny, stanowiące pomoc dla lekarza rodzinnego w zrozumieniu rodziny oraz czynników z nią związanych wpływających na pojawienie się objawów chorobowych i na proces leczenia.

W części teoretycznej pracy wyjaśniono związki między czynnikami psychologicznymi i rodzinnymi a postacią choroby i leczenia oraz przedstawiono "wskazówki uwrażliwiające" na występujące w rodzinie zjawiska i procesy. Część praktyczna zawiera konkretne wskazów-

ki dotyczące wybranych zagadnień klinicznych.

Jeanette Mladenovic

Sekrety lekarza pierwszego kontaktu

Primary Care Secrets

Tłum.: Zespół

Wyd. 1, poradnik

ark. wyd. 45, brosz. 16,5x23,4 cm
październik

Książka jest adresowana do absolwentów studiów medycznych, rezydentów studiów podyplomowych w zakresie medycyny rodzinnej oraz wszystkich lekarzy praktyków, zwłaszcza pierwszego kontaktu (w tym również lekarzy pogotowia). Rozdziały zorganizowano według najczęściej zgłaszanych takiemu lekarzowi problemów zdrowotnych pacjentów w formie pytań i odpowiedzi.

Publikacja jest częścią popularnej, także w Polsce, serii "Sekrety medycyny", przydatnej zarówno w codziennej praktyce, jak i podczas przygotowań do egzaminów specjalizacyjnych.

Ronald L. Eisenberg, Aleksander R. Margulis

Przewodnik diagnostyki obrazowej

Radiology. Pocket Reference

Tłum.: Grzegorz Aderek

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 22, brosz. 12,3x19,5 cm
październik

Podręczny poradnik przedstawiający najczęściej spotykane przez lekarza praktyka problemy medyczne wraz ze wskazaniem do badań radiologicznych, zarówno w zakresie klasycznej diagnostyki radiologicznej, jak i tomografii komputerowej czy rezonansu magnetycznego.

Układ hasłowy, odpowiadający poszczególnym chorobom narządowym i układowym, uporządkowany wg regionów i układów anatomicznych. Każde hasło składa się z dwóch części:

I: krótka charakterystyka kliniczna,

II: metody diagnostyki obrazowej, jakie należy zastosować.

Oryginalna, unikalnie skonstruowana pozycja, przeznaczona głównie dla radiologów, ale przydatna także innym lekarzom praktykom dla właściwego i szybkiego skierowania pacjenta na kosztowne i skomplikowane badania.

Marcin Bujak

Podstawowe techniki zabiegowe w opiece ambulatoryjnej

Wyd. 1, podr.

ark. wyd. 8, brosz. 12,3x19,5 cm
listopad

Praktyczny przewodnik po podstawowych procedurach i zabiegach diagnostycznych i terapeutycznych wykonywanych w gabinecie lekarza opieki ambulatoryjnej. Procedury przedstawiono "krok po kroku", zaś zwięzłym instrukcjom słownym towarzyszy odpowiednio dobrany materiał ilustracyjny. Wybór omawianych procedur, z konieczności ograniczony, obejmuje czynności wykonywane w praktyce ambulatoryjnej, a także niektóre procedury szpitalne (specjalnie oznaczone), których znajomość jest niezbędna przy dalszej opiece domowej.

Pozycja adresowana do wszystkich lekarzy pierwszego kontaktu, stażystów, lekarzy rozpoczynających samodzielną praktykę oraz studentów medycyny.

Wydawnictwo

"VOLUMED"

proponuje:

"MIKOLOGIA LEKARSKA"



Pismo jest redagowane w Klinice Dermatologii i Wenerologii AM we Wrocławiu przy ul. Chalubińskiego 1.

Prezentuje opracowania naukowe z dziedziny klinicznej, eksperymentalnej i laboratoryjnej mikologii lekarskiej, obejmujące różne dyscypliny medyczne.

"HEPATOLOGIA POLSKA"

Pismo jest redagowane w Klinice Chorób Zakaźnych AM w Poznaniu przy ul. Św. Wincentego 2.

Prezentuje kompleksowe ujęcie zagadnień medycznych związanych z hepatologią, obejmujące badania kliniczne, eksperymentalne i laboratoryjne schorzeń wątroby wraz z onkologią, chirurgią i transplantacją wątroby.

Artykuły zawierają streszczenia w języku polskim i angielskim.

"ENDOKRYNOLOGIA, DIABETOLOGIA i CHOROBY PRZEMIANY MATERII WIEKU ROZWOJOWEGO"

Pismo redagowane jest w Katedrze i Klinice Endokrynologii Wieku Rozwojowego we Wrocławiu przy ul. Wrońskiego 13c.

Prezentuje opracowania naukowe z dziedziny endokrynologii, diabetologii i chorób przemiany materii wieku rozwojowego oraz opracowania pogładowe i kazuistyczne.

Artykuły zawierają streszczenia w języku polskim i angielskim.

"ACTA ANGIOLOGICA"

Pismo jest redagowane w Katedrze i Klinice Angiologii we Wrocławiu przy ul. Poniatowskiego 2.

Pismo prezentować będzie zagadnienia internistyczne i chirurgiczne związane z angiologią, obejmujące badania kliniczne, eksperymentalne i laboratoryjne, jak również najczęściej występujące problemy w codziennej praktyce lekarskiej.

Artykuły zawierają streszczenia w języku polskim i angielskim.

Główne kierunki tematyczne dotyczą: chirurgii naczyniowej, flebologii, miażdżycy, diabetologii i neurologii.

"PROBLEMY HIV i AIDS"

Pismo redagowane jest w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych we Wrocławiu przy ul. Kamieńskiego 73a.

Pierwszy numer został wydany na Zjazd Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS we Wrocławiu (wrzesień 1995 r.).

Pismo w swoim założeniu ma spełniać rolę naukowo-edukacyjną. Prezentować będzie artykuły naukowe dotyczące AIDS oraz opracowania edukacyjne poświęcone jasnemu i zwięzłemu przedstawieniu najważniejszych zagadnień potrzebnych do prowadzenia prawidłowej profilaktyki.

Streszczenia w języku polskim i angielskim.

"GASTROENTEROLOGIA POLSKA"

Pismo naukowe - organ Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii. Jest redagowane w Katedrze i Klinice Gastroenterologii Akademii Medycznej we Wrocławiu przy ul. Poniatowskiego 2.

Pismo prezentuje opracowania naukowe z dziedziny gastroenterologii klinicznej, eksperymentalnej, laboratoryjnej oraz opracowania pogładowe.

Wydawnictwo "VOLUMED"
Spółka cywilna Ryszard Kacala & Józef Kokoszka
Siedziba: 51-208 Wrocław, ul. Wilanowska 15/8
Biuro: 51-647 Wrocław, ul. Olszewskiego 143/1
tel./fax (071) 48-24-68

KOŁO LEKARZY SENIORÓW
DIL INFORMUJE

W ostatni piątek miesiąca - 31.V.96 r. - o godz. 11.00 odbędzie się zebranie ogólne P.T. Członków Koła. W programie wykład prof. Kazimierza Jabłońskiego pt.: KOBIETA.

O godz. 12.00 zwiedzanie Ogrodu Botanicznego z przewodnikiem.

Sekretarz Koła
Franciszek Kassolik

DZIEŃ LEKARZA
PRAKTYKA

We wtorek 14 maja 1996 r. o godz. 13.00 w sali konferencyjnej w siedzibie DIL przy ul. Matejki 6 we Wrocławiu odbędzie się wykład pt.: Borelioza - etiologia, klinika, diagnostyka i leczenie. Wykładowca dr n. med. Brygida Knysz z Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu.

We wtorek 28 maja 1996 r. o godz. 13.00 w sali konferencyjnej w siedzibie DIL przy ul. Matejki 6 we Wrocławiu odbędą się wykłady:

1) Diagnostyka chorób alergicznych - wykładowca doc. dr n. med. Maria Kraus-Filarska z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM.

2) Diagnostyka różnicowa astmy oskrzelowej - wykładowca doc. dr n. med. Jerzy Liebhart z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM.

3) Współczesna terapia astmy oskrzelowej - wykładowca prof. dr hab. Józef Małolepszy z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych i Alergologii AM.

Doktor nauk medycznych

Tadeusz PARTYKA

(1922-1996)

Wspomnienie o Koledze i Przyjacielu

Trudno jest pisać w czasie przeszłym o kimś, kto jeszcze niedawno był z nami. Zwłaszcza trudno jest to czynić Jego przyjacielem i kolegą. Winniśmy Mu to wspomnienie choćby dlatego, by pozostało po nim, prócz naszych myśli i zadumy - także "słowo napisane", ten "ślad na drogach" - jak mówił Gałczyński, ukochany poeta Tadeusza Partyki.

Tadeusz Partyka urodził się 28 października 1922 r. w Grudziądzu. Ojciec był oficerem Wojska Polskiego, matka nauczycielką. Szkołę powszechną ukończył w Warszawie, tzw.



"małą maturę" zdał w 1939 r. w Grudziądzu. W czasie wojny znalazł się wraz z matką i młodszym bratem na południowo-wschodnich terenach Polski. Tam pracował fizycznie w spółdzielni mleczarskiej w Kańczudze. Był żołnierzem Armii Krajowej. Po ukończeniu konspiracyjnej szkoły Podchorążych Piechoty, jako plutonowy podchorążego plutonu dywersyjnego "Puchacza" Inspektoratu Rejonowego AK w Przemyślu, brał udział w licznych walkach z Niemcami. Ranny dwukrotnie w czasie akcji bojowej pod Gniewczyzną Łańcucką i Tryńczą. Walczył aż do wkroczenia wojsk sowieckich. Za udział w walkach z okupantem niemieckim został odznaczony Krzyżem Armii Krajowej i trzykrotnie Medalem Wojska. Po wyzwoleniu ukrywał się przed UB. Egzamin dojrzałości złożył w 1945 r. w Liceum im. Wandy w Krakowie. Przez pewien czas był studentem Studium Aktorskiego przy Teatrze im. J. Słowackiego w Krakowie. Zagrożony aresztowaniem po rozpoczęciu represji i prześladowań byłych żołnierzy AK przeniósł się na dalsze studia na Wydział Lekarski Uniwersytetu Wrocławskiego. Absolutorium uzyskał w 1951 r., a 28 lipca 1952 r. - dyplom lekarski.

Już w czasie studiów pracował jako wolontariusz w I Klinice Chirurgicznej we Wrocławiu, potem na Oddziale Chirurgicznym Szpitala im. Madurowicza. W latach 1951-1954 był lekarzem Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu, a równocześnie lekarzem-hospitantem na Oddziale Chirurgicznym Szpitala im. Czerwakowskiego. W latach 1957-1961 był asystentem w Klinice Chirurgii Dziecięcej we Wrocławiu. W 1962 roku uzyskał specjalizację I stopnia z chirurgii dziecięcej.

Niezależnie od pracy w szpitalach Tadeusz Partyka już od 1 stycznia 1951 roku zatrudnił się na ryczałcie w Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa we Wrocławiu, na Oddziale Dawców. Potem, już jako lekarz etatowy, zdobywał w tej Stacji coraz wyższe stopnie w hierarchii służbowej, aż do stanowiska kierownika Działu Konserwacji Krwi, by po 26 latach wyłożonej pracy w tej instytucji, przejść w 1977 roku do pracy w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 1 we Wrocławiu i zająć się organizacją Banku Krwi, którego został kierownikiem. Pełnił tę funkcję nieprzerwanie aż do końca swego życia: przez wiele lat na pełnym etacie, po przejściu na emeryturę w 1986 r. - w niepełnym wymiarze godzin. Przeprowadził w "Służbie Krwi" 45 lat, co jest swoistym rekordem.

Praca w dziale krwiodawstwa stała się jego największą pasją życiową. Poświęcił jej najlepsze, najbardziej twórcze lata swego życia. Współorganizował "Służbę Krwi" nie tylko we Wrocławiu, ale na całym Dolnym Śląsku i w kraju. Był autorem i współautorem 32 publikacji naukowych z dziedziny krwiodawstwa, autorem 22 wniosków racjonalizatorskich, 3 patentów, 6 wzorów użytkowych. W 1963 roku uzyskał specjalizację II stopnia z transfuzjologii. W 1975 roku opracował własną metodę plazmaferazy leczniczych, których na terenie szpitali i klinik wrocławskich wykonał ponad 1500. Metoda ta znalazła zastosowanie także w innych ośrodkach leczniczych kraju.

W tym samym roku 1975 uzyskał tytuł doktora nauk medycznych w Wojskowej Akademii Medycznej w Warszawie za pracę "Znaczenie bezpośrednich transfuzji krwi w warunkach wzmożonych potrzeb".

Bank krwi, który zorganizował i którym kierował, został uznany przez Instytut Hematologii za wzorcowy. Był od początku "oczkiem w głowie" doktora Partyki. Bezustannie go rozbudowywał, wzbogacał w sprzęt i aparaturę, wprowadzał usprawnienia i ulepszenia w pracy, dobierał i kształcił personel, który swego kierownika darzył wielką sympatią. Szczególną uwagę dr Partyka poświęcał honorowym krwiodawcom. Werbowal ich wszędzie, gdzie tylko mógł: w zakładach pracy, w wojsku, na kolei, w domach studenckich, szkołach ponadpodstawowych, nawet w

seminarium duchownym. Jak mówili jego współpracownicy, dr Partyka swoją argumentacją potrafił namówić do oddania krwi zarówno ważne osobistości, jak i prostych ludzi z ulicy. Stąd też z Jego inicjatywy i przy Jego współudziale powstawały i działały coraz to liczniejsze Koła Honorowych Dawców Krwi, nie tylko we Wrocławiu, ale na terenie całego Dolnego Śląska.

Swoim krwiodawcom rewanżował się jak mógł. Słuchaczom seminarium duchownego załatwiał badania lekarskie i leczenie, do których w tamtym czasie nie mieli uprawnień. Biedniejszym krwiodawcom, prócz urzędowo należnej rekompensaty za oddawaną krew, dostarczał najrozmaitsze drobne upominki, jak kosmetyki, odżywki, wiktuały dla ich dzieci itp. rzeczy, które uzyskiwał sobie tylko znanymi metodami od różnych sponsorów.

Żył intensywnie i żarliwie problemami swojego Banku Krwi, troszcząc się o jego prawidłowe funkcjonowanie i rozwój. Nie zrażał się żadnymi trudnościami, ani rzucanymi Mu pod nogi kłopotami. W sprawach Banku Krwi docierał uparcie wszędzie tam, gdzie trzeba było dotrzeć, by cel, który sobie wytknął, realizować. Czynił tak do końca swoich dni, choć Jego zdrowie już od dawna poważnie szwankowało, co ukrywał przed otoczeniem.

Był typem lekarza-społecznika.

Wszędzie, gdzie pracował, angażował się samorządnie i żarliwie w pracę społeczną. Był przewodniczącym lub wiceprzewodniczącym rad zakładowych w swoich zakładach pracy, członkiem Komisji ds. Wyalazłości różnych szczebli (przy AM we Wrocławiu, Miejskim i Wojewódzkim Wydziale Zdrowia itd.), członkiem Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia, prezesem Koła PTTK przy Wojewódzkiej Stacji Krwiodawstwa, prezesem Koła Opieki nad Państwowym Domem Dziecka nr 5 we Wrocławiu.

Był zapalonym żeglarzem i instruktorem. Opracował metody nauczania żeglarstwa osób niepełnosprawnych, w tym głuchoniemych. Wraz z instruktorem, Adamem Wendą, zainicjowali opracowanie słownika żeglarskiego w języku migowym. Po wciągnięciu do tej pracy kilku innych zapaleńców, udało im się po 4 latach prób i doświadczeń osiągnąć takie rezultaty z kursantami głuchoniemymi, że w 1986 roku Ministerstwo Komunikacji i Główny Inspektorat Żegludki Śródlądowej wyraziły zgodę na uprawianie żeglarstwa przez osoby niesłyszące i zatwierdziły proponowane przez PZZ warunki uzyskiwania przez te osoby stopnia żeglarsza jachtowego. Było to wielką radością dla Tadeusza Partyki, który kochał wodę, wiatr, słońce i żeglowanie i starał się tą miłością zarażić innych. Zaznaczało się to zwłaszcza w stosunku do dzieci i młodzieży, do których umiał szybko znaleźć właściwą drogę. Pamiętam entuzjastyczne relacje z obozu żeglarskiego w Boszkowie, w którym wzięło udział kilku starszych wychowanków Państwowego Domu Dziecka nr 5 we Wrocławiu. Inspiratorem i realizatorem tego wyjazdu był właśnie dr Partyka. On z pasją uczył tę młodzież żeglarstwa. Zaprzyjaźnieni z Nim, odwiedzali Go potem w Jego domu, zawsze serdecznie przyjmowani.

Za swoją pracę zawodową i społeczną dr Partyka otrzymał odznaczenia i ordery: Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Srebrny Krzyż Zasługi, Odznakę Za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, Odznakę Budowniczego Wrocławia, Złotą Odznakę "Zasłużonego dla Województwa i Miasta Wrocławia", Odznakę Honorową PCK III i II stopnia, Medal 10-lecia Polski Ludowej, Odznakę XV-lecia Wyzwolenia Dolnego Śląska, Srebrną i Złotą Odznakę Związkową - a z wojskowych: Krzyż Armii Krajowej, Medal Wojska (trzykrotnie), Medal Zwycięstwa i Wolności, Medal Zasługi dla Obronności Kraju.

Dr nauk medycznych Tadeusz Partyka zmarł we Wrocławiu 2 marca 1996 r. Po uroczystościach pożegnalnych we Wrocławiu, w których wzięło udział bardzo wielu Jego przyjaciół i kolegów, a także współpracowników i ludzi, którzy wiele Mu zawdzięczali i zachowali Go w wiernej pamięci, zwłoki Jego zostały przewiezione do Poznania i tam, zgodnie z życzeniem Zmarłego, poddane kremacji. Urna z Jego prochami została wmurowana w krypcie na Cmentarzu Miłostowskim w Poznaniu.

Na zakończenie dwie refleksje.

Pierwsza dotyczy Banku Krwi, który stworzył i przez wiele lat nim kierował. Nie wiem, jakie będą dalsze losy tego Banku. Dziś, w czasie drastycznych oszczędności w służbie zdrowia, może grozi mu likwidacja? Jeśli nie, to myślę, że właściwie byłoby uroczyste nadanie temu Bankowi imienia dr. n. med. Tadeusza Partyki. Zgłaszam tę propozycję w imieniu współpracowników i przyjaciół oraz Honorowych Dawców Krwi.

Druga refleksja - osobista. Wiedziałem, że Tadeusz Partyka kochał i rozumiał poezję Gałczyńskiego, bo sam w głębi duszy był poetą i romantykiem. Choć z biegiem lat coraz bardziej ukrywał te cechy i zamilowania. Domyślałem się tego zawsze. Ale dopiero po jego śmierci, przeglądając pamiętki, które po nim zostały, prowadziłem rozmowy z Jego Żoną i Staszkiem Kaszą, Jego najbliższym przyjacielem, czytałem Jego nigdzie dotąd nie opublikowane wiersze partyzanckie i popartyzanckie z lat 1945-1946. Wertowałem w zadumie i ze wzruszeniem napisany znacznie później, w 1955 roku poemat pt.: "Transfuzje". Poświęcił go 13-letniej koreańskiej dziewczynce, która w Klinice Pediatrycznej we Wrocławiu umierała powoli na białaczkę. Tadeusz Partyka do końca wykonywał jej transfuzje krwi. Ten poemat ze zbiorów prof. Hirszfeldowej udostępniła mi Ewa Bohdanowicz. Czytając go uświadomiłem sobie jak nieszablony, niekonwencjonalny w poglądach, działaniach i w wyrażaniu uczuć był dr Tadeusz Partyka.

Ten masywnej budowy mężczyzna o bezpretensjonalnym sposobie bycia, czasem rubaszny w swoich wypowiedziach, był w głębi duszy bardzo uczuciowym, wręcz nadwrażliwym człowiekiem, pełnym ciepłego, przyjaznego stosunku do ludzi, a szczególnie do dzieci, otwartym na problemy ludzi cierpiących i pokrzywdzonych. Przypominał mi czasem francuskiego aktora, Jeana Gabina, brutalą o gołębiu sercu.

Nie można napisać w tym wspomnieniu wszystkiego o barwnym życiu tego niezwykłego lekarza, który tak wielu ludziom uratował życie i tak kochał poezję. Był we wszystkich swych działaniach szczerzy i naturalny. Myślę, że o tym porozmawiamy z przyjaciółmi z naszego roku i jego współpracownikami, którzy zachowają Go w wiernej pamięci.

Roman Hajzik

Doktorowi JACKOWI KACALAKOWI oraz mgr sztuki DANUCIE WIKTORII KACALAK wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

OJCA i TEŚCIA

składają
Dyrektor i współpracownicy
Szpitala w Lubiążu

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki - lekarza stomatologa

HALINY

NESTOR-ZWIĄZKIEWICZ

Odeszła od nas 2 kwietnia 1996 r. Od kilkunastu lat była na emeryturze, lecz społeczność Sobótki znała i pamiętała Panią Doktor, która swe najpiękniejsze lata życia poświęciła chorym. Pogoda ducha, wrażliwość i wewnętrzne ciepło zjednywały Jej szacunek małych i dużych pacjentów. Osobowość Doktor Haliny najlepiej odzwierciedlały jej prace plastyczne oraz wiersze.

Dzisiaj już wiemy, że w zmarłej utraciliśmy wspaniałego Człowieka, sumiennego lekarza stomatologa i bliską sercu Koleżankę.

Cześć Jej pamięci.
Dyrekcja i pracownicy
ZP ZOZ w Sobótce
oraz koleżanki i koledzy
z Koła DIL w Sobótce

4 marca 1996 roku odszedł z grona zgorzeleckich lekarzy

dr ALEKSANDER BRANKIEWICZ

Urodził się w 1911 r. w Płoskowie na kresach wschodnich w rodzinie inteligentnej.

W 1918 r. przeprowadził się z rodziną do Wilna, gdzie ukończył gimnazjum, a następnie Uniwersytet Stefana Batorego, Wydział Lekarski. W 1939 r. został powołany do wojska i w czasie kampanii wrześniowej dostał się do niewoli niemieckiej. W obozie jenieckim przebywał do 1945 r. Po zakończeniu wojny pracował do 1949 roku w Szpitalu Maltańskim w Częstochowie. Następnie podjął pracę w Szpitalu Powiatowym w Zgorzelcu, pełnił przez wiele lat funkcję ordynatora Oddziału Wewnętrzny, a następnie lekarza Poradni Rejonowej.

Specjalista chorób wewnętrznych i pediatra był lekarzem ogromnego serca i autorytetu. Wychował wielu godnych siebie następców. Wzorowy mąż i ojciec, człowiek o ogromnej kulturze osobistej - takim pozostanie w naszej pamięci.

Terenowe Koło DIL w Zgorzelcu



Wyrazy serdecznego współczucia

Pani dr IRENIE HAŁATEK-DWOROWSKIEJ z powodu śmierci

MATKI

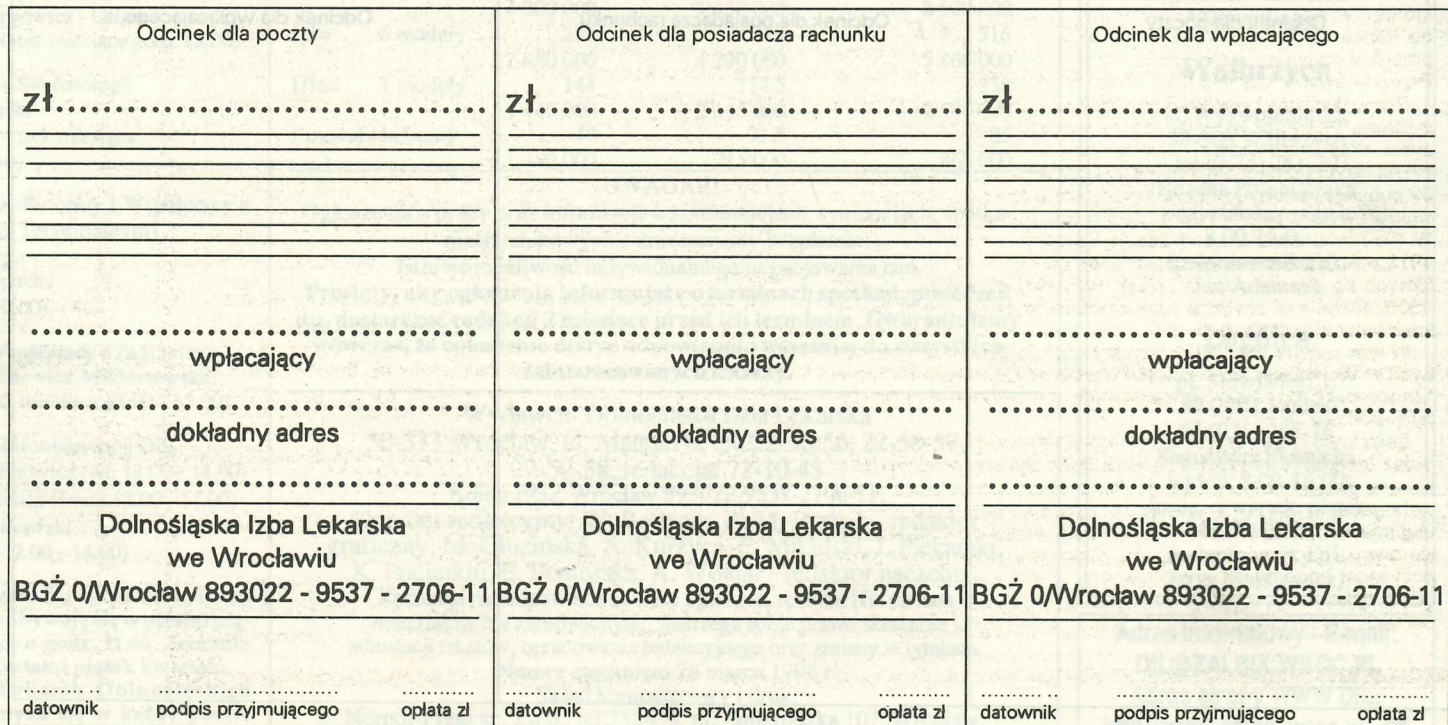
składają
koleżanki
z Poradni Stomatologicznej nr 1 w Jeleniej Górze

Wyrazy serdecznego współczucia

Panu dr. JULIANOWI PERZANOWSKIEMU z powodu śmierci

MATKI

składają
Delegatura DIL w Jeleniej Górze



Z pamiętnika młodej dentystki, czyli niekoniecznie stomatologiczne rozważania o tym i o owym

Istnieje pewna dowcipna teoria, według której kobieta została stworzona z żebra mężczyzny, żeby mu się nie nudziło w raju, chociaż podobno było tam i tak świetnie, choćby z punktu widzenia modnej ekologii. Skoro z żebra - a więc głupsza. Tak przynajmniej twierdzą zwolennicy (a podejrzewam, że i twórcy) tej dumnej teorii, a więc Mężczyźni. Gabinet - z zasady zarozumiały, pyszny, narcystyczny i wiecznie z siebie zadowolony (liczo wie dlaczego?). Reasumując klinicznie - przypadek nieuleczalny.

Praktyka pokazuje jednak, że owa mocno wydumana teoria (dla przypomnienia: Ewę wyrzeźbiono - trzeba przyznać, że nieźle - z jakiejś Adamowej kości) może być błędna.

Otóż pracując w "zębach" w niedużej Przychodni Rejonowej w miasteczku B. miałam okazję przekonać się o tym. Któregoś październikowego poranka "zaszczycił" naszą przychodnię młody,

zdrowy (przynajmniej na oko) osobnik wyżej wymienionego gaunku. Doktor W. (bo o nim mowa) jak na rasowego aroganta przystało, wparadował do mojego gabinetu i tonem nieznoszącym sprzeciwu stwierdził, że będę miała przyjemność (czy możecie sobie wyobrazić większą bezczelność?) dzielić z nim (przez moment struchlałam, bo pomyślałam, że łóżko) gabinet. Podniosłam wzrok znad jamy ustnej pacjenta, żeby ocenić co to za typek "rzucił się" po moim gabinecie. Zobaczyłam standard: długi, chudy pseudomózgowiec w okularach z cylindrycznymi soczewkami, z przetłuszczonymi włosami (które pewnie przyczyna od czasu do czasu mamusia albo narzeczona, bo na pewno nie fryzjer), białe skarpetki frotte do czarnego garnituru typu: rynek Tuszyn, tzw. "adidas" również firmowe, bo z rynku i czarna sztywna walizka typu dyplomata - atrybut niezbędny dla każdego szanującego się doktora. Pominę te-

raz w moim felietonie, co robiłam przez najbliższe kilkanaście minut, bo była to tylko banalna preparacja ubytku klasy nie pamiętam jakiej (oczywiście bez koferdamu, ssaka i w pozycji bynajmniej nie ergonomicznej). A więc nie ma o czym pisać. Koniec końców pacjentka szczęśliwie opuściła gabinet (tym razem starszka uraczyła mnie kilkoma jabłkami - moim zdaniem to były "spady").

Nareszcie zostaliśmy sam na sam (nie licząc Kasi - mojej pomocnicy - bo trudno ją nazwać asystentką): ja i doktor W. Chcąc ułatwić tzw. pierwsze przełamywanie lodów, wyciągnęłam rękę w kierunku W. przedstawiając się. I tu znowu standard: doktor zamaszyście szarpnął moją rękę, równie zamaszyście pociągnął do góry, najwyraźniej mając ochotę złożyć na niej siarczysty pocałunek. Szczęśliwie się wywinęłam i nie zostałam obśliniona (ohyda). W. przez moment poczuł się nieswojo. Jak to, on (taki przystojniak), a ja (taka szara myszka z prowincji) nie pozwałam mu się "obałowywać po rękach", nie rumienię się i nie dygam jak Kopciuszek przed Księciem? Swoją drogą, żeby wyobrazić sobie, że W. jest księciem trzeba nie lada wyobraźni. Nieswojo czułam się jednak tylko przez kilka sekund i po chwili wrócił na jego twarz wyraz bez-

granicznego zadowolenia z siebie (jak na rasowego aroganta przystało). Dalej to już był tylko monolog: W. stwierdził, że będzie w naszej przychodni odrabiać staż, chociaż właściwie to nie wie po co, bo i tak dużo więcej wie i umie niż my "wiejskie konowały" (Koniec cytatu), że ma zamiar zreorganizować i poszerzyć zakres "usług świadczonych dla klientów!!!", chociaż to tylko prostaczki, na których "nie da się zarobić" i w tym celu przyniósł już "kowadełko i młoteczek na razie jeszcze nie chirurgiczne" (tu również koniec cytatu) i z miejsca zamierza przeprowadzać resekcje, tak jak go uczono w K., gdzie ukończył studia. (K. - to jedno z miast jednej z republik byłego ZSRR). Na moją nieśmiałą sugestię, że gabinety w naszej przychodni nie spełniają odpowiednich warunków do tego typu zabiegów chirurgicznych, nie są wyposażone w odpowiednie instrumentarium, brakuje wykwalifikowanych asystentek itd., itp., że może tego typu "klientów" z takimi "przypadłościami" lepiej kierować do poradni specjalistycznych, doktor W. spojrzał na mnie z wyższością i stwierdził, że nie będzie ze mną "gadał", bo nie ma o czym. I tu po raz pierwszy zgodziłam się z sobą. Nie miałam o czym dyskutować z W. Nie znaleźliśmy tzw.

wspólnej płaszczyzny porozumienia. Niestety, wspólny miał być gabinet. Ogarnęła mnie rozpacz. Ale los nade mną czuwał. Doktorka przeniesiono na jeszcze głębszą prowincję, aby tam mógł szerzyć oświatę i wdrażać swoje nader śmiałe (jak na warunki prymitywnego gabinetu wiejskiego) metody leczenia. Jak mu się wiedzie na tej wsi - nie wiem. Ale "młoteczek i kowadełko" wziął ze sobą.

Reasumując, kategorycznie protestuję przeciwko teorii wyższości (w tym również intelektualnej) doktorów W. nade mną i innymi kobietami. Kościana, kościasta, osteogenna czy osteolityczna teoria stworzenia kobiet nie przemawia do mnie i nie przypadła mi do gustu. O ile kobieta w ogóle przypomina mężczyznę, to tylko cechami zewnętrznymi, a i tak nie całkiem. Kobieta to nie facet z biustem, a facet nie jest kobietą bez wyżej wymienionego. Różnica płci polega przede wszystkim na sposobie odczuwania i patrzenia na świat. Można oczywiście winę za przepaść dzielącą stopień wrażliwości obu płci rzucić na wychowanie, ale jest to wąty argument.

Cześć!

Iwona Fortuna

P.S. Od kogo dostał prawo wykonywania zawodu? (BBM)

AURUM DENTAL DEPOT

Spółka z o.o.

Adres sklepu:
ul. Sienkiewicza 54/56
50-349 Wrocław
tel. (071) 722-309 (sklep)
579-874 (serwis i informacja 24 godziny)

Światowa promocja unitu

a dec
international, inc.

produkcji USA
PERFORMER

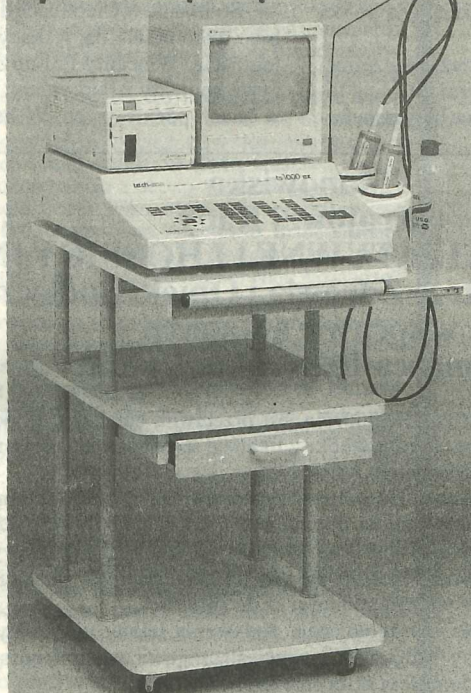
STERN-WEBER
produkcji szwajcarskiej

Wkrótce
PREMIER 1L
PREMIER 2L

Najtańszy z najlepszych

Cena od
11.000,- dol. USA + vat

sprawdź naszą ofertę



tech-son S.A. oferuje własnej produkcji:

- wysokiej jakości ultrasonografy;
- model gabinetowy i walizkowy;
- z bogatym wyposażeniem i oprogramowaniem specjalistycznym

akceptacja
MZiOŚ oraz PTU

tech-son

24-100 PURAWY, ul. Słowackiego 2, tel./fax: (+48-831) 36 13, (+48-831) 30 31 w. 260

CLIDENT

s.c.

Specjalistyczny

sklep z artykułami

i sprzętem

stomatologicznym

Wrocław,
ul. Czarnieckiego 13
Tel./Fax 55-44-54

Oferuje PT lekarzom stomatologom szeroki asortyment materiałów produkcji renomowanych firm zachodnich, zwłaszcza 3M.

Realizujemy zamówienia telefoniczne.

Przesyłamy towar pod wskazany adres za zaliczeniem pocztowym.

Na terenie Wrocławia dostawa własnym transportem, nieodpłatnie, w dniu zamówienia!

CENY
KONKURENCYJNE!

Zapraszamy codziennie od 9.00 do 17.00
sobota 10.00 - 14.00

Zapraszamy także w soboty na demonstracje praktycznego stosowania produktów Firmy 3M dokonywane przez pracowników Firmy.

Electronic, Medical & Dental
Sophisticated
Equipment

ELMEDES

mgr inż. Andrzej Bialek
tel./fax 57-98-74
ul. Stanów Zjednoczonych 35
54-403 Wrocław

Oferuje na dogodnych warunkach płatności w leasingu lub na raty:

- regenerowane zachodnie unity, fotele i rentgeny stomatologiczne, części do nich, zwłaszcza Siemens (6 miesięcy gwarancji, dostawa i serwis),

- miniautoklawy Prestige Medical i KaVoklave,

- projektowanie i wykonawstwo pod klucz gabinetów stomatologicznych.



Odcinek dla poczty

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla wpłacającego

dam pracę

Zespół ZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSW we Wrocławiu zatrudni w POLIKLINICE MSW we Wrocławiu przy ul. Grabiszyńskiej 37/39 - LEKARZA do pracy w Wojewódzkiej Komisji Lekarskiej w pełnym wymiarze godzin. Szczegółowe informacje można uzyskać w Kadrach Zarządu przy ul. Olbińskiej 32 - tel. 40-31-39.

Zespół ZOZ Zarządu Służby Zdrowia MSW we Wrocławiu zatrudni w POLIKLINICE MSW w JELENIEJ GÓRZE

- lekarza INTERNISTĘ lub chcącego się specjalizować w zakresie chorób wewnętrznych lub medycyny pracy - w pełnym wymiarze godzin,
- lekarza LARYNGOLOGA w wymiarze 2 godzin dziennie,
- lekarza OKULISTĘ w wymiarze 2 godzin dziennie,
- technikę farmacji w pełnym wymiarze godzin,
- lekarza INTERNISTĘ lub chcącego się specjalizować w zakresie chorób wewnętrznych lub medycyny pracy, w pełnym wymiarze czasu pracy, do pracy w Ambulatorium MSW w ZGORZELCU.

Szczegółowe informacje można uzyskać w Poliklinice MSW w JELENIEJ GÓRZE, ul. Nowowiejska 43, tel. 20-131.

Dyrekcja Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kłodzku zatrudni lekarzy: PSYCHIATRĘ, RADIOLOGA, OKULISTĘ oraz magistrów psychologii i farmacji. Warunki pracy, płacy i zamieszkania do uzgodnienia. Oferty prosimy kierować na ad-

res: Zespół Opieki Zdrowotnej, 57-300 Kłodzko, ul. Szpitalna 1, tel. 67-27-41.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Jordanowie Śląskim, ul. Pocztowa 4 zatrudni od zaraz:
lekarza STOMATOLOGA na cały etat.
Dojazd z Wrocławia dogodny. (Komunikacja PKS).
PZOZ Jordanów Śl. tel. 161-109.

Dyrekcja ZPZOZ Bierutów, ul. Słowackiego 2 zatrudni MAŁŻENSTWO lekarskie: lekarz INTERNISTA i lekarz STOMATOLOG lub chcących się specjalizować w ww. kierunkach. Mieszkanie 3-pokojowe do zasiedlenia zaraz. Informacji udziela: Dyrektor ZPZOZ lek. Jan Bojarski, tel. 14-66-43.

CLIDENT s.c., 56-350 Wrocław, ul. Czarnieckiego 13, tel./fax 55-44-54 zatrudni: lekarza STOMATOLOGÓW, w tym ORTODONTĘ i PROTETYKA oraz asystentki stomatologiczne. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia w siedzibie firmy.

Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dobroszycach koło Oleśnicy Śl., tel. 141-158, Dobroszyce, ul. Wojska Polskiego 22 zatrudni lekarza PEDIATRĘ. Warunki płacy do uzgodnienia.

Pensjonat na 20 osób w Szklarskiej Porębie zatrudni osobę samotną do lat pięćdziesięciu, najchętniej rencistkę, emerytkę służby zdrowia. Zakres pracy: utrzymanie czystości, ścienienie łóżek, zdrowa żywność, śniadania. Własny pokój.

Podanie, życiorys na adres:
W. Kornaszewski, ul. Januszowicka 7, 53-135

szukam pracy

Lekarz STOMATOLOG Tomasz Gruca odbywający staż podyplomowy w 4 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką podejmie pracę od 1 września 1996 r. we Wrocławiu lub w okolicy. Tel. 57-02-01 po południu.

Ogłoszenia drobne

Dwójce lekarzy wynajmę wyposażony gabinet stomatologiczny z tradycyjnymi we Wrocławiu. Tel. 48-49-20 - wieczorem.

Aparat EKG "SIMPLICARD - E 10" przenośny, ultrasonograf "TOSHI-BA" - sprzedam. (071) 48-17-02

Sprzedam fotel ginekologiczny, tel. 51-27-70.

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 Plamieniaik
(środa 13.00 - 15.00)

Sekretarz
Maciej Przestalski
(wtorek 13.00 - 15.00)

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

Przewodniczący sądu lekarskiego
Lech Żynda (czwartek 14.00 - 15.00)

Rzecznik odpowiedzialności
zawodowej
Jerzy Szkarłat (środa 13.00 - 14.00)

Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)

Przewodniczący komisji
problemowych:

Komisja Etyki
Ryszard Rzeszutko
(czwartek 12.00 - 13.00)

Komisja Finansowa
Andrzej Niedziółka

Komisja Informacyjna
Andrzej Wojnar
(czwartek 13.00 - 14.00)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zespół ds. Informatyzacji DIL
Paweł Serafinowicz (wt. 12.00 - 14.00)
Tomek Zatoński (środa 12.00 - 14.00)
Maciej Malinowski,
(czwartek 12.00 - 14.00)

Posiedzenia Zarządu Koła Lekarzy
Seniorów odbywają się w ostatni piątek
miesiąca o godz. 11.00. Zebrania
ogólne - w ostatni piątek kwartału.

Grupa Lekarzy Dolnośląskich
MWiA spotyka się w każdy ponie-
dzialek o godz. 13.30.

Wrocław.
Tel./fax (071) 67-36-02.

ZOZ Krzyki zatrudni lekarza CHIRURGA,
tel. 619552

Komfortowy dom letniskowy w ma-
sywie Słęży sprzedam.
Wrocław tel. (071) 73-37-37 wie-
czorem.



- OPATRUNKI HYPOALERGICZNE:

plastry, Tegaderm™, Opticlude™

- BEZURAZOWE ZAMYKANIE RAN:

steri-strip™, staplery skórne

- UNIERUCHOMIENIA GIPSY SYNTETYCZNE

ScotchCast™ i SoftCast™

- ASEPTYKA:

fartuchy, folie i obłożenia chirurgiczne

- STERYLIZACJA:

sterylizatory STERI-VAC™, wskaźniki biologiczne,
chemiczne, inkubatory

- STETOSKOPY: LITTMANN™

50-412 WROCLAW,
ul. Mazowiecka 17 p. 25 i 26
TEL./FAX 44-67-11 oraz
3430011 w. 240

*Dealers wanted

Dolnośląska Izba Lekarska z siedzibą we Wrocławiu uprzejmie informuje o możliwości zamieszczenia w naszym "Medium" 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.

"Medium" ukazuje się co miesiąc i wysyłane jest na adres domowy do około 9700 lekarzy z województw: jeleniogórskiego, legnickiego, wałbrzyskiego i wrocławskiego.

AKTUALNY CENNIK

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

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR (strony: 8,9,16)	PEŁNY KOLOR ZEWNETRZNA OKŁADKA
1= 40 modułów	1 920	2 860	
	19 200 000	28 600 000	
1/2= 20 modułów	960	1 430	1 720
	9 600 000	14 300 000	17 200 000
1/4= 10 modułów	480	715	860
	4 800 000	7 150 000	8 600 000
1/8= 6 moduły	288	429	516
	2 880 000	4 290 000	5 160 000
1/16= 3 moduły	144	214,5	258
	1 440 000	2 145 000	2 580 000
1 moduł (4x5 cm)	48	71,5	86
	480 000	715 000	860 000

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, redakcja: 72-10-43
Konto BGŻ Wrocław 893022-9537-2706-11.

Komitet redakcyjny: W. Bednorz, R. M. Dudzik - redaktor
graficzny, M. Gluźnińska, A. Kurzyca, E. Mikulski, J. Piekarski,
K. Pociękin, E. Pomorska, A. Wojnar - redaktor naczelny,
Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca
materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo skracania i
adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmiany w tytułach.
Numer zamknięto 26 marca 1996 r.

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

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
893022-9537-2706-11

Dyrektor

mgr Danuta Jarosz

Sekretariat

Elżbieta Banot
Patrycja Malec
Elżbieta Słomiana

Ewidencja

Magdalena Dorożyńska
Ewa Galińska
Krystyna Popiel
Irena Skrabka

Radca prawny

mgr Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Główna księgowa

Karolina Dembińska

Kasjerka

Elżbieta Respondek
poniedziałek-piątek
8.00-15.00

Kasjerka Lekarskiej Kasy Pomocy Koleżeńskiej

Konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej
BGŻ SA o/Wrocław
893022-83928-2706-11
Barbara Nuckowska
wtorek, czwartek
11.00-15.00

Sekretariat Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sułkowska

Filie biura w delegaturach

Jelenia Góra

ul. Sobieszowska 8,
58-500 Jelenia Góra-
Cieplice
tel.(0-75) 520-43
Irena Kubica
poniedziałek-piątek
10.00-13.00
(pełnomocnik DIL
Aldona Białas)

Wałbrzych

al. Wyzwolenia 22,
58-300 Wałbrzych
tel.(0-74) 261-20
Bożena Popielawska
poniedziałek-piątek
8.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jan Adamus)

Legnica

pl. Słowiański 1,
59-220 Legnica
tel.(076) 285-76
Stanisława Plotnicka
wtorek 8.00-16.00
środa, czwartek, piątek
11.00-15.00
(pełnomocnik DIL
Jerzy Malkiewicz)

Adres Internetowy - E-mail:
DIL@ZALBIX.WROC.PL
Adres strony WWW DIL:
http://www.zalbix.wroc.pl/~dil

