

MEDIUM

GAZETA DOLNOŚLĄSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

Nr 11 (111)

LISTOPAD 1999

ISSN 1425-9397



Zdjęcie i opracowanie graficzne Krzysztof Drobiński

10 lat temu w widocznym na zdjęciu Gmachu Głównym Politechniki Wrocławskiej, przy Wybrzeżu Wyspiańskiego we Wrocławiu, w auli na pierwszym piętrze, odbył się I Zjazd Okręgowej Okręgowej Izby Lekarskiej we Wrocławiu po przywróceniu izb lekarskich, które zostały zniesione ustawą sejmową z 18 lipca 1950 roku. 11 listopada br w tej samej auli spotkają się na Nadzwyczajnym Zjeździe Delegatów DIL delegaci ze wszystkich poprzednich zjazdów.



str. 12-13

Spotkali się przewodniczący OIL i dyrektorzy kas chorych



str. 3

Jak kontraktować świadczenia zdrowotne



str. 5

Umowa pomiędzy AM i szpitalami klinicznymi

SZPALTA NACZELNEJ



Dziesięciolecie przywrócenia do istnienia izb lekarskich jest okazją do spojrzenia wstecz i porównania jak było dawniej. Na początku 1995 roku przyszedł pracować do „Medium”, lekarze byli jeszcze spokojni i wiązali wielkie nadzieje z reformą, która miała być wprowadzana. Nadzieje - one nigdy tak do końca się nie spełniają. Dziś prawie po roku od wprowadzenia reformy widzę w środowisku medycznym o wiele większe zaniepokojenie niż zadowolenie. Najlepiej przystosowują się studenci ostatnich lat medycyny, choć oni też boją się LEP-u i nie są pewni wymagań ani kryteriów, ale ci najbardziej operatywni płyną z wiatrem, uczą się języków, wyszukują zagraniczne stypendia wyjeżdżają na nie. Z artykułów, które piszą do „Medium” widać jak baczniymi są obserwatorami i jak ważne dla siebie wnioski potrafia wyciągać.

Dziś, choć studia kosztują drożej i trudniej się na nie dostać, niektórzy kończą po kilka fakultetów. Tak się złożyło, że mam kontakty z córką lekarza, która skończyła germanistykę, prawo, ale czuła, że jej powołaniem jest medycyna, dziś właśnie ją kończy i widzi dla siebie miejsce na styku prawa i medycyny, gdzie oprócz satysfakcji zawodowej można będzie zarabiać bardzo duże pieniądze. Córka lekarza skończyła medycynę, jednak po stażu nie mogła rozpocząć pracy, tam gdzie widziała dla siebie przyszłość, poszła na studia prawnicze, dziś robi karierę jako notariusz. Ale mówi, że medycyna jest jej wciąż bliska.

Lekarze polscy, którzy wyemigrowali za Odrę, dziś bacznie obserwują przemiany w naszej służbie zdrowia i już starają się zasięgnąć języka, czy będą mogli zakontraktować swoje usługi w jednodniowych, a więc tańszych od tradycyjnych, szpitalach. Inni pragną założyć takie szpitale w Polsce. Działania polskich lekarzy zza miedzy budzą obawy i lęki polskich medyków. Tamci, lepiej wyposażeni, wchodzący na nasz rynek z dużym kapitałem zabiorą tutejszym pracę. Ale też zmuszają do walki o pacjenta, a pacjent jeśli uwierzy lekarzowi i nie zawiedzie się na nim, będzie wierny do grobowej deski.

Zdrowie stało się obok polityki najważniejszym tematem. W każdej codziennej gazecie można znaleźć kilka artykułów na temat odkryć medycyny, przebiegu chorób, jakości usług medycznych. Podobnie jest w radiu i telewizji. Pacjenci są coraz bardziej świadomi swego stanu, swoich schorzeń, ale czy to źle dla lekarzy? Łatwiej im rozmawiać z chorymi, łatwiej wyjaśnić możliwości i przeszkody w leczeniu.

Z pewnością pocieszające jest to, że każda zmiana wprowadzająca nowy porządek zaczyna się od bałaganu, niepokojów i niewiedzy. Może organizacja kas chorych powinna być bardziej dopracowana, ale czy rzeczywiście można było wszystko przewidzieć? teraz pozostaje bacznie rozglądać się dookoła i szukać najdogodniejszego miejsca.

Warto sobie przypomnieć, ile czasu zajmowały nam 10 lat temu zakupy, jak wszyscy domownicy byli nimi zaabsorbowani. Dziś ten czas możemy poświęcić pracy i bardziej się w nią zaangażować. Niestety, pewnie już nie wróci przytulne ciepło pewności, że jeśli udało się zdobyć pracę w szpitalu, to będzie w niej można dotrwać do emerytury, z niewysoką pensją, ale każdego pierwszego. Dziś wszystko jest niepewne i na chwilę.

Lekarze są w lepszej niż inne zawody sytuacji, ich profesja nigdy nie upadnie, ludzie zawsze będą chorować i potrzebować pomocy medyków.

Elżbieta Pomorska

Uchwała nr 75/99 Dolnośląskiej Rady Lekarskiej z dnia 21 października 1999 roku

Na podstawie art. 25 ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz.U. nr 30, poz. 158 z późniejszymi zmianami) uchwała się, co następuje:

§ 1

Dolnośląska Rada Lekarska we Wrocławiu z oburzeniem przyjęła wiadomość o przesunięciu terminu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy, ponieważ zgodnie ze stanowiskiem IV Krajowego Zjazdu Lekarzy z dnia 13.12.97 r. nadzwyczajny zjazd miał zostać zorganizowany do końca 1999 roku.

Dolnośląska Rada Lekarska wyraża votum nieufności w stosunku

do Naczelnej Rady Lekarskiej oraz żąda zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy do końca bieżącego roku z następującym porządkiem obrad:

- ocena reformy ochrony zdrowia,
- wybory.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący DRL
dr n. med. Włodzimierz
Bednorz
Sekretarz DRL
lek. med. Wojciech
Firkowski

Lista osób, które zdały z wyróżnieniem egzamin specjalizacyjny I stopnia w sesji wiosennej - ciąg dalszy:

1. lek. Agnieszka Drożdż, neurologia, dr n. med. Bogusław Paradowski
2. lek. Maria Dukat-Krzonkalla, pediatria, lek. med. Marian Szołtysik
3. lek. Katarzyna Dura-Nurek, pediatria, dr n. med. Michał Gruszecki
4. lek. Katarzyna Dwornik, anesteziologia i intensywne terapie, lek. med. Jerzy Szkarłat
5. lek. Witold Gotowiecki, medycyna sądowa, dr n. med. Jerzy Kawecki
6. lek. Małgorzata Grabowska-Roder, pediatria, lek. med. Jarosław Czeszejko-Sochacki
7. lek. Joanna Iwankiewicz, pediatria, dr n. med. Ewa Barg
8. lek. Katarzyna Iwańska, pediatria, lek. med. Marian Szołtysik
9. lek. Willy Paul Kisitu Musoke, pediatria, prof. dr hab. Jan Pellar
10. lek. Andrzej Kozak, ortopedia i traumatologia, lek. med. Done Gagaczowski
11. lek. Monika Litwin, dermatologia i wenerologia, dr n. med. Maria Barancewicz-Łosek
12. lek. Anna Małolepsza, chirurgia ogólna, dr n. med. Ryszard Maj
13. lek. Anna Moller-Serwatka, okulistyka, lek. med. Elżbieta Zawiślan-Lechwar
14. dr n. med. Marek Murawski, chirurgia ogólna, prof. dr hab. Bogdan Łazarkiewicz
15. lek. Janusz Muszyński, choroby wewnętrzne, lek. med. Krzysztof Bąk
16. lek. Jarosław Narecki, pediatria, lek. med. Waldemar Krajewski
17. lek. Agnieszka Ryszkowska, pediatria, dr n. med. Michał Gruszecki
18. lek. Maria Sankowska, radiodiagnostyka, dr hab. Anna Birecka
19. lek. Artur Szymański, neurologia, dr n. med. Krystyna Hulanicka-Pełczyńska

Uwaga!

Przypominamy P. T. Koleżankom i Kolegom o konieczności wpłaty do 31 grudnia 1999 roku należnej kwoty za rejestrację prywatnej praktyki lekarskiej zgodnie z rozporządzeniem MZiOs z 23.04.1998 r.

- indywidualna praktyka lekarska 350 zł
 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska 450 zł
 - za każde następne miejsce praktyki 200 zł
 - za zmianę miejsca praktyki 200 zł
- Należność można wpłacić bezpośrednio w kasie DIL lub na konto: Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu BGŻ SA O/Wrocław 20302081-9537-2706-11 z zaznaczeniem tytułu wpłaty.

Uwaga lekarze stażyści!

Zgodnie z rozporządzeniem MZiOs w sprawie stażu podyplomowego lekarza, lekarza stomatologa (Dz.U. nr 54, poz. 571) Dolnośląska Izba Lekarska ogłosi gdzie i w jakim terminie odbędą się wykłady dla lekarzy stażystów z:

1. prawa medycznego,
2. bioetyki,
3. orzecznictwa lekarskiego,
4. krwiodawstwa i krwiolecznictwa.

Europejski Fundusz Leasingowy i Delegatura Legnicka DIL

zapraszają lekarzy na spotkanie poświęcone kredytowaniu praktyk lekarskich, które odbędzie się 8 grudnia 1999 roku o godz. 13.30 w Centrum Kultury „Muza” w Lubinie przy ul. Armii Krajowej 1
**Pełnomocnik Rady DIL
w Delegaturze Legnickiej**
dr n. med. Artur Kwaśniewski

Komunikat o wymianie prawa wykonywania zawodu

Komisja ds. Rejestracji Lekarzy Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu uprzejmie informuje, że zgodnie z ustawą o zawodzie lekarza (Dz.U. nr 28, z dnia 26.03.1997 r. poz. 152 z późniejszymi zmianami), do dnia 30.06.2001 r. zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologa wydane na podstawie dotychczasowych przepisów powinny być wymienione na nowe.

Zgodnie z art. 63 ustawy o zawodzie lekarza zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa wydane na podstawie dotychczasowych przepisów tracą ważność z dniem 30.06.2001 r.

W związku z tym, iż należy dokonać wymiany ok. 12.000 zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu, będziemy robić to sukcesywnie według określonego planu.

Wszyscy lekarze, członkowie naszej Izby otrzymają na

adres domowy wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu i arkusz zgłoszeniowy celem wypełnienia, z informacją, jakich dokumentów brakuje w aktach rejestracyjnych będących w posiadaniu Izby, które po skompletowaniu należy niezwłocznie przekazać do DIL. Kserokopie dokumentów prosimy potwierdzić za zgodność z oryginałem w biurze DIL lub u pracodawcy.

Przyjmowane będą wyłącznie komplety dokumentów, o które prosimy. Po wydrukowaniu prawa wykonywania zawodu, będziemy indywidualnie informować o możliwości odbioru dokumentu. **Przypominamy, że odbiór prawa wykonywania zawodu można dokonać wyłącznie osobiście.**

Prosimy o jak najszybsze składanie nadesłanych do Państwa wniosków, pozwoli to na szybką i terminową wymianę praw wykonywania zawodu, zapobiegnie kolejkom i zbytecznemu zdenerwowaniu.

Reklamą w ZLA (dawniej L4)

Wrocławski Oddział ZUS znalazł oryginalny sposób na informowanie lekarzy jak prawidłowo wypełniać nowe druki zwolnień lekarskich. „Uwaga Lekarze! ZUS uprzejmie informuje, że w przypadku...” - tej treści ogłoszenie reklamowe pojawiło się niedawno na łamach wrocławskiej prasy („Wieczór Wrocławia” 24 X 99).

Od 1 października tego roku obowiązują nowe druki zwolnień lekarskich, popularnych L4, zwanych obecnie zaświadczeniami lekarskimi o czasowej niezdolności do pracy. Od samego początku nowe zasady wydawania zwolnień, pomimo że były konsultowane z Naczelną Izbą Lekarską, wzbudziły w środowisku medycznym olbrzymie kontrowersje.

Nowe druki są zbyt skomplikowane, a ich wypełnienie zabiera nam zbyt dużo czasu - twierdzą lekarze. Choć od czasu wejścia w życie nowych przepisów minęło już ponad 20 dni, wątpliwości przy wypełnianiu zaświadczeń wciąż pozostają. Dlatego tak ciężko dodzwonić się na numer 323-10-00, pod którym pracownicy ZUS udzielają informacji na temat sposobu wypełnienia zwolnień lekarskich.

Mamy bardzo dużo telefonów od lekarzy, którzy mają wątpliwości co do tych zwolnień - mówi pracownik ZUS-u Alicja Malicka.

Rzeczywiście zasady wypisywania nowych zwolnień są

nadal dla wielu niejasne. Taka sytuacja wynika z faktu, że informacja o wypełnianiu zaświadczeń, jaką ZUS daje lekarzowi uprawnionemu do ich wystawiania, jest zbyt skromna i nie wyjaśnia do końca wielu wątpliwości. Duża ilość błędów popełnianych przez lekarzy w zaświadczeniach lekarskich wymusiła na ZUS-ie działanie.

W ogłoszeniu reklamowym, umieszczonym w jednej z wrocławskich gazet, pomiędzy reklamami „atrakcyjnych powolnień do wynajęcia”, „bezbolnej stomatologii” i ogłoszeniem Zakładu Energetycznego o odbiorcach pozbawionych energii elektrycznej, lekarz może się dowiedzieć, że w przypadku zwolnienia wystawionego bezrobotnemu należy wpisać NIP właściwego urzędu pracy, liczba dni zwolnienia musi być zapisana w ten sposób, by wypełniać wszystkie 3 pola np. 005, 010, w przypadku niezdolności do pracy, którą obejmują kody A-E lekarz powinien wypełniać pole 13 obligatoryjnie, w razie pomyłki dokonać korekty i ją zafarbować. Gdy lekarz chce anulować cały druk, powinien go przekreślić, parafować, opisać jako „Anulowano” i przekazać do ZUS-u. Niestety, nic nie napisano, że w takim przypadku lekarz ma zwrócić ZUS-owi jedynie oryginał anulowanego zwolnienia, dwie kopie pozostawiając niewydarte w bloczku zwolnień. Trzeba będzie zamówić następną reklamę...

Marcin Murmyło

Co musimy wiedzieć o kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych

Trwa procedura kontraktowania świadczeń zdrowotnych między Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych a świadczeniodawcami z obszaru województwa dolnośląskiego. Zgodnie z przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz ustawy o zawodzie lekarza, do konkursu ofert mają prawo przystąpić samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej, a także praktyki lekarskie.

Kontrakty na rok 2000 zostaną podpisane na świadczenia zdrowotne z zakresu:

lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnego lecnicstwa specjalistycznego, podstawowej opieki zdrowotnej, lecnicstwa uzdrowiskowego, stomatologii, pomocy doraźnej oraz z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi.

Podstawę prawną do zawarcia kontraktu z kasą chorych na rok 2000 i lata następne stanowi ustawa o PUZ, w tym rozdział 5 ustawy dotyczący organizacji udzielania świadczeń z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie konkursu ofert na zawieranie przez kasy chorych umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej i prywatne praktyki lekarskie mające zamiar przystąpić do konkursu ofert na rok 2000 i lata następne muszą zgromadzić wymagane przez DRKCh dokumenty, wypełnić wnioski o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, formularz ofertowy oraz załączniki przygotowane przez DRKCh.

Tylko dostarczenie pełnej dokumentacji umożliwia przystąpienie do ogłoszonego konkursu ofert.

Dokumenty zostały podzielone na cztery grupy tematyczne:

Grupa A obejmuje załączniki o charakterze formalnoprawnym, różne dla różnych typów własności świadczeniodawcy.

Grupa B obejmuje dokumenty określające wymogi sanitarne, aparaturę, kwalifikacje personelu.

Grupa C obejmuje informacje finansowe i ilościowe dla poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych.

Grupa D obejmuje informacje pomocnicze dla świadczeniodawcy, które określają zakres ogłoszonego konkursu ofert oraz opinie konsultantów krajowych na temat standardów usług medycznych.

Po skompletowaniu dokumentacji i złożeniu oferty na piśmie, w zamkniętych kopertach i paczkach, w wyznaczonym przez DRKCh miejscu i czasie, rozpoczyna się konkurs ofert. Oferty złożone w innej formie niż pisemna zostaną odrzucone.

Postępowanie konkursowe składa się z dwóch części - jawnej i niejawnej.

W części jawnej obecność oferentów nie jest obowiązkowa, jednak ze względu na interes świadczeniodawcy przystępującego do konkursu ofert powinien on w niej uczestniczyć.

Część jawna konkursu ofert ma na celu stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia konkursu oraz liczby otrzymanych ofert.

Komisja konkursowa otwiera koperty i paczki z ofertami, ustala, które z nich

spełniają wymogi podane w ogłoszeniu o konkursie oraz przyjmuje do protokołu zgłoszone przez oferentów wyjaśnienia lub oświadczenia.

Przy otwieraniu ofert ogłaszane są: firma (nazwa) i adres oferującego usługi. Zostaje to wpisane do protokołu.

Komisja ma prawo odrzucić oferty, które nie odpowiadają warunkom ogłoszonego konkursu albo zostały złożone po wyznaczonym przez zamawiającego terminie.

Jeżeli oferta zawiera braki formalne, komisja konkursowa może zobowiązać oferenta do ich usunięcia w wyznaczonym terminie. Jeśli oferent tego nie wykona, oferta zostanie odrzucona. Formularz ofertowy na świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przygotowany przez DRKCh nie zawiera rubryki pozwalającej na wpisanie ceny, a jednocześnie zgodnie z rozporządzeniem, w tym trybie nie można uzupełnić ani zmienić ceny oraz podanych w ofercie warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Część druga konkursu zwana niejawną, w której nie uczestniczą oferenci, ma na celu wybór najkorzystniejszej oferty dla kasy chorych

Jeżeli świadczenia zdrowotne, o które toczy się konkurs, są niemożliwe lub utrudnione do wykonania przez jednego oferenta, komisja konkursowa może wybrać więcej niż jedną ofertę.

W tej części konkursu komisja konkursowa może także oddalić wszystkie oferty, jeżeli nie zapewniają one właściwej możliwości wykonywania świadczeń zdrowotnych.

Komisja konkursowa została również uprawniona do przeprowadzenia rokowań z tymi oferentami, którzy złożyli naj-

korzystniejsze oferty. Ma ona obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie została złożona więcej niż jedna oferta.

Przedmiotem rokowań będzie ilość planowanych świadczeń oraz ich cena.

Jeżeli komisja konkursowa oddali wszystkie oferty, kasa chorych niezwłocznie ogłasza nowy konkurs ofert.

Po zakończeniu części niejawnej postępowania konkursowego następuje ogłoszenie wyników konkursu, podawana jest firma lub nazwa oraz siedziba oferentów, których ofertę wybrano. Ogłoszenie musi być umieszczone na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

Z przebiegu postępowania konkursowego sporządzany jest protokół, podpisuje go przewodniczący komisji i protokolant.

Konkurs ofert może zostać unieważniony na wniosek komisji konkursowej z powodu:

- 1) gdy nie wpłynęła żadna oferta,
- 2) gdy wpłynęła tylko jedna oferta, która spełnia warunki konkursu. Jednak może być ona przyjęta, jeśli po ponownym ogłoszeniu konkursu nie wpłynęło więcej ofert,
- 3) jeśli cena najkorzystniejszej oferty przewyższa sumę, jaką kasa chorych może przeznaczyć na dany rodzaj świadczenia,
- 4) gdy okoliczności zmieniły się tak, że prowadzenie konkursu lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonego, a której to okoliczności nie można było przewidzieć wcześniej.

Jeśli oferent uczestniczący w konkursie uzna, że w toku postępowania konkursowego doznał uszczerbku jego interesu prawnego (np. gdy zostały ujawnio-

ne jego dane osobowe podlegające ochronie prawnej lub została odrzucona jego oferta pomimo spełnienia warunków konkursu) wskutek naruszenia przez komisję konkursową lub kasę chorych określonych w ustawie i rozporządzeniu zasad przeprowadzania konkursu, ma prawo do złożenia skargi lub protestu.

Jednak nie można wnieść ani skargi, ani protestu w przypadku oddalenia wszystkich ofert oraz unieważnienia konkursu.

Skargę można złożyć do komisji konkursowej tylko podczas trwania konkursu do czasu jego rozstrzygnięcia, więc do chwili zamieszczenia wyników na tablicy ogłoszeń w siedzibie zamawiającego.

Do czasu rozstrzygnięcia (trzy dni po dacie złożenia skargi) postępowanie ulega zawieszeniu. O rozstrzygnięciu skargi komisja zawiadamia na piśmie oferenta, który ją złożył.

W przypadku uwzględnienia skargi, komisja powtarza zaskarżone czynności.

Protest wnosi się do 7 dni po zakończeniu konkursu ofert i rozpoznaje go kasa chorych, a nie komisja konkursowa. Protest musi dotyczyć sposobu rozstrzygnięcia konkursu.

Protest wniesiony po zawarciu umowy nie zostanie rozpatrzony.

Zamawiający, czyli kasa chorych, powinien rozpatrzyć umotywowany protest w terminie 7 dni od daty jego wniesienia.

Jeśli zamawiający uwzględni protest, musi ogłosić nowy konkurs ofert.

Od skargi lub protestu rozpatrzonych nie po myśli oferenta nie przysługuje tryb odwoławczy.

Monika Huber

Oswajanie reformy

Emil Mikulski

Dobiega końca pierwszy rok reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce, zapoczątkowany 1 stycznia. O potrzebie reformy długo dyskutowano, prowadzono działania pozorowane, ale dopiero z tą datą zmieniły się diametralnie zasady funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Od początku doskwiera brak szeroko dostępnej informacji, która winna docierać nie tylko do pacjentów, dla których - według specjalistów - ta reforma była konstruowana. Głód informacji dotyczy także środowisk medycznych, co bardzo wyraźnie odczuliśmy na początku roku. Problem dotyczy nie tylko już czynnych zawodowo lekarzy, pielęgniarek i pozostałych pracowników ochrony zdrowia, lecz także studentów przygotowujących się do wydłużonego od tego roku stażu podyplomowego.

Utworzone 22.06.1998 r. uchwałą Senatu Akademii Medycznej we Wrocławiu Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego rozpoczęło działalność dydaktyczną jednocześnie ze startem reformy i od początku postawiło sobie za cel przekazanie przyszłym lekarzom dostępnej wiedzy na temat ak-

tualnych przemian, by pomóc w sprośnaniu nowym wyzwaniom rynku pracy. W semestrze letnim przeprowadzono cykl seminariów ze zdrowia publicznego dla 300 studentów Wydziału Lekarskiego i Oddziału Stomatologii, kończących w tym roku studia w Akademii Medycznej. Podczas 30 godzin zajęć omówiono między innymi założenia reformy,

pieczeń społecznych oraz aktualne aspekty prawne i ekonomiczne prowadzenia prywatnego gabinetu lekarskiego. Forma zajęć w mniejszych grupach seminarialnych umożliwiła studentom dyskusję nad zmieniającymi się niekiedy z dnia na dzień regułami reformy, kształtującymi przecież ich przyszłe warunki pracy zawodowej.

Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego rozpoczęło działalność dydaktyczną jednocześnie ze startem reformy i od początku postawiło sobie za cel przekazanie przyszłym lekarzom dostępnej wiedzy na temat aktualnych przemian, by pomóc w sprośnaniu nowym wyzwaniom rynku pracy.

zasady funkcjonowania branżowej i regionalnych kas chorych, rynek usług zdrowotnych oraz prawne i ekonomiczne jego aspekty (ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, kontraktowanie usług zdrowotnych), zmiany dotyczące orzecznictwa lekarskiego, lecnicstwa sanatoryjnego, w zakresie ubez-

W tym roku rozpoczęto na Wydziale Pielęgniarskim zajęcia ze zdrowia publicznego w nowej formie. Składają się one z wykładów na wspomniane wyżej tematy oraz ćwiczeń praktycznych z medycyny społecznej, na których studenci poznają problemy zdrowotne dzieci i młodzieży szkolnej, ludzi w pode-

szłym wieku, społeczno-zdrowotne konsekwencje bezrobocia i ubóstwa.

Ramowy program nauczania zdrowia publicznego na wrocławskiej Akademii Medycznej został zaakceptowany przez Departament Nauki i Kształcenia MZiOŚ. Obejmuje oprócz podstawowego (już realizowanego) jeszcze dwa moduły: kierunkowy i specjalistyczny, które studenci będą mogli wybierać zgodnie z zainteresowaniami. Konsekwencją tego wyboru będzie uzyskanie odpowiedniego certyfikatu potwierdzającego wykształcenie w zakresie zdrowia publicznego z ukierunkowaniem na: promocję zdrowia, rynek usług zdrowotnych, rehabilitację społeczno-zawodową, edukację zdrowotną, prowadzenie praktyki rodzinnej i działania komercyjnego.

27 stycznia br. Studium zorganizowało I Dolnośląskie Forum Zdrowia, które - dzięki obecności przedstawicieli struktur administracyjnych, samorządowych i uczelnianych - było okazją do wypracowania założeń regionalnej polityki zdrowotnej na Dolnym Śląsku (patrz lutowe wydanie „Medium”).

Z inicjatywy kierownika Studium Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego prof. Ludmiły Waszkiewicz przygotowano program dwóch studiów po-

dypłomowych, zatwierdzonych przez władze uczelni: menedżer ochrony zdrowia i polityka zdrowotna.

6 listopada br. JM Rektor Akademii Medycznej prof. dr hab. n. med. Leszek Paradowski w obecności specjalnie zaproszonych gości uroczystie wręczył indeksy 70 słuchaczom pierwszej edycji studiów podyplomowych menedżer ochrony zdrowia. Zajęcia odbywają się w salach wykładowej II Kliniki Chirurgii w zjazdach sobotnio-niedzielną, średnio co dwa tygodnie. Studia trwają trzy semestry. Słuchacze tego kierunku będą mogli podbudować teoretycznie swoje menedżerskie umiejętności lub je dopiero zdobyć. Rekrutują się bowiem zarówno z kadry zarządzającej publicznymi i niepublicznymi jednostkami ochrony zdrowia, jak i spośród świeżo upieczonych lekarzy, stomatologów, dyplomowanych pielęgniarek. Nie brak też absolwentów Politechniki, Akademii Wychowania Fizycznego, uniwersyteckich Wydziałów Prawa i Biologii. Tak duże zainteresowanie kierunkiem spowoduje zapewne rychłe ogłoszenie naboru na drugą edycję, być może już w semestrze letnim. Informacje na temat studiów można uzyskać pod numerem 3209-791 lub 0603/782049.

Z prac Prezydium i Rady DIL

7 października

Członkowie Prezydium dyskutowali na temat współpracy z Dolnośląską Regionalną Kasą Chorych, jej przebiegu i dotychczasowych rezultatach. Wobec wielu zastrzeżeń, które zgłaszano podczas dyskusji, uznano za konieczne sformułowanie stanowiska Prezydium na temat rzeczywistego kształtu tej współpracy.

Odczytano bieżącą korespondencję - nadesłane stanowiska okręgowych rad lekarskich na temat druków L-4.

Przyznano zapomogi lekarzom znajdującym się w trudnej sytuacji.

14 października

Omówiono najważniejsze sprawy bieżące z poszczególnych delegatur DIL, a także obecną sytuację związaną z brakiem przepisów określających jednoznacznie sprawę dyżurów lekarskich.

Odczytano korespondencję z minionego tygodnia.

Skarbnik kol. Andrzej Szmida poinformował zebranych o nowych formach ubezpieczeń dostosowanych do zmieniającej się sytuacji lekarzy.

Podsumowano aktualną sytuację w ochronie zdrowia wyrażając swoje obawy na przyszłość.

21 października

Na kolejnym posiedzeniu Dolnośląskiej Rady Lekarskiej przewodniczący poinformował o sfinalizowaniu spraw związanych z zakupem tej części siedziby, w której znajduje się sala konferencyjna. Następnie przekazał najważniejsze wnioski ze spotkania przewodniczących izb lekarskich z dyrektorami kas chorych, które odbyło się 15 października w siedzibie DIL. W pierwszej części prowadzący spotkanie i główny inicjator tego przedsięwzięcia dr Włodzimierz Bednorz przedstawił propozycje zmian ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, przygotowane przez samorząd lekarski. W drugiej części zebrani rozmawiali na temat zasad współpracy kas z izbami lekarskimi. W dyskusji ścierały się racje obu stron, ale starano się wysłuchać głosów strony przeciwnej. W rezultacie wielogodzinnej wymiany zdań uczestnicy wyrazili chęć kontynuowania takich spotkań.

Kol. Ryszard Łopuch poinformował o przebiegu pierwszego spotkania NRL z minister F. Cegielską, które odbyło się 13 października, pół roku po objęciu przez nią urzędu, a także o przebiegu

Z życia Akademii

Pracownicy naukowo-dydaktyczni Akademii Medycznej

Aktualnie Akademia Medyczna we Wrocławiu zatrudnia 879 pracowników naukowo-dydaktycznych i dydaktycznych, w tym: 44 profesorów zwyczajnych i 52 profesorów nadzwyczajnych.

Stały rozwój kadry naukowo-dydaktycznej jest przedmiotem najwyższej troski władz uczelni, należy jednak podkreślić, że działania instytucjonalne na szczeblu władz dziekańskich, czy rektorskich nie są w stanie rozwiązać wszystkich problemów z tym związanych. Stąd też na kierownikach zakładów i klinik spoczywa odpowiedzialność za jej rozwój.

Uzyskiwanie stopni i tytułu naukowego to nie tylko możliwość kierowania przez ludzi wykształconych i kompetentnych zakładami i klinikami. Ich liczba stanowi również o kategoryzacji i prestiżu uczelni w kraju i poziomie finansowania przez Komitet Badań Naukowych.

W minionym roku akademickim tytuł naukowy profesora otrzymało 11 nauczycieli akademickich.

Są to:

- prof. dr hab. Alicja Chybińska
- prof. dr hab. Andrzej Gładysz
- prof. dr hab. Marian Goluś
- prof. dr hab. Andrzej Kiejna
- prof. dr hab. Janusz Patkowski
- prof. dr hab. Maria Podolak-Dawidziak
- prof. dr hab. Jerzy Rabczyński
- prof. dr hab. Roman Rutowski
- prof. dr hab. Andrzej Steciwko
- prof. dr hab. Barbara Świątek
- prof. dr hab. Edmund Waszyński

Centralna Komisja do spraw Tytułu Naukowego i

Stopni Naukowych zatwierdziła 11 osobom stopień naukowy doktora habilitowanego. Ponadto 5 przewodów jest w trakcie zatwierdzania, wszczętych lub w toku jest 9 przewodów habilitacyjnych.

W okresie sprawozdawczym stopień naukowy doktora nauk medycznych otrzymały 84 osoby, nauk farmaceutycznych 7 osób. Wszczętych lub w toku jest 175 przewodów doktorskich.

Wszystkim państwu serdecznie gratuluję awansów naukowych i życzę dalszych sukcesów w pracy zawodowej.

Stały rozwój naukowy ma istotne znaczenie dla rozwoju i przyszłości uczelni zważywszy na fakt, że co roku na zasłużony odpoczynek odchodzi wielu znakomitych nauczycieli akademickich.

W rozpoczynającym się roku akademickim na emeryturę przechodzą:

- prof. dr hab. Lesław Czarniecki - profesor nadzwyczajny II Katedry i Kliniki Chirurgii
- prof. dr hab. Jerzy Gerber - profesor zwyczajny II Katedry i Kliniki Ginekologii
- prof. dr hab. Krzyszpina Grzybek-Hryncewicz - wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii
- prof. dr hab. Zbigniew Jethon - profesor zwyczajny Katedry i Zakładu Higieny
- prof. dr hab. Eugeniusz Kuźniewski - kierownik Ogrodu Roślin Leczniczych
- prof. dr hab. Zdzisław Machoń - wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Chemii Organicznej
- prof. dr hab. Roman Marciniak - wieloletni kierownik Katedry i Zakładu Radiologii

- prof. dr hab. Jerzy Robaczyński - wieloletni kierownik I Katedry i Kliniki Położnictwa

- prof. dr hab. Zbigniew Rudkowski - wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych Wieku Dziecięcego

- prof. dr hab. Zygmunt Szydłowski - kierownik I Katedry i Kliniki Chirurgii

- prof. dr hab. Jerzy Wroński - twórca i wieloletni kierownik Katedry i Kliniki Neurochirurgii

- dr n. med. Maria Szczebel-Domanasiewicz - adiunkt I Katedry Pediatrii i Kliniki

Nie uniknęliśmy też - bolesnych strat.

W minionym roku akademickim odeszli na zawsze:

- prof. dr hab. Franciszek Bieliński - były prorektor naszej uczelni

- prof. dr hab. Jadwiga Burdzińska-Gołowin

- prof. dr hab. Danuta Drak

- prof. dr hab. Edward Ziobro

- dr hab. n. med. Barbara Derubska

- dr Waldemar Stępniewski

- dr Irena Korobczak

osiągnięcia w dziedzinie ochrony zdrowia.

Indywidualne nagrody Ministra Zdrowia otrzymali:

- dr hab. Bernard Panaszek

- dr hab. Dariusz Patrzalek

- dr hab. Marek Sasiadek

- prof. dr hab. Krystyna Orzechowska-Juzwenko

- dr hab. Zbigniew Rybak

- dr hab. Julia Bar

- dr hab. inż. Przemysław Łoś

- dr hab. Wanda Wojtkiewicz-Rok

- dr Bożena Bidzińska

Zespołową nagrodę ministra za szczególne osiągnięcia w dziedzinie ochrony zdrowia otrzymali:

- prof. dr hab. Jerzy Czernik

- prof. dr hab. Andrzej Milewicz

- mgr Artur Parański

- dr Maciej Kowalski

- mgr Krzysztof Stańkowski

- dr Paweł Kociatkiewicz

Działalność naukowa jednostek uczelni wyraża się ponad 2046 publikacjami w tym prac: oryginalnych - 745,

monograficznych - 87, poglądowych i kazuistycznych - 301, wydrukowanych w materiałach zjazdowych - 803, innych (podręczniki, recenzje, tłumaczenia) - 110

Fragmenty przemówienia inauguracyjnego JM Rektora Akademii Medycznej we Wrocławiu prof. dr hab. Leszka Paradowskiego wygłoszone 5 października 1999 roku w czasie uroczystości otwarcia roku akademickiego 1999/2000.



Fot. Paweł Golusik

Alergologii oraz Kardiologii Dziecięcej

- dr n. med. Teresa Czepkowska - adiunkt Zakładu Medycyny Ratunkowej i Katastrof

- mgr Anita Sosnowska - wykładowca Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego

Pragnę gorąco podziękować Państwu za lata ofiarnej pracy oraz stałą troskę o dobro uczelni. Życzę wszystkim dużo zdrowia, satysfakcji z dokonań oraz pomyślności w dalszym życiu.

Stypendium dla najzdolniejszych

Fundacja Crescendum Est-Polonia ogłasza konkurs o stypendium naukowe w roku 2000. Uprawionymi do ubiegania się o stypendium Fundacji są

uczniowie, studenci i absolwenci państwowych szkół średnich i wyższych, będący obywatelami polskimi i posiadający w chwili składania wniosku stałe

miejsce zamieszkania w Polsce.

Warunkiem zakwalifikowania wniosku do rozpatrzenia jest przedstawienie w terminie do 15 XII 1999 roku kwestionariusza aplikacyjnego z kompletem załączników, w tym: 3 listów referencyjnych nadesłanych bezpośrednio do Fundacji przez udzielających informacji (w tym co najmniej jeden od samodzielnego pracownika naukowego); pisemnej rekomendacji władz uczelni;

świadectwa zdrowia wg standardu towarzystw ubezpieczeniowych; curriculum vitae wraz z listą publikacji, dyplomów etc.; dowodu złożenia egzaminu z języka obcego (TOEFL min, Cambridge Proficiency lub równoważne) potwierdzonej przez władze uczelni kopii indeksu (powinna przekraczać 4,5 w skali 2-5); oraz dwóch zdjęć.

Adres: Fundacja Crescendum Est-Polonia, 02-548 Warszawa, ul. Różana 8/10.

Rozstrzygnięcie konkursu nastąpi do dnia 31 marca 2000 roku. Po podpisaniu umowy pomiędzy stypendystą, a zarządem Fundacji będzie on musiał przez co najmniej 5 lat po skończeniu nauki pracować na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku niewykonania tego zobowiązania stypendysta będzie zmuszony zwrócić 5-krotną wartość otrzymanego stypendium.

Pierwsza w Polsce umowa pomiędzy AM a szpitalami klinicznymi

Od 1 stycznia 1999 roku Państwowe Szpitale Kliniczne, które dotychczas były integralną częścią Akademii Medycznej stały się jednostkami samodzielnymi, jednak grunt oraz budynki i część wyposażenia należą do Akademii Medycznej, również większość lekarzy pracujących w szpitalach klinicznych to pracownicy AM. Zatrudnienie nauczycieli akademickich jako lekarzy nie było uregulowane prawnie, nie były też uregulowane sprawy opłat za kształcenie studentów i lekarzy w szpitalach klinicznych. Podpisana 20 października br. umowa pomiędzy Akademią Medyczną we Wrocławiu, a szpitalami klinicznymi, próbuje uregulować tę sprawę.

Redakcja zdobyła egzemplarz takiej umowy pomiędzy AM a Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 we Wrocławiu, którego obszerny fragment publikujemy.

Umowa z dnia 20 października 1999 r. zawarta na podstawie art. 43c ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 września 1999 r. w sprawie określenia koniecznych elementów umów o udostępnienie szpitala klinicznego albo oddziału klinicznego na wykonanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (Dz.U. nr 79, poz. 901) pomiędzy Akademią Medyczną we Wrocławiu, ul. Pasteura 1, reprezentowaną przez rektora prof. dr. hab. Leszka Paradowskiego a Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 we Wrocławiu, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 58, reprezentowanym przez dyrektora dr. Macieja Kowalskiego w sprawie udostępnienia Akademii Medycznej we Wrocławiu Szpitala Klinicznego w celu prowadzenia działalności dydaktycznej i badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 1

Udostępnienie Akademii Medycznej szpitala w celu prowadzenia działalności dydaktycznej, badawczej w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych nie może ograniczać rodzaju, zakresu i dostępności świadczeń zdrowotnych określonych w statucie szpitala.

§ 3

1. Akademia Medyczna zatrudnia w swoich jednostkach organizacyjnych zorganizowanych w szpitalu niezbędnych pracowników naukowo-dydaktycznych, naukowo-technicznych, inżynierjno-technicznych i administracyjnych oraz wyposaża je w aparaturę naukowo-badawczą konieczną do wy-

konywania zadań statutowych Akademii Medycznej (działalność dydaktyczna i badawcza). Wykaz pracowników poszczególnych jednostek stanowi załącznik do niniejszej umowy.

2. Pracownicy Akademii Medycznej wykonujący swoje obowiązki w jednostkach organizacyjnych Akademii zorganizowanych w szpitalu zobowiązani są do przestrzegania wszelkich przepisów porządkowych obowiązujących w szpitalu. Naruszenie przez pracowników przepisów porządkowych upoważnienia dyrektora szpitala do przedłożenia rektorowi Akademii stosownego powiadomienia.

3. Akademia Medyczna ponosi wszelkie koszty prowadzenia działalności dydaktycznej, naukowo-badawczej katedr, klinik i zakładów oraz koszty eksploatacyjne pomieszczeń dydaktycznych i zakładów teoretycznych, szatni i laboratoriów naukowo-dydaktycznych.

5. Szpital będzie obciążał AM kwotą zryczałtowaną obejmującą koszty, o których mowa w pkt 3 w okresach miesięcznych do dnia 15 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Wielkość miesięcznego ryczałtu będzie ustalona w drodze odrębnego porozumienia pomiędzy stronami umowy raz na pół roku z wyszczególnieniem rodzajów kosztów ponoszonych przez szpital.

W przypadku wystąpienia dodatkowych kosztów nie ujętych w ryczałcie szpital może obciążyć Akademię Medyczną kwotą im odpowiadającą zaakceptowaną przez Akademię Medyczną.

6. Termin zapłaty wynosi 14 dni od daty otrzymania uznanej faktury.

7. Rektor AM każdorazowo przed rozpoczęciem semestru zawiadomi dyrektora szpitala o zakresie i rodzaju zajęć dydaktycznych z podaniem liczby godzin w semestrze dla każdej kliniki oraz przedstawi szczegółowy harmonogram zajęć dydaktycznych, z podaniem liczby studentów i grup ćwiczeniowych.

8. Studenci Akademii zobowiązani są do przestrzegania wszelkich przepisów porządkowych obowiązujących w szpitalu. Naruszenie przez studenta przepisów porządkowych upoważnienia dyrektora szpitala do przedłożenia dziekanowi wydziału stosownego powiadomienia.

9. Działalność badawcza prowadzona z udziałem szpitala stanowi przedmiot odrębnych umów.

§ 4

Szpital ponosi wszelkie koszty związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 5

1. Lekarze-nauczyciele akademicy udzielają świadczeń zdrowotnych w klinikach na podstawie umowy o pracę ze szpitalem lub na pisemny wniosek zainteresowanego lekarza

na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej ze szpitalem. Zakres obowiązków lekarzy ustalany jest i uzgadniany między kierownikiem kliniki a dyrektorem szpitala.

2. Szpital zatrudnia lekarzy-nauczycieli akademickich w klinikach zgodnie z potrzebami własnymi oraz AM.

3. Czas pracy lekarzy - nauczycieli akademickich i ich wynagrodzenie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w klinikach i przychodniach specjalistycznych wynika z obowiązujących przepisów, a w szczególności będą uzgadniane między kierownikiem katedry i kliniki a dyrektorem szpitala przy udziale pełnomocnika rektora na wniosek lekarza-nauczyciela akademickiego.

4. Lekarze-nauczyciele akademicy pełnią dyżury w klinice, za co otrzymywać będą wynagrodzenie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

5. Nauczycielom akademickim zatrudnionym w szpitalu przysługuje urlop wypoczynkowy w wymiarze przewidzianym w Kodeksie Pracy, przy czym dyrektor szpitala udzieli na wniosek pracownika urlopu bezpłatnego umożliwiając wykorzystanie przysługującego nauczycielom akademickim 6-tygodniowego urlopu.

6. Nauczycielom akademickim zatrudnionym w szpitalu, którym przysługuje urlop naukowy lub dla poratowania zdrowia zgodnie z ustawą o szkolnictwie wyższym, dyrektor szpitala za zgodą kierownika katedry i kliniki na wniosek pracownika udziela na ten okres urlopu bezpłatnego.

7. Pracownicy naukowo-dydaktyczni mają możliwość za zgodą kierownika katedry i kliniki i dyrektora szpitala uczestniczenia w stypendiach, zjazdach i konferencjach naukowych, przy czym nieobecność w pracy z tego powodu do 10 dni, na semestr w roku akademickim nie może być podstawą obniżenia wynagrodzenia wypłacanego przez szpital pod warunkiem zapewnienia należytej pracy kliniki, o ile odpowiednie przepisy nie stanowią inaczej.

8. Rozwiązanie stosunku pracy w AM z nauczycielem akademickim stanowi podstawę wypowiedzenia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, o której mowa w pkt. 1.

§ 6

1. Akademia Medyczna ma obowiązek każdorazowo występować do dyrektora szpitala o zgodę na świadczenie usług medycznych w klinice w powiązaniu z procesem naukowo-dydaktycznym przez osoby nie związane ze szpitalem umową o pracę.

2. Akademia Medyczna ponosi pełną odpowiedzialność za osoby o których mowa w pkt. 1.

3. Uczestnicy studiów doktoranckich na wniosek rektora AM podpisują z dyrektorem

szpitala odrębną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

§ 7

1. W czasie trwania umowy szpital zobowiązuje się do ponoszenia kosztów eksploatacji, ubezpieczenia sprzętu i aparatury medycznej przekazanej do użytkowania przez Akademię klinikom proporcjonalnie do stopnia ich wykorzystania przez szpital.

2. Ilość, rodzaj i typ sprzętu i aparatury zostaną uzgodnione pomiędzy dyrektorem szpitala a pełnomocnikiem Akademii Medycznej.

3. Podstawą przekazania sprzętu i aparatury medycznej oraz ustalenia kosztów, o których mowa w pkt. 1, będzie odrębna umowa.

§ 8

Oddziałami szpitala kierują kierownicy katedr i klinik wyłonieni w drodze konkursu, zgodnie z ustawą o zakładach opieki zdrowotnej (art. 44a ust. 1 pkt. 3a i 3b), którzy pełnić będą równocześnie funkcję ordynatorów oddziałów.

§ 9

1. Strony ustalają, że:
a) Szpital ponosi odpowiedzialność za udzielane świadczenia zdrowotne
b) Akademia ponosi odpowiedzialność za wykonywane

zadania dydaktyczne i badawcze.

2. Stosownie do postanowień, o których mowa w pkt 1, strony niniejszej umowy ubezpieczają się od odpowiedzialności cywilnej.

§ 12

1. Jeżeli w związku z realizacją niniejszej umowy powstaną spory, obie strony dołożą starań do ich rozwiązania na drodze polubownej.

2. W wyniku wystąpienia ewentualnych sporów strony ustalają, iż w celu ich rozwiązania powołują Komisję Rozjemczą, w skład której wchodzić będzie po 2 przedstawicieli każdej ze stron. Posiedzenie komisji odbywa się w siedzibie strony, która pierwsza złożyła wniosek o rozstrzygnięcie sporu. Komisja winna rozstrzygnąć spór w ciągu 14 dni od daty wpłynięcia wniosku.

3. Jeśli próba porozumienia nie powiodła się, wszelkie spory będą rozpatrywane przez Komisję Polubowną, w skład której wchodzić będzie prorektor ds. klinicznych jako przewodniczący zespołu reprezentującego Akademię Medyczną we Wrocławiu i przedstawiciel organu założycielskiego jako przewodniczący zespołu reprezentującego szpital.

Gdzie będą prowadzić badania naukowcy z akademii medycznych?

Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych w ostatnich dniach października skierowała swoją uchwałę do prezydenta, premiera, marszałka Sejmu, ministra zdrowia, Komisji Zdrowia w Sejmie i Senacie, w której domagają się nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ta ustawa pozbawiła akademie medyczne klinik akademickich. Rektorzy nie mają wpływu na to jak będą pracowały kliniki, w których studenci medycyny mają zdobywać wiedzę praktyczną, lekarze mają się permanentnie dokształcać, a pracownicy akademii prowadzić badania naukowe. Konferencja Rektorów Uczelni Medycznych podaje w wątpliwość sens istnienia tychże uczelni, skoro zostają odcięte od swego warsztatu przy którym praktycznie zdobywa się wiedzę, prowadzi badania i doświadczenia.

Ministerstwo Zdrowia we wrześniu poleciło rektorom wycięcie kosztów na dydaktykę w szpitalach klinicznych. Po zatwierdzeniu tych kosztów przez Ministerstwo Zdrowia, które jest organem założycielskim szpitali klinicznych, rektorzy mają podpisać umowy cywilnoprawne z dyrektorami szpi-

tali klinicznych. Umowy będą dotyczyły zwrotu kosztów, jakie szpital poniesie dopuszczając na swoim terenie zajęcia dydaktyczne studentów medycyny. W tych umowach nie ma mowy o specjalistycznym podyplomowym kształceniu lekarzy, ani prowadzeniu badań naukowych przy łóżku pacjenta.

Przewodniczący Konferencji prof. Zbigniew Puchalski wyraża obawę, że jeśli taka sytuacja będzie trwała nadal szpitale kliniczne zejdą do poziomu szpitali terenowych.

Sytuacja jest tym bardziej paradoksalna, że większość specjalistycznej aparatury w szpitalach klinicznych jest własnością akademii medycznych, a 75% lekarzy w klinikach jest pracownikami tychże akademii. Rektorom AM zagwarantowano prawo uczestniczenia w postępowaniu konkursowym na obsadzenie stanowisk dyrektorów klinik, a także uczestniczenia w tworzeniu statutów uczelni. Byłyby to ważne uprawnienia, gdyby nie fakt, że większość klinik ma już obsadzone stanowiska dyrektorów, a ich statuty też zostały opracowane.

Z prac Prezydium i Rady DIL

obrad Naczelnej Rady Lekarskiej.

W dyskusji na temat oceny aktualnej sytuacji poruszono kwestie związane z działaniami DRKCh, realizacją umów, przygotowaniem do konkursu ofert i specjalizacjami. Wyrażano opinie, aby w związku z obecną sytuacją samorząd lekarski wyraźnie powiedział, że nie bierze odpowiedzialności za zdrowie narodu.

Problemy te były poruszane podczas obrad okrągłego stołu - ogólnopolskiej konferencji poświęconej ocenie ostatnich dziesięciu lat przemian w ochronie zdrowia, która odbyła się 9 października w klubie Śląskiego Okręgu Wojskowego przy ul. Pretficza.

Odczytano także stanowisko Naczelnej Rady Lekarskiej w sprawie regulacji prawnych dotyczących świadczeń pieniężnych z tytułu ubezpieczenia społecznego.

W związku z przesunięciem terminu Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy DRL podjęła uchwałę, w której wyraziła wotum nieufności w stosunku do NRL i zażądała zwołania Nadzwyczajnego Zjazdu do końca roku.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Omówiono sprawy organizacyjne związane z Nadzwyczajnym Zjazdem Delegatów DIL, który odbędzie się 11 listopada. Na wniosek Kapituły, DRL podjęła uchwałę w sprawie przyznania 16 zasłużonym osobom Medalu im. J. Mikulicza-Radeckiego.

Podjęto uchwały finansowe.

Jednomyślnie zaakceptowano zakup adresu dziennego wręczonego w październiku 1948 r. dr. Wilhelmowi Knappe, pierwszemu prezesowi Dolnośląskiej Izby Lekarskiej po wojnie.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

28 października

Omówiono aktualne problemy w ochronie zdrowia.

Odczytano bieżącą korespondencję.

Podjęto uchwały finansowe.

Przyznano zapomogi społeczne koleżankom znajdującym się w trudnej sytuacji.

Delegowano przedstawicieli DIL do składu komisji konkursowych.

Po zakończeniu posiedzenia delegacja Prezydium udała się na cmentarz przy ul. Bujwida, by złożyć wiązanki na grobach Koleżanek i Kolegów.

Kompromis pomiędzy finansami a zabezpieczeniem opieki

Co jest najważniejsze dla lekarzy-nauczycieli akademickich w umowie zawartej 20 października pomiędzy Akademią Medyczną we Wrocławiu a Samodzielnym Publicznym Szpitalem Klinicznym nr 1 we Wrocławiu?

„Medium” pyta dr. n. med. MACIEJA KOWALSKIEGO - dyrektora Szpitala Klinicznego nr 1 we Wrocławiu.

- Najważniejsze jest właśnie podpisanie umowy, bo do tej pory opieraliśmy się na ustawie o ZOZ i ustawie o szkolnictwie wyższym i były one sprzeczne ze sobą, np.: uczelnia powinna zapewnić nauczycielowi akademickiemu miejsce świadczenia usług medycznych. Szpital nie miał obowiązku przyjąć danego lekarza na etat do pracy. Jak można było rozwiązać sprawę tego lekarza? Uczelnia musi mu zapewnić miejsce, a ja, dyrektor szpitala, nie chcę go przyjąć.

Umowa będzie regulowała wzajemne odpłatności pomiędzy AM i szpitalami klinicznymi. Myślę, że obciążenie finansowe Akademii Medycznej za naukę i dydaktykę będzie pokrywało Ministerstwo Zdrowia, które musi mieć świadomość, że nauka i dydaktyka kosztują i za wykonywanie tych czynności trzeba płacić.

- Co na tym zyskają nauczyciele akademicki, poza jasnością sytuacji?

- Nauczyciele akademicki zyskają zatrudnienie na umowę o pracę.

- Ale teraz zmieniły się właśnie warunki umowy o pracę.

- Będzie to prawie typowa umowa o pracę. Prawie..., bo na przykład adiunkt AM był dotychczas na tzw. ryczałcie usługowym, dostawał 150, 200 zł. Obecnie będzie otrzymywał 400 zł i będzie to w wymiarze półetatowym. Na pełnym etacie będzie na AM. Szpital nie jest przygotowany, by zapłacić nauczycielom akademickim pełne etaty. Gdybyśmy byli do tego zmuszeni, to połowa lekarzy akademickich musiałaby odejść z kliniki i nie miałyby gdzie wykonywać zawodu lekarza, pozostawiliby tylko nauczycielami. Poszliśmy na ustępstwa - jest to pół etatu z wyższą stawką, ale będzie obowiązywał zadaniowy czas pracy - 4 godziny. Na te 4 godziny pobytu w klinice zostaną określone odrębnie zadania.

- Czy już dziś można je określić?

- Będzie to opieka nad pacjentami. Te godziny pracy nie uwzględniają zajęć ze studentami. Może być tak, że lekarz będzie od 8 do 13 ze studentami, a przyjdzie o 16 do chorych, którymi się opiekuje. To się nie musi pokrywać. Te zajęcia nawet nie powinny się pokrywać, bo dziś pacjenci sobie nie zyczą

aby byli demonstrowani studentom. Dawniej pacjent leczony w klinice musiał się poddać oględzinom, dziś nie chce się na to zgodzić, pragnie zachować intymność.

Włączenie zajęć dydaktycznych z leczeniem nie będą ingerować, to pozostaje w gestii kierownika kliniki i jego sprawą jest jak to ułożyć. Nauczycielom akademickim poprawi się sytuacja, bo będą mieli umowę o pracę, ale będą pracownikami szpitala i tak jak każdy pracownik szpitala będą mieli prawa i obowiązki określone regulaminem szpitala, umową o pracę i kodeksem pracy. Mam nadzieję, że uda nam się uniknąć nie kończących się postępowań dyscyplinarnych. Mnie, jako dyrektora szpitala klinicznego, nie interesuje procedura uczelniana.

- Jak zostaną ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej nauczyciele akademicki?

- Lekarz może się dodatkowo ubezpieczyć, a wymiar godzin pracy nie ma wpływu na odpowiedzialność cywilną. Klinika ubezpiecza swoich pracowników od odpowiedzialności cywilnej na bardzo wyso-

kie kwoty. W umowie o pracę zastrzeżemy, że klinika nie ponosi odpowiedzialności cywilnej w przypadku zaniedbań lekarza, mam tu na myśli nieetyczne i nieludzkie traktowanie pacjenta. W takich przypadkach lekarz będzie dopozywany do współfinansowania szkód, jakie szpital z tego tytułu poniósł. Z moich 8-letnich doświadczeń wynika, że 99% spraw w sądzie, to sprawy, które wnoszą pacjenci, niewłaściwie potraktowani, do których nikt nie przyszedł na wezwanie, dla których lekarz był opryskliwy, lekceważył ich.

Natomiast ci, którzy ponieśli uszczerbek z tytułu komplikacji medycznych, najczęściej nie zdają sobie z tego sprawy.

To, że lekarz popełni błąd w swoim działaniu można zrozumieć, bo każdy jest omylny. Jeśli postępuje on zgodnie ze swą wiedzą medyczną i jego zamiarem jest prawidłowe postępowanie, i jednocześnie rozpozna powikłania, które wynikły z jego działania, będzie to potraktowane ze zrozumieniem. Natomiast nie ma usprawiedliwienia dla lekarza, którego nie ma dyżurze, bo wyszedł, który jest zajęty czymś innym i nie chce po-

dejsz do chorego albo lekceważy pracę.

- Dyżury - stary problem.

- Dyżurów już nie ma. Jesteśmy po kolejnej turze negocjacji ze Związkami Zawodowymi Lekarzy i z DIL, próbujemy znaleźć jak najkorzystniejszą obójście sytuacji, w której się wszyscy znaleźliśmy. Wstępnie został przyjęty przez lekarzy system pracy tzw. brygadowej. Będzie on polegał na tym, że pewna pula pieniędzy będzie do dyspozycji kierownika kliniki - w wysokości podobnej do dzisiejszych kosztów utrzymania dyżurów lekarskich. On będzie tak planował godziny pracy lekarzy, żeby z tych środków opłacić całodobową opiekę. Sądzę, że to najwygodniejsza i najkorzystniejsza forma rozwiązania tego problemu.

Próbujemy odejść od pracy zmianowej, która z punktu widzenia ekonomicznego i prawnego jest dopuszczalna, ale z punktu widzenia procedury medycznej, chęci kontaktu z pacjentem, poddania pacjenta opiece jednego lekarza nie jest korzystna. To co chcemy wprowadzić jest kompromisem pomiędzy wygórowaną stawką, a chęcią zabezpieczenia właściwej opieki pacjentowi.

Jak wyjechać na praktykę zagraniczną?

Wyjazd na praktykę do zagranicznego szpitala jest marzeniem wielu studentów medycyny. Taki pobyt jest szansą poznania zasad funkcjonowania medycyny w innych krajach, poszerzenia swojej wiedzy oraz doskonalenia języka obcego. Jest również okazją spędzenia wspaniałych wakacji.

- Wyjechałam na miesięczną praktykę do Holandii - mówi uczestniczka praktyk zagranicznych Małgorzata Prożuch. - Jestem z pobytu w Nijmegen bardzo zadowolona. Choć szpital, w którym byłam nie należy do najnowszych, to polskie szpitale są za nim daleko w tyle.

- W tym roku byłem w wymianie w Kadyksie. Praktyki na chirurgii i gastroenterologii wiele mi dały. Mogłem podszkolić swój hiszpański - mówi Marek Rabski, student V roku wrocławskiej AM i jeden z oficerów wymiany wrocławskiego oddziału PolMSIC.

Co to jest PolMSIC?

Okazuje się, że wyjazd na zagraniczną praktykę studencką nie jest tak trudny, jak by się mogło wydawać. Organizowaniem ich zajmuje się PolMSIC, czyli Polish Medical International Committee.

Stowarzyszenie Studentów Medycyny PolMSIC zostało założone w 1962 r. i w tym samym roku zostało pełnoprawnym członkiem International Federation of Medical Students Associations (Międzynarodowa Federacja Stowarzyszeń Studentów Medycyny) z siedzibą w Amsterdamie (www.imsa.org). IFMSA jest jedy-

ną organizacją studentów medycyny uznawaną przez WHO, UNICEF, UNESCO dzięki czemu możliwa jest jej szeroka współpraca z ww. organizacjami. Członkami IFMSA są wszystkie kraje Europy poza Belgią i wiele państw z pozostałych kontynentów. W ramach IFMSA działa 7 komitetów zajmujących się różnymi problemami.

PolMSIC od początku swojej działalności brało udział w SCOPE, czyli Komitecie Wymiany Profesjonalnej, a od kilku lat uczestniczy również w SCOEE, czyli Komitecie Wymiany Naukowej.

- Próbowujemy rozszerzyć naszą działalność. Staramy się nakłonić naszych studentów do udziału w sympozjach naukowych i akcjach pomocy krajom ubogim. Próbowujemy wciągnąć do naszej działalności również studentów stomatologii - mówi Marek Rabski.

Stowarzyszenie PolMSIC działa przy każdej polskiej akademii medycznej. Na czele komitetu lokalnego stoją tzw. oficerowie wymiany. We Wrocławiu są nimi obecnie Dorota Ksiądyńska z VI roku wydziału lekarskiego oraz Marek Rabski, student V roku z tegoż wydziału. Władzą naczelną PolMSIC jest Komitet Narodowy wybierany przez Zgromadzenie Ogólne Stowarzyszenia.

Działalność w SCOPE

Podstawą działalności PolMSIC jest udział w Komitecie Wymiany Profesjonalnej. W ramach tego programu studenci mogą wyjechać na miesięczne praktyki zagraniczne.

Corocznie w sierpniu odbywa się Międzynarodowe Spotkanie IFMSA,

na którym poszczególne kraje podpisują ze sobą kontrakty na wymianę studentów w kolejnym roku akademickim. Z reguły są to umowy dwustronne. Obydwa kraje zobowiązują się do zapewnienia przyjeżdżającemu studentowi noclegów, wyżywienia, praktyki na oddziale oraz programu pobytu. Student opłaca jedynie przejazd do danego kraju.

Kwalifikacje na praktyki

W związku z tym, że co roku zgłasza się znacznie więcej chętnych, niż stowarzyszenie może zapewnić miejsc, Komitety Lokalne organizują kwalifikacje na praktyki. Zwykle wyjeżdżają na nie studenci po 4 roku studiów, choć zdarza się, że wybierani są również studenci młodszych lat. Termin zgłaszania kandydatów na praktyki upływa 1 stycznia. Kwalifikacja odbywa się na drodze konkursu, w którym liczy się: średnia ocen, egzamin z języka (angielski, niemiecki) oraz praca w kołach naukowych. Bardzo wysoko punktowane są prace naukowe, zwłaszcza wygłaszane na krajowych i międzynarodowych konferencjach.

Co robią studenci na praktyce SCOPE?

Studenci, którzy biorą udział w wymianie, mają prawo uczestniczyć we wszystkich pracach oddziału, włącznie z asystowaniem przy operacjach i innych zabiegach. Mają więc możliwość pogłębiania wiedzy z danego przedmiotu, wymiany doświadczeń z innymi studentami oraz lekarzami. Mają też okazję poznania innych poglądów i stosowanych metod

leczenia oraz diagnostyki w innych krajach. Często spotykają się z przypadkami, których w kraju nie poznaliby. Samodzielny wyjazd to często duże doświadczenie życiowe, a także sprawdzian umiejętności językowych. Biorąc udział w organizowanym przez miejscowych opiekunów programie socjalnym student poznaje kulturę, historię i atrakcje turystyczne państwa, w którym przebywa.

Działalność w SCOEE

Nieco inne cele przyswiecają programowi SCOEE. Program ten, popularnie zwany ELECTIVE, ma charakter naukowy. Stworzony został dla szczególnie uzdolnionych studentów, którzy rozpoczęli już pracę naukową na swoich uczelniach. - Wyjazd taki trwa od 4 do 6 tygodni. Praktyka organizowana jest na ściśle określony temat, związany z pracą badawczą danej placówki - mówi Małgorzata Prożuch.

Zakwalifikowany do programu SCOEE student ma do wyboru kilkanaście państw z całego świata oraz kilkadziesiąt różnych projektów naukowych. - W tym roku wysłaliśmy jednego studenta do Brazylii. Druga osoba pojechała do Meksyku - mówi Marek Rabski.

Na miejscu każdy student uczestniczący w programie, ma przydzielonego opiekuna naukowego, którym jest profesor albo kierownik kliniki lub oddziału. Student uczestniczy we wszystkich pracach naukowych prowadzonych przez daną placówkę pod kierownictwem swojego tutora.

Kwalifikacje na praktyki SCOPE i SCOEE na AM we Wrocławiu

W tym roku 19-21 listopada na Zgromadzeniu Ogólnym PolMSIC zostaną rozdzielone miejsca zagranicznych praktyk pomiędzy poszczególne akademie medyczne. Należy spodziewać się, że Wrocław otrzyma, podobnie jak w latach poprzednich, 15-20 miejsc.

- Postaramy się zorganizować spotkanie z zainteresowanymi studentami jeszcze przed Zjazdem Ogólnym. O jego dacie poinformujemy na naszej tablicy ogłoszeń przy wejściu do dziekanatu - mówi Marek Rabski. - Gdy będziemy znać miejsca tegorocznych praktyk, przeprowadzimy kwalifikacje. Przepuszczalnie będzie to w grudniu. Zakwalifikowani studenci wybiorą termin wyjazdu oraz po dwa miasta w danym kraju i 3 oddziały, na których mogliby odbywać praktykę. Decyzję o ostatecznym miejscu pobytu powinni otrzymać w kwietniu-czerwcu przyszłego roku - dodaje.

Na wrocławskiej Akademii Medycznej na jedno miejsce na praktyce wakacyjnej było od 2 do 4 kandydatów. Wrocławscy studenci najczęściej wyjeżdżają do Hiszpanii, Włoch, Austrii, Turcji, Czech, Słowacji i Chorwacji. Zdarzały się nawet praktyki w tak odległych i atrakcyjnych miejscach jak Tajwan. Nie ma natomiast wielkich szans na praktykę w Anglii, Francji lub Niemczech. - Te kraje rzadko zapraszają polskich studentów medycyny do siebie - ocenia Marek Rabski.

Marcin Murmyto

Jak połączyć przyjemne z pożytecznym - wakacje z nauką.

Londyn... Londyn...

**Joanna Gronek
Piotr Kieruzel
studenci V roku
Oddziału Stomatologii
AM we Wrocławiu**

W czerwcu 1999 r. ukończyliśmy czwarty rok studiów. Zawsze lubiliśmy podróżować, poznawać ciekawych ludzi, z którymi mogliśmy dzielić doświadczenia i zainteresowania. Wiedzieliśmy, że na studia zagraniczne trochę za późno, ale postanowiliśmy skorzystać ze „studentkiego wieku” i spóbować połączyć przyjemne z pożytecznym - wakacje z nauką.

Dość późno, bo dopiero wiosną, rozpoczęliśmy poszukiwania szkoły, którą moglibyśmy odwiedzić. Pomocne okazały się internet i poczta elektroniczna. O dobrej szkole zdecydowały względy językowe - biegła znajomość angielskiego otworzyła przed nami drzwi do Wielkiej Brytanii. Na kilkanaście wysłanych listów odpowiedziała pozytywnie tylko jedna szkoła - Królewski Instytut Stomatologiczny (King's College, GKT Dental School of London). Zaoferowano nam nieodpłatną wakacyjną wymianę studencką. Naszą wielką radość przyćmiły przysłowiowe „schody”. Przyszło nam wypełniać setki formularzy i dokumentów - zaświadczenia szczepień, opinie dziekana, arkusze ocen...

Przerwy na lunch były szansą wymiany doświadczeń pomiędzy nami a brytyjskimi studentami.

Przeszkodą nie do przebrnięcia okazało się odnalezienie zatopionych podczas powodzi kart szczepień. Wiele dni spędziliśmy w stacji epidemiologicznej wykonując badania serologiczne.

Warto było się starać. Już po miesiącu dziekan ds. zagranicznych, pan David Brown, przesłał nam proponowany plan praktyk, zachęcając jednocześnie do uło-

żenia własnego. Teraz przygotowania ruszyły pełną parą. Należało rozpocząć od samodzielnego przeszkolenia w zakresie specjalistycznego słownictwa stomatologicznego, obowiązującego w Wielkiej Brytanii. Bardzo szybko nadszedł 1 września - nasz pierwszy dzień w brytyjskim instytucie stomatologii. Już po kilku godzinach dano nam pełną swobodę działania: możliwość wyboru zajęć i zabiegów, nieograniczony dostęp do internetu i nowoczesnie wyposażonej biblioteki. Jako „elective students” mogliśmy obserwować i uczestniczyć w pracy każdego z departamentów. Kartami wstępu były nasze identyfikatory. Przydzielono nam także mentorów - byli nimi Ross i Debbie.

Nasz pobyt w GKT nie ograniczył się tylko do biernej obserwacji. Mieliśmy możliwość przeprowadzania niektórych zabiegów stomatologicznych (chirurgiczne zespalanie rozchwianych zębów, asystowanie przy operacyjnym usuwaniu torbieli...). Szczególną sympatią darzyliśmy lekarzy pracujących w Departamencie Nagłych Przypadków (Emergency Dental Procedures). Tam zawsze potrzebowano rąk do pracy. Wystarczyło tylko przystosować się do nowoczesnych metod pracy na 4 ręce. Przed przystąpieniem do zabiegu przeprowadzaliśmy

władające językami wschodniej Europy.

Przerwy na lunch były szansą wymiany doświadczeń pomiędzy

uczelniami kompletnie instrumentarium, o które dba i które sterylizuje w autoklawach departamentów. Studenci są zobligowa-

Już od kilku lat nie stosuje się tam częściowych protez osiadających.

Część odwiedzanych przez nas oddziałów nie ma swoich polskich odpowiedników, np. Joint Orthognathic (chirurgia i rehabilitacja stawu skroniowo-żuchwowego), Denatl Sedation Unit (farmakologiczne przygotowanie pacjentów nadpobudliwych do zabiegów stomatologicznych).

Niewątpliwą chlubą instytutu jest nowo utworzony Departament Stomatologii Holistycznej, gdzie studenci mają możliwość leczenia pacjentów całościowo, nie zaś pod kątem konkretnej specjalności. Tam też nabierają zręczności i tempa pracy. Wszędzie przestrzegane są skrupulatnie zasady antyseptyki (jednorazowe pokrywy foliowe na zagłówki foteli, uchwyty lamp i stolików).

Wizyta w Królewskim Instytucie Stomatologicznym była dla nas wielkim i niezapomnianym przeżyciem. Dzięki niej mogliśmy poznać tajniki nowoczesnego leczenia, którego głównym założeniem jest leczyć bez bólu.

Dużo zawdzięczamy dziekanowi ds. zagranicznych tamtejszej uczelni, panu Davidowi Brownowi, który ujął nas swą serdecznością i otwartością. Jest on autorem projektu wymiany wakacyjnej dla studentów 4 roku oddziałów stomatologicznych zagranicznych uczelni.

Osoby zainteresowane wymianą wakacyjną mogą kontaktować się z dr. Brownem za pomocą poczty elektronicznej: d.brown@kds.ac.uk

Autorzy są członkami Studenckiego Koła Naukowego przy Katedrze i Zakładzie Protetyki Stomatologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Opiekun SKN
dr Barbara Bruzi-ewicz-Mikłaszewska



Dr Dawid Brown przyjął w swoim gabinecie polskich stażystów Joannę Gronek i Piotra Kieruzela.

nami a brytyjskimi studentami. My nie mogliśmy wyjść z podziwu, jak łatwo i przyjemnie można studiować stomatologię (zaledwie 5 przedmiotów na semestr, 4 dni praktycznych zajęć, 1 dzień wykładowy); oni zaś byli pod wrażeniem rozległości wiedzy lekarskiej przekazywanej na polskich wydziałach stomatologii. W GKT Dental Institute nie wymaga się od studentów znajomości pediatrii, chorób wewnętrznych, laryngologii, dermatologii, czy statystyki. Podręcznik do farmakologii, histologii i patologii jest zaledwie jeden. Miejsce teorii zajmuje praktyka. Polscy studenci różnią się od swoich angielskich kolegów zawartością plecaków. My nosimy książki i zeszyty, oni zaś przyborniki z pełnym zestawem narzędzi dentystycznych. Każdy student otrzymuje od

ni do wykonywania wszystkich bolesnych zabiegów w znieczuleniu - począwszy od drobnych wypełnień ubytków, aż po zabiegi w sedacji farmakologicznej. Student IV roku bez wahania przeprowadza kiretaże kieszonek przyzębnych, ekstrakcje zębów, znieczula przewodowo przy pomocy karpul. Nie jest do tego niezbędny asystent stojący za plecami pacjenta.

Podczas zajęć z protetyki student przyjmujący pacjenta ma możliwość rezygnacji ze współpracy z technikiem i wykonania wszystkich etapów laboratoryjnych własnoręcznie. Jeżeli jednak ta praca sprawia mu trudności, ucieka się do jego pomocy. W Departamencie Protetyki rutynowo wykonuje się korony, mosty, wkłady koronowo-korzeniowe, czy protezy szkieletowe.

Młodzi na start

Albert Schweitzer World Academy of Medicine oraz Foundation of Psychosomatic and Social Medicine w Asconie (Szwajcaria) ogłasza międzynarodowy konkurs o nagrodę „Albert Schweitzer Warsaw - Ascona Prize 2000” dla studentów medycyny i młodych lekarzy.

Nagroda w wysokości 6.000 franków szwajcarskich przeznaczona jest dla studentów medycyny i lekarzy do 30 roku życia, za prace na temat Alberta Schweitzera. Praca o objętości do 15 stron maszy-

nopisu (30 wierszy na stronie i 60 znaków w wierszu) oceniana będzie przez międzynarodowe jury.

Praca ma być napisana na jeden z następujących tematów:

1. Znaczenie Alberta Schweitzera dla współczesnej praktyki lekarskiej.

2. Znaczenie działalności Alberta Schweitzera dla zachowania pokoju na świecie.

3. Temat dowolny.

Termin nadsyłania prac upływa 15 marca 2000 r. Trzy kopie pracy, zgoda na jej ewentualne opublikowanie

wraz z krótką notatką o sobie powinny być napisane w języku polskim, angielskim lub niemieckim. Nagrody zostaną rozdane 12 maja na wielkiej uroczystości w Zamku Królewskim w Warszawie podczas trwania międzynarodowego sympozjum.

Bliższe informacje można uzyskać w siedzibie Akademii, telefon (022) 610-56-93 lub 610-20-56.

Adres: Prof. Kazimierz Imieliński President Albert Schweitzer World Academy of Medicine, ul. Fieldorfa 40 04-158 Warszawa

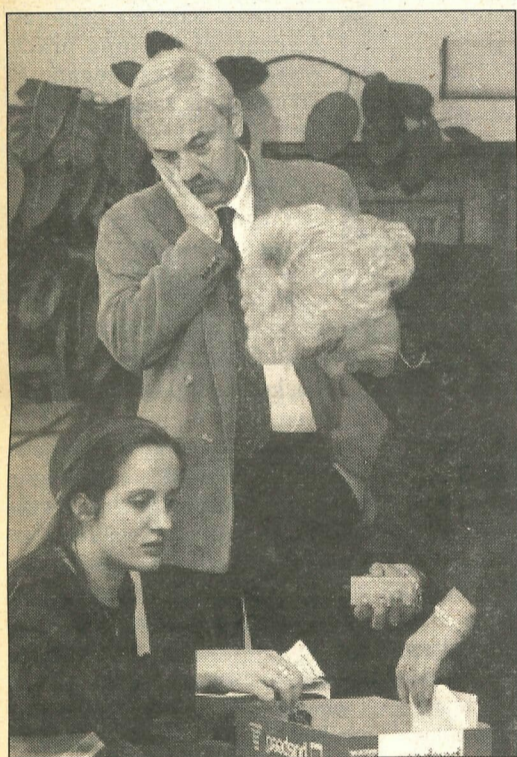
SPROSTOWANIE

Do tekstu o studenckich kołach naukowych wkradł się błąd. Oczywiście opiekunami studenckiego koła nefrologii są obecnie dr Maria Magott-Procelewska i dr Jerzy Uzar, a nie jak błędnie podaliśmy prof. dr hab. Andrzej Steciwko. Koło to prężnie działa przy Katedrze i Klinice Nefrologii przy ul. Traugutta 57/59, tel. 343-27-17 lub 370-02-56.

Na swoje usprawiedliwienie chcemy podać, że błędna informację przeczytaliśmy na tablicy Studenckich Kół Naukowych przy wejściu do Dziekanatu AM. Winny jest pewnie remont dziekanatu. Po jego zakończeniu sprawdziliśmy, że informacja wisząca na tablicy STN-u jest wreszcie aktualna.

Przepraszamy

Ani odległości, ani granice nie były przeszkodą



W dniach 22-24 października 1999 r. w pięknej i gościnnej Polanicy Zdroju odbył się Zjazd Koleżeński Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu A.D. 1979.

Było to pierwsze po 20 latach spotkanie, na które przybyło 200-osobowe grono koleżanek i kolegów. Dla tych, którzy przyjechali, nie istniały ani odległości, ani granice. Każdy z nas uświadamiał sobie potrzebę tego ostatniego kontaktu w tym stuleciu.

Tak się złożyło, iż po ukończeniu studiów w 1979 r. rozpoczęły się w naszym kraju wielkie zmiany. Były one, jak się okazało, głównym powo-

dem emigrowania bardzo wielu naszych koleżanek i kolegów poza granice kraju.

Zjazd w Polanicy stał się miejscem pierwszego po 20 latach spotkania „emigrantów” z „krajowymi”.

Zdarzało się, iż koledzy oddaleni od siebie o kilkadziesiąt kilometrów w Stanach Zjednoczonych czy Niemczech dowiadawali się o tym dopiero w Polanicy.

W czasie zjazdu w znakomitej atmosferze bawiono się, oddawano wspomnieniom, ale również cieszący się sukcesów, które są - jak się okazało - „normalką” rocznika 1979. W kularach wymieniano doświadczenia i opinie na tematy nurtujące służbę zdrowia w kraju. Wysłuchaliśmy wielu ciekawych zdań o organizacji i funkcjonowaniu służby zdrowia w krajach reprezentowanych przez naszych „emigrantów”.

Tak wzbogaceni duchowo z łezką w oku rozstawaliśmy się 24 października 1999 z nadzieją na spotkanie za 5 lat.

Jerzy Uzar

Dolnoślązacy w Zarządzie Głównym PTL

W dniach 10-12 września 1999 r. odbył się w Toruniu Krajowy Zjazd Delegatów Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. Zjazd wybrał nowe władze Towarzystwa na lata 1999-2003 r.

Prezesem Zarządu Głównego pozostał na kolejną kadencję prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski. Do Zarządu Głównego delegaci wybrali przedstawicieli naszego regionu:

prof. dr hab. Tomasza Szepietowskiego

dr. n. med. Jerzego Uzara reprezentujących Wrocław

lek. med. Mariana Kołodzieja z Lubina

oraz dr. n. med. Małgorzatę Stec z Legnicy - gratulujemy. Krajowemu Zjazdowi Delegatów PTL towarzyszył XXV Ogólnopolski Zjazd Naukowy PTL poświęcony zapobieganiu i leczeniu schorzeń wieku starczego, w czasie którego wybitni polscy specjaliści przedstawiali różnorodną problematykę: od osteoporozy, nadciśnienia, cukrzycy aż po wydłużanie życia przy pomocy właściwego żywienia, czy sztuki leczenia ludzi starych i nieuleczalnie chorych.

Jerzy Uzar

Lekarze na korcie

Od 2 do 5 września br. na kortach Stadionu Olimpijskiego przy ul. Paderewskiego we Wrocławiu odbyły się Otwarte Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie Ziemnym pod patronatem JM Rektora AM we Wrocławiu prof. dr. hab. Jerzego Czernika. Organizatorami tej imprezy były: Zakład Wychowania Fizycznego Akademii Medycznej oraz Komisja Sportu Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

Pierwszego dnia zawodów już od wczesnych godzin porannych czuło się narastające napięcie wśród uczestników. Jak się później okazało przyczyną nie była fatalna pogoda, lecz losowanie par i ustalenie kolejności rozstawienia zawodników. Koleżanki i koledzy, licznie przybyli z całej Polski, udział w tej imprezie traktowali bardzo prestiżowo.

Uroczystego otwarcia zawodów, które miało miejsce na korcie centralnym - pomiędzy kolejnymi epizodami ulewnego deszczu - dokonał pan prof. Jerzy Czernik. Przywitał zawodników, życzył wszystkim zwycięstwa, udanego pobytu w naszym mieście,

a przede wszystkim pogody, co przywitano burzą oklasków. Na uroczystości przybyli m.in. przedstawiciele DIL: pp. dr Andrzej Wojnar i dr Andrzej Szmid.

Aura okazała się dla nas łaskawa. Już wieczorem mogliśmy rozegrać pierwsze mecze, a przez kolejne dni zmaganiom zawodników towarzyszyło słońce. I myliłby się ten, kto by pomyślał, że upalna wręcz pogoda i wspaniałe otoczenie kortów stworzyły nastrój sielanki. Wszystkim meczom towarzyszyła ogromna wola walki i chęć zwycięstwa. Nikt nie chciał łatwo „oddać skóry”. A meczów rozegraliśmy sporo. Zgodnie z regulaminem Polskiego Stowarzyszenia Tennisowego Lekarzy mężczyźni podzieleni zostali na 5 a kobiety na 2 grupy wiekowe. Dodatkowo rozegraliśmy mecze w grze deblowej mężczyzn i kobiet, w grze mieszanej oraz turniej dla naszych milusińskich (bez podziału na płeć). Zażarte pojedynki toczyły się na ośmiu kortach przez trzy kolejne dni, od rana do wieczora.

Zwycięzcami w poszczególnych kategoriach zostali: pp. Joanna Jaroch, Jolanta Kloc, Maciej Koczorowski, Grzegorz Przybylski, Ryszard Koczorowski, Andrzej Pozowski i Józef Herman. Warty podkreślenia wydaje się fakt, że niektórzy z zawodników mają już na swoim koncie duże sukcesy krajowe i zagraniczne (pani Jolanta Kloc to ubiegłoroczna wicemistrzyni świata).

Uroczystego wręczenia zwycięzcom pucharów, dyplomów oraz nagród dokonał w niedzielę pan prof. Jerzy Czernik. Gratulując wszystkim zawodnikom wspaniałej postawy zachęcał do dalszej gry i wyraził nadzieję, że podobne spotkanie będzie miało miejsce w przyszłym roku.

Organizatorzy i uczestnicy pragną podziękować wszystkim sponsorom oraz fundatorom nagród. Dziękujemy również za obsługę medialną lokalnej prasy i telewizji.

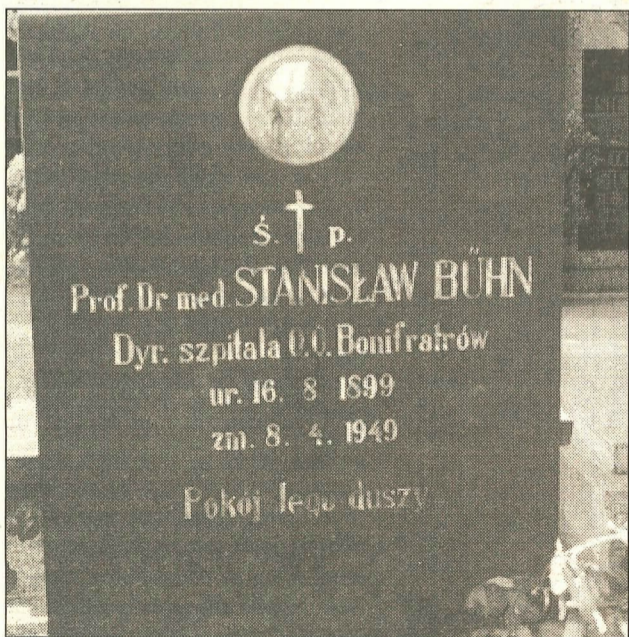
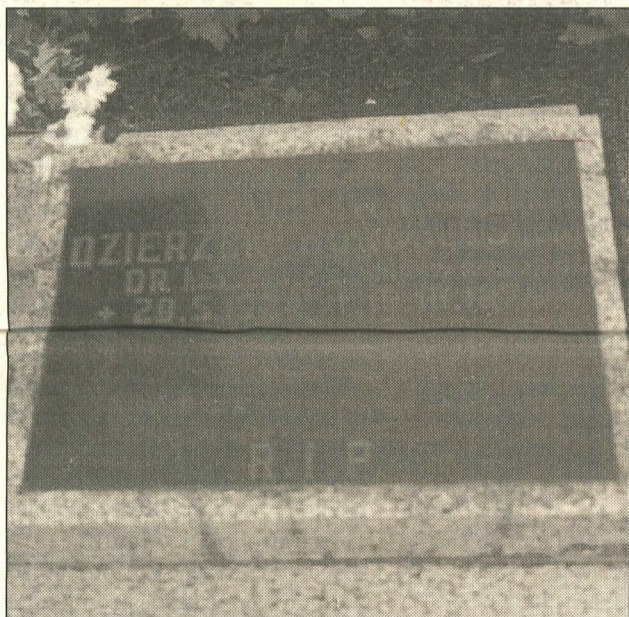
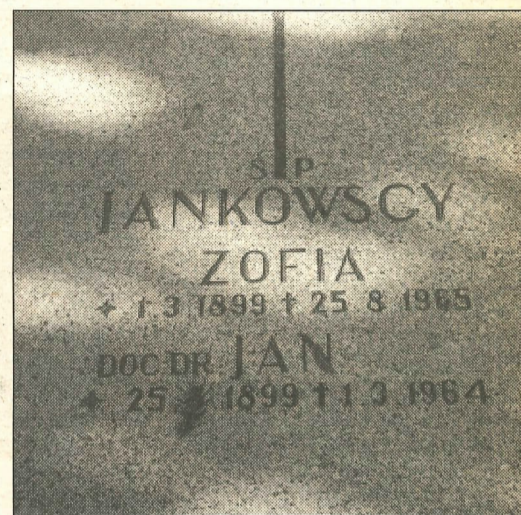
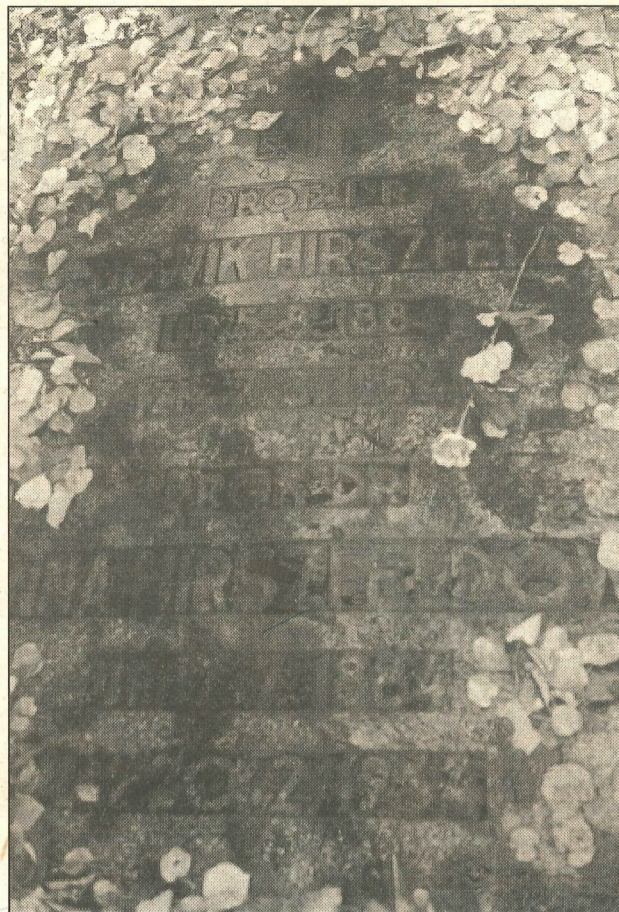
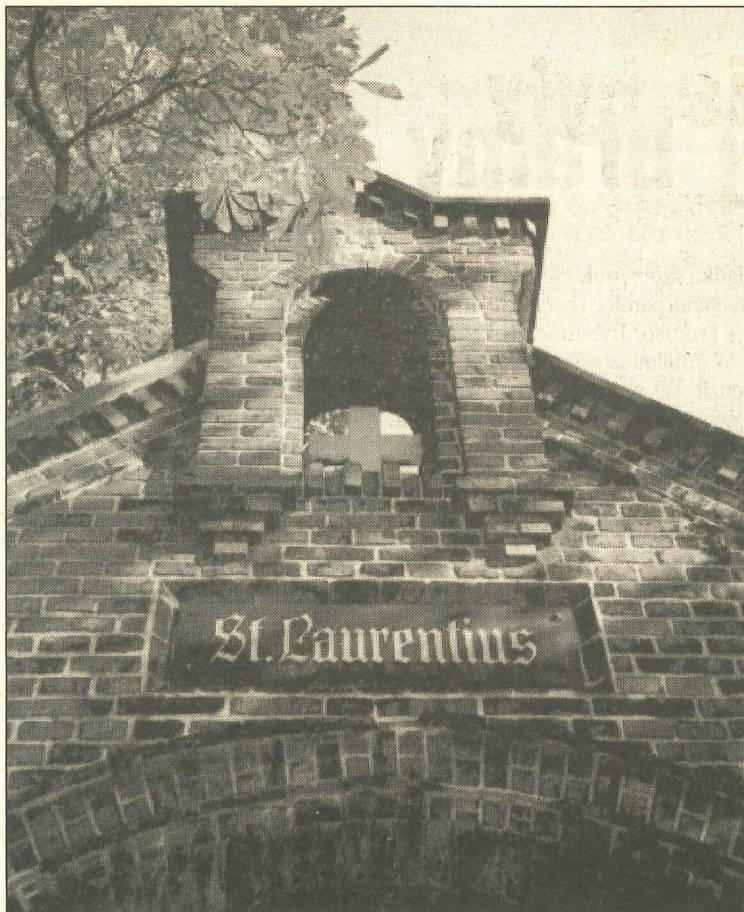
Z żalem musimy jednak podkreślić fakt bardzo niskiego odzewu, poza nielicznymi wyjątkami, ze stro-

ny firm farmaceutycznych na zaofiarowaną przez nas możliwość współpracy. Taka bierna postawa zdziwiła zarówno organizatorów, jak i obserwatorów imprezy. Przecież my nie tylko pracujemy w przychodniach i szpitalach, nie tylko bierzemy udział w zjazdach i konferencjach. Czasem także odpoczywamy, a jedną z form wypoczynku jest rekreacja.

Pragniemy poinformować kolegów, że w sierpniu br. zostało zarejestrowane Polskie Stowarzyszenie Tennisowe Lekarzy (PSTL) z siedzibą w Olsztynie, tel. (089) 527-74-32. Przewodniczącym został p. Zbigniew Frenszkowski. Więcej informacji przekażą panowie Kadet Stemplewski, tel. 342-23-27 lub Rafał Chrzan r_chrzanmp.pl

Rafał Chrzan





28 października Prezydium Rady DIL odwiedziło cmentarz św. Wawrzyńca przy ul. Odonu Bujwida we Wrocławiu, by złożyć kwiaty i zapalić znicze na grobach doktorów i profesorów medycyny, którzy przyjechali do Wrocławia po wojnie najczęściej ze Lwowa i dzięki nim powstała lwowsko-wrocławska szkoła medycyny. Członkowie Prezydium odwiedzili groby:



Profesorstwa Hanny i Ludwika Hirszfaldów. Profesor był m.in. współtwórcą nauki o grupach krwi, z jego inicjatywy powstał jeden z pierwszych w świecie Ośrodek Badań Patologii Ciąży, zainicjował badania nad czynnikiem Rh, był także odkrywcą pałeczki duru rzekomego C. Jego bogate życie naukowe zaowocowało 394 pracami naukowymi, z czego 130 opublikował we Wrocławiu. Założył, rozbudował i kierował Instytutem Immunologii i Terapii Doświadczalnej PAN. Był wychowawcą wielu pokoleń medyków i niezastąpionym wykładowcą. Napisał wspaniałą książkę literacką: „Historia jednego życia”. Jego popiersie stało się we wrocławskim Ratuszu. Profesor Hanna Hirszfaldowa tworzyła po wojnie Wydział Lekarski Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu.



Profesorstwa Janiny i Kazimierza Czyżewskich, którzy oboje zaczęli swą pracę lekarzy w Szpitalu Powszechnym we Lwowie, kontynuowali ją w Drohobyczu, potem ich drogi naukowe się rozeszły, profesor zajął się chirurgią i z tej dziedziny napisał 24 prace naukowe, a jego żonę - profesor, zainteresowały choroby zakaźne, szczególnie gruźlica, a już

we Wrocławiu zajęła się chorobami zakaźnymi w pediatrii, z tej dziedziny napisała kilka znaczących prac naukowych.



Profesor Marii Jadwigi Wierzbowskiej, która skończyła studia medyczne we Lwowie, potem pracowała w Warszawie, by w 1946 roku przyjechać już na stałe do Wrocławia. Zajmowała się chorobami społecznymi, a szczególnie gruźlicą u dzieci. Kierowała II Katedrą i Kliniką Pediatryczną Wydziału Lekarskiego we Wrocławiu.



Dr hab. Wandy Dzierżek-Borodejowej, która urodziła się i studiowała we Lwowie, w kręgu jej zainteresowań naukowych była patologia i krwiodawstwo, z tych dziedzin napisała prace naukowe.

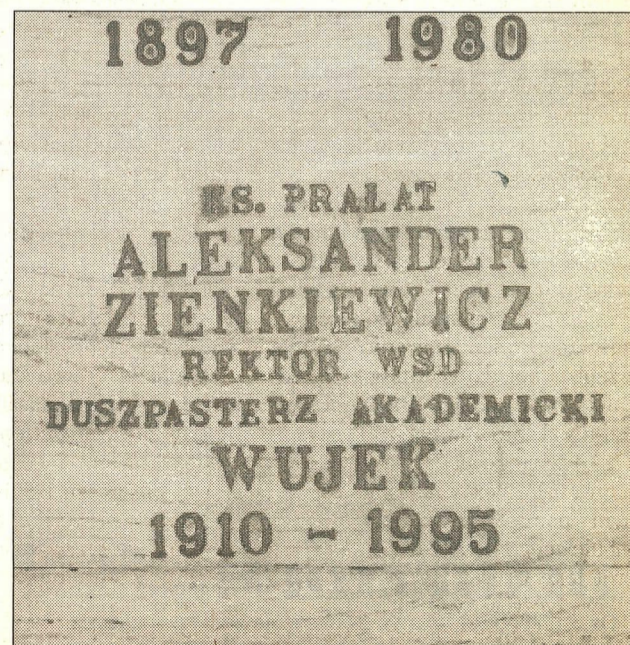


Prezydium odwiedziło też groby: prof. Stanisława Bühna - dyrektora szpitala oo. Bonifratrów, doc. Stanisława Gruszki, doc. Jana Jankowskiego, prof. Józefa Kaniaka, dra Karola Kaweckiego, doc. Kazimierza Mędrasia, prof. Zdzisława Skibińskiego - dyrektora Kliniki Fizjologicznej Uniwersytetu Wrocławskiego do 1947 roku, dra Stanisława Sielickiego, dra Czesława Słomskiego, księdza prałata Aleksandra Zienkiewicza zwanego Wujkiem, duszpasterza akademickiego.

Przed dniem Wszystkich Świętych nagrobki profesorów i lekarzy zostały uporządkowane i oczyszczone przez pracownicę DIL.

EP

Zdjęcia Włodzimierz Bednorz



Rzymskie impresje

Warto zapukać do wielkiej bramy

Nic nie zatrzyma czasu. Wkraczamy w trzecie tysiąclecie. Nawet najbardziej pesymistyczni wróżbici umilkli ustępując miejsca ogólnemu entuzjazmowi. Biura podróży chwyciły wiatr w żagle i sprzedają rekordowe ilości wycieczek do jakiegokolwiek miejsca na świecie, jakby było ono lepsze do powitania roku 2000. niż nasze własne, domowe.

Wszystko to, ta tzw. nasza era, zaczęło się 2000 lat temu w Betlejem. Poprzez Jerozolimę przeniosło się do Salonik i Rzymu, aby iść dalej w świat. Tak doszło do nas współczesnych, minie nas i pójdzie dalej w przyszłość.

Celebrowanie zawsze było mile widziane, lubiano celebry, niekiedy nawet kochano ją. Świat szykuje się do obchodów przełomu tysiąclecia. Rzym przygotowuje się do tego wydarzenia szczególnie starannie, ma przecież ku temu powody, a i tradycja w tym zakresie jest tam szczególnie bogata. Starożytni Rzymianie umieli nie tylko wojować i zarządzać, ale także czcić i fetować - luki tryumfalne stoją nadal i świadczą.

Znów wszystkie drogi prowadzą do Rzymu. W przyszłym, jubileuszowym, 2000 roku Rzym spodziewa się 30 milionów odwiedzających, około 2,5 miliona przyjezdnych na miesiąc!

Już teraz przygotowuje się chodniki i jezdnie dla tego tłumu. Czyści się bazyliki, pałace, kolumny. Rzym jaśnieje. Na Forum Romanum restauruje się ruiny świątyni i odkopuje coraz to nowe obszary uważając, że im więcej się odkopie tym więcej będzie do pokazania. Ostatnio odkopano łazienkę jakiegoś starożytnego jegomościa wyłożoną białymi kafelkami w granatowe wzory - zupełnie podobne do współczesnych! Wannę zdążył ktoś wymontować parę wieków wcześniej.

Przez te starożytności przechodzi ulica via Imperiale. Wybudował ją Mussolini mający wielkie upodobanie do antyku i w ten symboliczny sposób połączył współczesność, to jest swoją siedzibę przy placu We-

ca na nich jest zapewniona nie tylko z uwagi na program naukowy, ale przede wszystkim na ich lokalizację. Ja wybrałam dermatologię dziecięcą, organizatorem kongresu była Klinika Dermatologiczna Katolickiego Uniwersytetu Najświętszego Ser-



ca w Rzymie. Kongres interesował mnie i innych uczestników raczej w niewielkim stopniu i stanowił tylko oficjalny powód służbowego wyjazdu do Wiecznego Miasta.

Być w Rzymie i nie widzieć papieża! Okazało się, że papież do 27 września przebywał w Castel Gandolfo i tylko w środy przylatywał helikopterem na przedpołudniowe audyencje generalne, gdzie oczekiwało nań 30-50 tysięcy zgromadzonych na placu Świętego Piotra. Prywatnie przyjmował tylko niektórych biskupów odwiedzających służbowo Watykan i inne wybrane ważne osobistości lub głowy koronowane. Moja głowa nadal bez korony, także bez infuły.

Castel Gandolfo jest oddalone około 25 km od Rzymu i leży na szczycie grzbietu górskiego, otaczającego wulkaniczne jezioro Albano. Miejscowość jest maleńka - średnio-

Tam nie ma zwyczaju, by obcy pukali do wielkiej bramy. Wyszedł zdziwiony gwardzista szwajcarski.

- Za pięć minut papież zaczyna Anioł Pański.

Wróciłam za godzinę. Papież jadł lunch w towarzystwie - niedostępny



dla obcych. Napiisałam swoje nazwisko, skąd przybywam zaznaczając: bez niedźwiedzia polarnego. Kartkę zabrano. Za kilka minut przyniesiono inną kartkę z nazwiskiem i adresem. Podziękowałam i oddałam ją.

Czy szary, aczkolwiek rudowłosy człowiek może być dostrzeżony, wyróżniony, wybrany, zaproszony, przyjęty przez Najwyższego Człowieka jubileuszowego roku? Tak, najważniejszego. Cóż innego jak narodzenie Jezusa Chrystusa i 2000 lat chrześcijaństwa będziemy świętować w tym 2000. roku? Nic innego, tylko to właśnie. Papież jako ten widomy znak będzie centralną postacią Jubileuszu. Czy szary człowiek może tego oczekiwać, mieć nadzieję?

W poniedziałek, 13 września, odbierając wieczorem klucz do pokoju w hotelowej recepcji otrzymałam kartkę z wiadomością przekazaną wcześniej telefonicznie: signora Gąsior. Wtorek, godz. 7.00 Msza św. w Castel Gandolfo. Potwierdzić.

Obejrzałam kartkę z obu stron, uszczypnęłam się dyskretnie w udo. Kartka i wiadomość na niej nie zniknęły. Nie było wątpliwości. Należało potwierdzić (ale gdzie, nie znam numeru telefonu), ustalić odjazd pociągu (godz. 5.50), przygotować się zewnętrznie, nie zaspać, nie dać się potrącić przez pędzące ulicami samochody i motocykle, dojechać, dojść na szczyt i stanąć przed wielką bramą tuż przed 7.00.

Ojca Świętego wszyscy znamy, kochamy, podziwiamy, respektujemy. Jest nasz, z Polski, ale nie tylko polski, jest światowy. Jako dermatolog zapamiętam Jego jasno opaloną,

gładką skórę, miłe ciepłe ręce, tę niesłychaną pamięć i poczucie humoru.

- Tromso? Byłem w Tromso.

W Jubileuszowym Roku 2000 odbędą się w Rzymie wiele kongresów, światowych dni itp. 4-8 września 2000 zapowiedziano Światowy Kongres Uniwersyteckich Profesorów. Obrady odbywać się będą w sekcjach w różnych miastach Italii. Temat kongresu: „The University for a New Humanism”.

Stolica Apostolska z uwagą śledzi postępy medycyny, wśród nich badania prenatalne i związane z tym możliwości wczesnej diagnostyki chorób i ewentualnego wczesnego ich leczenia, ale także niebezpieczeństwo poronień przy amniocentezie. Nierzadko rozwój nauki niesie za sobą kontrowersje natury moralno-etycznej. Ludzie nie chcą biernie akceptować kalectwa, bezdzietności, chorób, cierpienia, starości i tak jak Faust wszystkimi sposobami poszukują szczęścia i nieśmiertelności.

Pan Bóg rozgniewany postępowaniem ludzi postanowił zlikwidować świat, ale w swojej łasce zdecydował obwieścić swoją decyzję, aby ludzie zdążyli się przygotować do tego wydarzenia. Wezwał na posiedzenie w niebie Jelcyna, Clintona i Billa Gatesa.

- Za trzy miesiące będzie koniec świata, poinformujcie o tym ludzi.

Jelcyn wrócił do Rosji, natychmiast zebrał Dumę i oznajmił:

- Mam dla was towarzysze dwie wiadomości. Niestety, obydwie są złe. Pierwsza: wbrew naszym wcześniejszym twierdzeniom Bóg istnieje - właśnie wracam z posiedzenia w niebie. Druga wiadomość: za trzy miesiące będzie koniec świata.

Bill Clinton przybył do Waszyngtonu, zwołał nadzwyczajne posiedzenie Senatu i obwieścił:

- Mam dla was, gentlemens, dwie ważne wiadomości, jedna dobra, druga zła. Ta pierwsza dobra: Bóg naprawdę istnieje i ma w opiece Amerykę; właśnie wczoraj wróciłem ze spotkania z Nim. Ta druga wiadomość jest, niestety, zła; za trzy miesiące będziemy mieć koniec świata. Należy to podać do oficjalnej wiadomości narodowi.

Bill Gates wrócił do swego biura, natychmiast zebrał pracowników i oznajmił:

- Panowie, mam dla was dwie wspaniałe wiadomości. Pierwsza: Bóg naprawdę istnieje. Rozmawiał ze mną wczoraj. Druga wspaniała wiadomość, którą uzyskałem na wczorajszym posiedzeniu w niebie: za trzy miesiące będziemy mieć koniec świata! Panowie, bierzemy się do roboty, robimy nowy program. Mamy na to trzy miesiące czasu.

*Z serdecznym pozdrowieniem dla Czytelników i Redakcji
Barbara Gąsior-Chrzan
(Tromso)*

Na początku października spalił mi się samochód. Do tej pory sądziłem, że takie rzeczy zdarzają się tylko w filmach. Była to posowiecka jedenastoletnia łada, ale dotychczas się nie psuła.

W niedzielę, około południa, wybrałem się wraz z żoną i córkami na grzyby w okolice Sułowa. Dojeżdżaliśmy już do miejsca, w którym chcieliśmy się zatrzymać, gdy córka wypatrzyła przez okno dużą kanię. Zatrzymałem samochód na skraju lasu i córka pobięła po nią. Po dwóch, może trzech minutach wsiedliśmy do naszej łady. Przekreśliłem kluczyczek w stacyjce, silnik nie odpalił, przekreśliłem ponownie, bez efektu. Wtedy żona zauważyła dym wydobywający się spod maski i zawołała: - Wsiadajcie szybko, auto się pali.

Rzeczywiście spod maski wydobywał się słup dymu. Chwyciłem za gaśnicę, lecz tylko syknęła. Po 30 sekundach na ruchliwej dro-

Ogniste wydarzenie

dze zatrzymał się samochód, kierowca podbiegł z gaśnicą i chciał otwierać maskę. Odradziłem mu obawiając się, że płomień nas poparzy. Zawartość gaśnicy wlałszy pod uchyloną pokrywę. Jeżyki ognia wychodziły już z prawego koła. Dwaj następnymi kierowcy zatrzymali się i również użyli swych gaśnic, bez skutku. Postanowiłem uratować zawartość bagażnika. Żona, na szczęście, była rozsądniejsza i oddała się z dziećmi na bezpieczną odległość. Z domów po drugiej stronie ulicy ktoś zawiadomił straż pożarną. Ogień spod maski przeniósł się do kabiny, a pozostawiony na biegu samochód, sam ruszył w głąb lasu. Na szczęście zatrzymał się na pierwszym drzewie, ale od łady mogły zająć się las i domy. Jeden z kierowców wrzucił luz i holując za bagażnik przy mojej pomocy wyciągnął nieszczęśliwe auto w bezpieczne miejsce. Spłonęło tylko jedno drzewko na poboczu drogi.

Nadjechała straż pożarna. Strażacy błyskawicznie przystąpili do akcji i zalali cały pojazd pianą. Ogień został stłumiony po kilku minutach, schłodzono wodą to co po nim pozostało. A pozostało niewiele. Ocalał jedynie blok silnika. Policja wezwana na miejsce, zamiast dowodu rejestracyjnego wydała mi zaświadczenie, że pojazd uległ całkowitemu spalaniu.

Do pracy jeżdżę tramwajem lub na rowerze, ale nie ma czym wybrać się na wycieczkę.

Wojciech Firkowski

Ludzie nie chcą biernie akceptować kalectwa, bezdzietności, chorób, cierpienia, starości i tak jak Faust wszystkimi sposobami poszukują szczęścia i nieśmiertelności.

neckim, ze starożytnym Rzymem cesarów, z Colosseum. Zaraz też poczuł się jak cesarz, ale niestety, dobrał sobie niewłaściwego kumpla z wąsikami. Obecny zarząd miasta zdecydował zlikwidować tę ulicę i rozszerzyć strefę wykopalisk.

Przełom tysiąclecia wykorzystują także organizatorzy wszelakich kongresów i sympozjów, które odbywają się non stop równolegle. Frekwen-

wieczny zamek-pałac, prostokątny placzyk przed nim. Przy pałacu budynek policji, po przeciwnej stronie poczta. Trzy równoległe uliczki, kościół, sklepik z pamiątkami, parę restauracji. Wszyscy tam żyją z papieża i turystyki z papieżem związanej. Cicho, ciepło i spokojnie.

W piątek, 11 września, tuż przed południem, zapukałam do wielkiej bramy letniej rezydencji papieża.

Gliclazide
DIABEZIDUM tabl.
Działa hipoglikemicznie. Normalizuje procesy metaboliczne

Vratizolin® zawieszina do oczu
Działa przeciwwirusowo i przeciwzapalnie

Denatvir
Vratizolin krem
Przeciwwirusowy i przeciwbakteryjny (w opryszcze, półpaścu)



**Radca prawny DIL
mec. Beata Kozyra-Lukasiak**

I. Z dniem 9 października 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 września 1999 r. w sprawie określenia koniecznych elementów umów o udostępnienie szpitala klinicznego albo oddziału klinicznego na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 79, poz. 901.

Umowa o udostępnienie szpitala klinicznego lub oddziału klinicznego powinna zawierać oznaczenie stron, czas trwania umowy, kwotę należną szpitalowi z tytułu realizacji umowy, sposób jej przekazywania oraz zasady rozliczeń, zasady i tryb rozpatrywania sporów, wykaz ruchomości i nieruchomości udostępnionych w celu realizacji umowy, sposób ich udostępniania, zasady i warunki ich wykorzystania, określenie potrzeb w zakresie liczby, kwalifikacji zawodowych i wymiaru czasu pracy nauczycieli akademickich mających wykonywać w udostępnionym szpitalu klinicznym lub oddziale zadania dydaktyczne i badawcze w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, okoliczności renowacji warunków umowy, zasady odpowiedzialności cywilnej podmiotu, któremu udostępniany jest szpital kliniczny lub oddział, za szkody wyrządzone przez studentów lub nauczycieli akademickich oraz zasady postępowania w przypadku naruszenia przez nauczyciela akademickiego lub studenta porządku ustalonego w szpitalu klinicznym lub oddziale.

Umowa powinna ponadto zawierać elementy dotyczące warunków odbywania i organizacji zajęć dydaktycznych oraz zasad ustalania ich ilości, a także określać zasady organizacji i finansowania badań i udzielania o nich informacji.

II. Z dniem 29 października 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 16 września 1999 r. w sprawie zasad i trybu postępowania konkursowego przy wyłanianiu kandydata na stanowisko wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, opu-

blikowane w Dzienniku Ustaw nr 82, poz. 926.

III. Z dniem 29 października 1999 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1999 r. w sprawie zasad wykonywania zadań przez inspektorów sanitarnych w odniesieniu do zakładów karnych, aresztów śledczych oraz schronisk dla nieletnich i zakładów poprawczych podległych Ministrowi Sprawiedliwości, opublikowane w Dzienniku Ustaw nr 82, poz. 927.

Prawo wstępu na teren zakładów karnych, aresztów śledczych, schronisk dla nieletnich i zakładów poprawczych w związku z wykonywaną kontrolą mają - po przedstawieniu dokumentów potwierdzających to prawo oraz imiennej przepustki - powiatowi inspektorzy sanitarni, właściwi ze względu na położenie danego zakładu oraz pracownicy właściwych terenowo powiatowych stacji sanitarno-epidemiologicznych, upoważnieni przez inspektora powiatowego do wykonywania określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji, w tym wydawania zaleceń pokontrolnych.

Imienne przepustki wydawane są na jeden rok przez dyrektorów okręgowych Służby Więziennej dla zakładów karnych i prezesów sądów okręgowych dla zakładów dla nieletnich.

Wojewódzcy inspektorzy sanitarni uzgadniają z dyrektorami okręgowymi Służby Więziennej i prezesami sądów wojewódzkich godziny, w których mogą być przeprowadzane czynności kontrolne w zakładach karnych, aresztach śledczych i zakładach dla nieletnich oraz tryb przeprowadzania czynności kontrolnych poza ustalonymi godzinami, w okolicznościach wymagających bezwzględnego podjęcia czynności kontrolnych.

Czynności kontrolne w wymienionych zakładach mogą być przeprowadzane wyłącznie w obecności funkcjonariusza lub pracownika wyznaczonego przez dyrektora zakładu. **Na podstawie porozumienia zawartego między właściwym powiatowym inspektorem sanitarnym i dyrektorem zakładu w czynnościach kontrolnych przeprowadzanych w zakładach karnych, aresztach śledczych i zakładach dla nieletnich może uczestniczyć przedstawiciel służby zdrowia danego zakładu.**

Z przeprowadzonych czynności kontrolnych sporządza się protokół podpisany przez inspektora sanitarnego i przedstawiciela zakładu.

Osoby przeprowadzające czynności kontrolne obowiązane są zapoznać się z regulaminami obowiązującymi w wymienionych zakładach.

Wojewódzcy inspektorzy sanitarni, po porozumieniu z dyrektorami okręgowymi Służby Więziennej i prezesami sądów okręgowych, mogą ustalić tryb przekazywania odpisów decyzji, do różnych wniosków i zaleceń wy-

danych w toku sprawowania bieżącego nadzoru sanitarnego nad danym zakładem, do okręgowych dyrektorów Służby Więziennej i sądów okręgowych.

IV. Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 12 marca 1997 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania komisji lekarskich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej do orzekania o potrzebie powstrzymania się od pracy nauczyciela w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia oraz trybu postępowania przed komisjami (Monitor Polski nr 17, poz. 161), orzeczenie o potrzebie powstrzymania się nauczyciela od pracy w celu przeprowadzenia zaleconego leczenia wydaje komisja lekarska, działająca w specjalistycznym zakładzie opieki zdrowotnej właściwym ze względu na miejsce zamieszkania nauczyciela.

Komisję powołuje i wyznacza jej skład kierownik publicznego zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa wyżej.

W skład komisji wchodzi przewodniczący i 2 członków, posiadających co najmniej pierwszy stopień specjalizacji odpowiednio w dziedzinie chorób wewnętrznych, laryngologii i neurologii.

Skierowanie na badanie przez komisję wydaje lekarz leczący nauczyciela.

Komisja podejmuje działania mające na celu wydanie orzeczenia po otrzymaniu od nauczyciela skierowania i zaświadczenia dyrektora szkoły, w której nauczyciel jest zatrudniony, potwierdzającego prawo do ubiegania się o urlop dla poratowania zdrowia. Komisja orzeka na podstawie

- przeprowadzonego badania lekarskiego,

- przekazanej komisji przez lekarza leczącego nauczyciela dokumentacji medycznej, zawierającej opinię na temat potrzeby zdrowotnej ubiegania się nauczyciela o urlop dla poratowania zdrowia oraz opis zaleconego leczenia,

- wyników dodatkowych konsultacji specjalistycznych i badań pomocniczych, na które skieruje nauczyciela komisja, przeprowadzonych w specjalistycznym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej, w którym powołano komisję.

Wyniki konsultacji wpisywane są przez lekarzy ich udzielających do przekazanej przez komisję dokumentacji medycznej nauczyciela.

Orzeczenie komisji wpisywane jest do dokumentacji medycznej nauczyciela i wydawane w formie zaświadczenia.

Nauczyciel, który nie godzi się z treścią zaświadczenia wydanego przez komisję, może wystąpić w ciągu 14 dni od dnia jego otrzymania o przeprowadzenie ponownego badania do wojewódzkiej komisji lekarskiej, powołanej przez wojewodę w wyznaczonym specjalistycznym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej.

Orzeczenie wojewódzkiej komisji jest ostateczne.

Przepisy zarządzenia stosuje się odpowiednio do komisji powołanych w zakładach opieki zdrowotnej, tworzonych i utrzymywanych przez Ministra Obrony Narodowej.

V. Na podstawie przepisów ustawy z dnia 14 grudnia 1994 r. o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu (Dz.U. nr 25 z 1997 r. z późniejszymi zmianami), zasiłek przedemerytalny przysługuje osobie spełniającej określone w ustawie warunki do uzyskania statusu bezrobotnego (tj. osoby nie zatrudnionej, nie wykonującej innej pracy zarobkowej, zdolnej i gotowej do podjęcia zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy obowiązującego w danym zawodzie lub służbie, zarejestrowanej we właściwym dla miejsca zameldowania powiatowym urzędzie pracy) i prawa do zasiłku oraz posiadającej okres uprawniający do emerytury, jeżeli:

- posiada okres uprawniający do zasiłku wynoszący 30 lat dla kobiet i 35 dla mężczyzn lub

- posiada okres uprawniający do zasiłku wynoszący 25 lat dla kobiet i 30 lat dla mężczyzn, w tym co najmniej 15 lat wykonywania prac uznanych w przepisach emerytalnych za zatrudnienie w szczególnych warunkach lub w szczególnym charakterze.

Wysokość zasiłku przedemerytalnego wynosi 120% kwoty zasiłku dla bezrobotnych, tj. 483,12 zł (do 30 listopada 1999 r.).

Wysokość zasiłku przedemerytalnego wynosi 160% kwoty zasiłku dla bezrobotnych, tj. 644,16 zł (do 30 listopada 1999 r.) dla osób zamieszkałych w dniu nabycia prawa do zasiłku przedemerytalnego oraz w okresie jego pobierania w powiatach lub gminach uznanych za zagrożone szczególnie wysokim bezrobociem strukturalnym, jeżeli stosunek pracy lub stosunek służbowy został rozwiązany z przyczyn dotyczących zakładu pracy. Zasiłek ten przysługuje również w przypadku, gdy w okresie jego pobierania rejon został wykreślony z wykazu powiatów lub gmin uznanych za zagrożone szczególnie wysokim bezrobociem strukturalnym. W powiatach lub gminach, które utraciły ten status, prawo do zasiłku przedemerytalnego w wysokości 160% kwoty zasiłku dla bezrobotnych nabywają osoby zarejestrowane do końca roku kalendarzowego następującego po roku, w którym nastąpiła utrata tego statusu.

Zasiłek przedemerytalny w tej wysokości przysługuje również osobie nie zamieszkałej w powiecie lub gminie o statusie określonym wyżej, jeżeli stosunek pracy lub stosunek służbowy został rozwiązany po 1 lipca 1996 r. z przyczyn dotyczących zakładu pracy w wyniku jednorazowego lub w okresie nie dłuższym niż 3 miesiące zmniejszenia zatrudnienia o co najmniej 100 pracowników.

Wysokość zasiłku przedemerytalnego nie może przekroczyć 90% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, stanowiącego podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie społeczne i Fun-

dusz Pracy, w okresie 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc złożenia wniosku o zasiłek i być niższa od 120% kwoty zasiłku dla bezrobotnych.

Świadczenie przedemerytalne przysługuje osobie spełniającej określone w ustawie warunki do uzyskania statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku, jeżeli:

- osiągnęła wiek co najmniej 58 lat kobieta i 63 mężczyzna i posiada okres uprawniający do emerytury lub

- w roku kalendarzowym, w którym został rozwiązany stosunek pracy lub stosunek służbowy z przyczyn dotyczących zakładu pracy, ukończyła 55 lat kobieta i 60 lat mężczyzna oraz posiada okres uprawniający do emerytury lub

- do dnia rozwiązania stosunku pracy, z przyczyn dotyczących zakładu pracy, osiągnęła okres uprawniający do emerytury, wynoszący co najmniej 35 lat dla kobiet i 40 lat dla mężczyzn,

- do 31 grudnia roku poprzedzającego rozwiązanie stosunku pracy, okres zatrudnienia wynoszący łącznie z okresami równorzędnymi i zaliczonymi do okresu zatrudnienia, co najmniej 34 lata dla kobiet i 39 lat dla mężczyzn, a rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło w związku z niewypłacalnością pracodawcy w rozumieniu ustawy z 29.12.1993 r. o ochronie roszczeń pracowniczych w razie niewypłacalności pracodawcy (Dz.U. nr 1 z 1993 r. z późniejszymi zmianami) - dot. m.in. upadłości i likwidacji pracodawcy oraz faktycznego zaprzestania działalności.

Wysokość świadczenia przedemerytalnego wynosi 90% kwoty emerytury określonej w decyzji organu rentowego ustalającej wysokość emerytury w celu ustalenia świadczenia przedemerytalnego, nie mniej jednak niż wysokość zasiłku przedemerytalnego. Decyzję ustalającą wysokość emerytury w celu ustalenia wysokości świadczenia przedemerytalnego organ rentowy wydaje na wniosek powiatowego urzędu pracy.

Zasiłki przedemerytalne i świadczenia przedemerytalne przysługują od następnego dnia po dniu zarejestrowania się osoby uprawnionej w powiatowym urzędzie pracy albo od następnego dnia po dniu złożenia wniosku i dokumentów niezbędnych do ustalenia tych uprawnień.

Zasiłki przedemerytalne i świadczenia przedemerytalne podlegają waloryzacji na zasadach przewidzianych dla zasiłków dla bezrobotnych.

Osoby pobierające zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne nie mają obowiązku zgłaszania się do powiatowego urzędu pracy w celu potwierdzenia gotowości do podjęcia pracy. Osoby te mogą być za ich zgodą skierowane przez urząd na szkolenie, do prac interwencyjnych lub robót publicznych.

Między interesami pacjentów

Z inicjatywy wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i przewodniczącego Dolnośląskiej Rady Lekarskiej dr. Włodzimierza Bednorza w porozumieniu z pełnomocnikiem Rządu do spraw PUZ Anną Knysok 15 października br. odbyło się pierwsze w Polsce spotkanie dyrektorów kas chorych z przewodniczącymi rad okręgowych izb lekarskich. Obie te grupy powinny ze sobą ściśle współpracować, ale niedoskonałość przepisów prawnych i niewystarczające fundusze stawiają je po dwóch stronach barykady, choć w interesie społecznym jest ich współdziałanie.

Na spotkanie przybył dyrektor Krzysztof Browarski z Biura Pełnomocnika Rządu do spraw PUZ, Waldemar Wierzba dyrektor departamentu w MZiOS, wicemarszałek województwa dolnośląskiego Krzysztof Prędko, dyrektor Wydziału Spraw Społecznych Zdrowia Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego Maciej Żmudzki, 11 dyrektorów i wice-dyrektorów kas chorych, przewodniczący Rady DRKCh Piotr Rojek, 13 przewodniczących i wiceprzewodniczących okręgowych izb lekarskich.

Przybyłych powitał dr Włodzimierz Bednorz i przedstawił Stanowisko NRL w sprawie nowelizacji projektu ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 27 lipca 1999 r.

NRL uważa, że ustawa jest wysoce niedoskonała i wymaga jak najszybszej nowelizacji, która może poprawić funkcjonowanie służby zdrowia.

NRL proponuje:

* by nie była pobierana od lekarza składka ubezpieczeniowa od każdej zarejestrowanej praktyki;

* przywrócenie konieczności opiniowania przez NRL rozporządzeń kas chorych w sprawach lecznictwa;

* wprowadzenie do Ustawy warunków udzielania świadczeń i rozliczania kosztów tych świadczeń, oraz ustalenia minimalnego kosztu usług jednokowych dla całej Polski;

* zawieranie kontraktów na usługi zdrowotne co najmniej na dwa lata, by stworzyć korzystniejsze warunki do inwestowania w praktyki lekarskie;

* prawidłowe funkcjonowanie ambulatoriów POZ, praktyk lekarzy rodzinnych, praktyk grupowych, ambulatoriów specjalistycznych zapewni prywatyzacja, jednak jest ona niemożliwa bez wysokich nakładów finansowych, mogą je le-

karzom zapewnić kredyty preferencyjne;

* zmianę Artykuł 56 ustawy, by lekarz mógł zawierać więcej niż jedną umowę z kasą chorych na różne świadczenia;

* by w nowelizowanej ustawie znalazł się zapis, iż każdy lekarz, także prywatnie praktykujący, ma prawo kierowania pacjenta do szpitala;

* by kasy chorych były tylko płatnikami świadczeń, a nie ich organizatorem.

* by organy samorządu terytorialnego opracowały plan zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie ich działania, w porozumieniu z samorządami zawodów medycznych;

jaki poziom świadczeń stać nasz kraj;

* ustalenie podstawowego koszyka świadczeń;

* rady kas chorych powinny być niezależne od wpływów politycznych, dlatego przedstawiciele rad kas powinni być wybierani bezpośrednio z przedstawicieli ubezpieczonych;

* w posiedzeniach rady kasy powinni uczestniczyć jako obserwatorzy przedstawiciele samorządów zawodów medycznych.

Dr Bednorz mówił też jak DIL próbuje pośredniczyć pomiędzy lekarzami a kasą chorych. Zostały powołane zespoły do negocjowania kontraktów z kasą chorych. Taki zespół do spraw sto-

Dr Bednorz zaproponował nową konstrukcję finansową ubezpieczeń zdrowotnych: podstawowy filar ubezpieczeniowy, który zawierałby podstawowy koszyk świadczeń zdrowotnych, powinien być opłacany przez budżet państwa jako 40% składka minimalna, drugi filar to byłyby ubezpieczenia ponadpodstawowe, gdzie składka byłaby zmienna.

* by dokonać nowego podziału terenowego izb lekarskich, tak by na terenie jednej izby nie działały np. 3 regionalne kasy chorych. NRL pracuje już nad nowym podziałem administracyjnym, za zgodą zainteresowanych OIL;

* wprowadzenie standardów, bowiem wykażą one na ile leczenie jest niedoszacowane. Standardy są argumentem przeciwko skąpej kasie chorych. Kasy chorych raczej udają chęć ich wprowadzenie, niż naprawdę starają się je wprowadzić. Należałoby jasno powiedzieć społeczeństwu jaka jest sytuacja finansowa i na

matologii ułatwił pertraktacje i podpisanie kontraktów lekarzom stomatologii.

Większość problemów z jakimi borykają się kasy chorych wynikają ze zbyt małych funduszy na leczenie. Trudno się dziwić, że tak jest, skoro za 40% ubezpieczonych - 13 mln rolników i 2 mln bezrobotnych - składkę płaci budżet państwa. Dr Bednorz zaproponował nową konstrukcję finansową ubezpieczeń zdrowotnych: podstawowy filar ubezpieczeniowy, który zawierałby podstawowy koszyk świadczeń zdrowotnych, powinien być opłacany przez budżet państwa jako 40% składka minimalna, drugi filar to



Uczestnicy spotkania

byłyby ubezpieczenia ponadpodstawowe, gdzie składka byłaby zmienna.

Dyktat kas w sprawach finansowych wymusza restrukturyzację obecnej bazy służby zdrowia, która wiąże się ze zwolnieniami lekarzy, niestety, odbywa się to bez merytorycznej dyskusji i rozpoznania potrzeb społecznych.

Kasy chorych wymagają, by podstawowa opieka była rozłożona nad pacjentem przez 24 godziny. W dwu trzecich kraju w ramach kontraktów z kasą chorych jest sprawowana całodobowa opieka. Problem całodobowej opieki wywołał w izbach lekarskich dyskusję o potrzebie utworzenia stowarzyszenia lekarzy kas chorych, dla zapewnienia tej opieki. Jedną z uchwał NRL mówi, że obecnie reprezentantem lekarzy wobec kas chorych powinna być wyłącznie izba lekarska, a nie stowarzyszenie lekarzy kas chorych. Według Konstytucji RP stowarzyszenia są dobrowolne, aby opieka była właściwa i pełna, takie stowarzyszenie powinno być obowiązkowe. W Polsce nikt nie jest przygotowany, by taką opiekę całościowo sprawować, może tego dokonać jedynie izba lekarska, która ma podstawy do takiej działalności - komisje, pomieszczenia, linie telefoniczne, dlatego nic nie stoi na przeszkodzie, aby ci lekarze, którzy podpisali lub chcą podpisać kontrakty na opiekę ambulatoryjną zorganizowali się w oparciu o logistykę izby lekarskiej.

Dr Bednorz poruszył też problem zarządzania. Według niego samorzady nie wykonują swego obowiązku właścicielskiego nadzoru nad majątkiem pozostającym w ich gestii. Tłumaczą się, że są tylko właścicielami gruntu, zaś dyrektor placówki jest tylko zarządzającym, a nie właścicielem, gdy się źle dzieje w placów-

ce tylko właściciel może podjąć środki zaradcze. Prywatną własnością lepiej się zarządza.

Przedstawienie stanowiska go NRL w sprawie zmian w ustawie o i poglądów oraz sugestii dr. Bednorza wywołało ożywioną dyskusję.

Rozszerzenie nadzoru ubezpieczonych nad kasami chorych proponował również dyr. Krzysztof Browarski w imieniu pełnomocnika Rządu do spraw PUZ ch. Anny Knysok. Miał inne zdanie o zasadności Art. 56 w ustawie o tylko jednej umowie lekarza z kasą chorych. Pytał retorycznie: jakie inne usługi, poza swoimi i specjalistycznymi, mógłby świadczyć specjalista? Uzasadniał, że zapis o skierowaniu do szpitala, ma w przyszłości chronić własny rynek ubezpieczeniowy, gdy po 2001 roku wejdą szpitale komercyjne i zechcą zdominować rynek świadczeń szpitalnych.

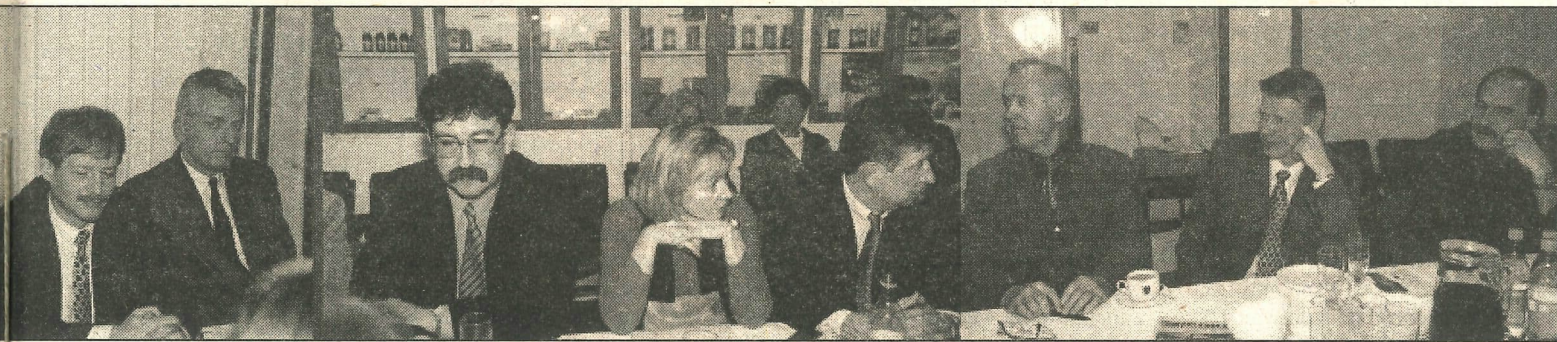
Wyjaśniał jaką pozycję w obecnym systemie ubezpieczeniowym zajmują lekarze. Choć są oni członkami systemu ubezpieczeniowego, stoją po przeciwnej stronie niż kasy chorych. W interesie lekarzy jest, by na świadczenia była jak największa ilość pieniędzy. Niestety fundusze są ograniczone i świadczenia muszą się mieścić w określonych ramach finansowych. Natomiast restrukturyzacja nie ogranicza się tylko do zwolnień i muszą w niej wykazywać aktywność wszyscy uczestnicy systemu.

Jako były dyrektor zna dobrze sytuację szpitali i nie widzi inicjatywy ze strony dyrektorów szpitali, którzy powinni zmieniać profil nierentownych oddziałów. Przyczyny zadłużenia usamodzielnionych szpitali upatruje w nieudolności zarządzania ich finansami i zaległościami Skarbu Państwa. Jeśli pieniądze dla szpitala nie były regularnie wysyłane



Uczestnicy spotkania

Lekarzy, a zimnym płatnikiem



ez Skarb Państwa, dyrektor
itala może go pozwać sądow-
o zwrot należnej kwoty. Powo-
ie go do Biura Pełnomocnika
zadu do spraw PUZ, pozwoliło
u spojrzeć na medycynę jak na
iznes, choć jest lekarzem.

Wyraźnie stwierdził, że opraco-
anie programu opieki zdrowot-
ej na danym terenie powinni sa-
morządom nakazać politycy.

eden z dyrektorów regionalnej
y chorych zwrócił uwagę, że
morządy terytorialne mają
y wpływ na zarządzanie w te-
ie, bo nie mają na ten cel fi-
nsów, choć są właścicielami
Z i szpitali.

Mecenas Piotr Rojek również
aża, że rady kas powinny skła-
s się z przedstawicieli ubezpie-
onych i być odpolitycznione.

Waldemar Wierzbą, przedstawi-
i MZiOIS stwierdził, że repre-
owane przez niego minister-
wo zgadza się z NRL w sprawie
welizowania ustawy. Postuluje
szcze podwyższenie składki na
sy chorych, poprawienie jej
iągalności, ubezpieczenie cu-
oziemców, dostęp do lekarzy
ulistów bez skierowania.

W dyskusji wypowiadali się
szyscy uczestnicy spotkania:
zedstawiciele kas chorych i izb
arskich.

Mówiono o tym, że kasy cho-
ch odpowiadają za powierzone

z przyczyn tej sytuacji upatrywa-
no w konieczności otrzymania
skierowania do specjalisty.

Kilkakrotnie w wypowiedziach
przedstawicieli samorządu lekar-
skiego powtarzało się pytanie:
dlaczego ta sama kasa chorych
płaci za tę samą procedurę róż-
ne ceny, które w jednym miejscu
mogą być nawet 3-krotnie wy-
ższe niż w innym.

Na to pytanie odpowiadali
przedstawiciele kas chorych.
Uważają oni, że ceny takiej samej
usługi w różnych szpitalach
mogą być różne, ponieważ szpi-
tale są w różnych budynkach,
mają różny sprzęt itd. Jedne szpi-
tale od początku reformy liczyły
skrupulatnie swoje koszty, a inne
nie i dlatego ich nie znają. Zda-
rza się, że kasy mają lepsze ro-
zeznanie w kosztach swoich
świadczeniodawców, niż oni
sami. Przynajmniej w części za-
kładów, powinna być wymienio-
na kadra zarządzająca. Dyrekto-
rzy nieudacznicy skarżą się w
izbach lekarskich na kasy cho-
rych.

Podkreślano problem niechę-
nego nastawienia do prywatyza-
cji w małych miejscowościach.
Samorządy lokalne - radni, są ne-
gatywnie nastawieni, nie chcą
mieć u siebie zakładów niepu-
blicznych. Nie chcą się pozbawić
wpływów na działanie ZOZ. To

że niepotrzebne zaburzenia i nie-
porozumienia wprowadza współ-
płacenie za procedury np. za dia-
lize - połowę należności płaci kasa
chorych, a połowę budżet pań-
stwa. Jeśli dalej miałyby istnieć
współpłacenie jego warunki po-
winny być jasno określone.

Uważa, że na Dolnym Śląsku le-
karze są źle informowani przez
dyrektorów swoich szpitali. Jest
kilku dyrektorów szpitali, którzy
nie mają kłopotów, bo mówią ję-
zykiem wspólnym z kasą chorych.
Podkreśliła, że dyrektorzy kas od-
powiadają za finanse i one są dla
nich najważniejsze.

Uważa, że współpraca z komisją
stomatologiczną DIL pozwoliła
sformułować nową umowę na
usługi stomatologiczne na Dol-
nym Śląsku i może być wzorem
dla pozostałych kontrahentów.
Stomatolodzy byli bardzo dobrze
poinformowani przez DIL, dlate-
go umowy kontraktowe przebie-
gały spokojnie. Kasy nie są w sta-
nie dotrzeć z informacjami do
wszystkich lekarzy, a nawet dy-
rektorów, a tylko izby mogą być
przekaznikami informacji.

Dyrektor Misińska uważa, że
nowelizacja ustawy powinna przy-
nieść zmianę formy finansowania.
Należy nad nią wspólnie pracować
i ustalić wspólne stanowisko.

Wyjaśniała także, że jest pełna
odpowiedzialność finansowa kas
chorych, które jednocześnie nie
biorą udziału w tworzeniu przy-
chodu. Swoje kalkulacje opierają
tylko na prognozach przedstawia-
nych przez MZiOIS oraz Minister-
stwo Finansów. Niestety, te pro-
gnozy nie potwierdzają się w rze-
czywistości. Kasy mogą płacić tyl-
ko tyle, ile otrzymały pieniędzy.

Zawszą słyszę głosy, mówiła
dyr. Misińska, że kasy będą likwi-
dowały szpitale. Kasy nie mają do
tego prawa, bowiem ich zadaniem
jest finansowanie usług medycy-
nych.

Na początku roku POZ zgłosiły
swoich pacjentów, ale zupełnie nie
zgadzała się statystyka, bo okaza-
ło się, że Dolny Śląsk ma około 3
100 tys. ubezpieczonych a prze-
cież zamieszkuje go tylko 2 700
tys. ludzi. Zaczęliśmy płacić za
udokumentowaną ilość ubezpie-
czonych. Niektóre POZ muszą
zwracać pieniądze niesłusznie po-
brane i czują się skrzywdzone.

Przewodniczący Rady Dolno-
śląskiej Regionalnej Kasy Cho-
rych Piotr Rojek postrzega sytu-
ację jako dramatyczną, lekarze,
którzy uprawiają sztukę medycy-
ną i mogą się uważać za artystów
w swojej dziedzinie, jednocześnie

przeciwagę dla nich. Jest zbu-
dowana z nieufnością do lekarzy
w przewidywaniu ich nieuczci-
wych zamiarów. Świadczy o tym
eliminowanie lekarzy z możliwo-
ści zawierania umów odrębnych
z kasą chorych, jeśli równocze-
śnie są pracownikami świadcze-
niodawców, którzy mają zawar-
te umowy z kasą chorych. Uwa-
ża on, że te zastrzeżenia są nie-
potrzebne, bo ich elementy, mo-
głyby być zawarte w konkret-
nych umowach. Każda kasa mo-
głaby sobie zbudować schemat
bezpieczeństwa, żeby nie dać się
oszukiwać. Jednak rozwiązania
systemowe mogą zadziałać gdy
zacznie funkcjonować system.
Lekarze nie powinni się obrażać
na tę sytuację, bo ustawodawca
mając swoje doświadczenia i
zdobywając je w działalności
może wprowadzić zmiany. Mecenas
Rojek zapewniał zebranych,
że jako przewodniczący Rady
DRKCh będzie zawsze obiekty-
wizował pracę zarządu, zadania
wynikające z umów i poglądy
różnych środowisk.

**W podsumowaniu dr Bed-
norz uznał spotkanie za bar-
dzo pożyteczne, ponieważ sa-
morząd lekarski musi rozmawiać z kasami chorych, a
wspólne rozmowy dowiodły że
poglądy obu grup są w wielu
punktach zbieżne. Rozmowy
pozwalają też lepiej zrozumieć
zadania lekarzy i kas chorych,
jakie mają do spełnienia w
nowej sytuacji.**

**Dr Bednorz zapowiedział ko-
lejne wspólne spotkania.**

*Tekst i zdjęcia
Elżbieta Pomorska*

**Zawszą słyszę głosy, mówiła dyr. Misińska, że kasy
będą likwidowały szpitale. Kasy nie mają do tego pra-
wa, bowiem ich zadaniem jest finansowanie usług me-
dycznych.**

bie pieniądze, a lekarze odpo-
adają za pacjenta. Obecnie leka-
e nie leczą zgodnie ze swoją wie-
ą, lecz zgodnie z możliwościami
ansowymi. Lekarze zostali wtło-
eni w sytuację bez możliwości
iegokolwiek wpływu na jej roz-
żanie.

Spółceństwo powołało kasy
orych i powierzyło im swoje pie-
dze. Leczenie jest misterium, a
sy mają spełniać służebną rolę,
ć kasjerem i księgowym. Nato-
ast zadaniem izb lekarskich jest
dzór nad wykonywaniem zawo-
lekarza i uświadamianie mu
o roli w społeczeństwie. Nieste-
w Polsce nikt nie odpowiada za
rowadzenie polityki zdrowotnej.
Poruszenie sprawy udratnione-
dostępności pacjentów do lekarza
rwszego kontaktu z powodu
dłużących się kolejek. Jedną

jest specyfika małych miejscow-
ści, gdzie zająbiają się prywatne
interesy.

Zwrócono także uwagę, że w
polskim systemie ubezpieczenia
nie ma też równoprawności
świadczeniodawców. Padł także
postulat, aby obok praw pacjen-
ta wprowadzić także regulamin
obowiązków pacjenta.

Dyrektor Dolnośląskiej Regio-
nalnej Kasy Chorych Barbara
Misińska wypowiedziała się na
temat często podnoszonego po-
stulatu, by zwiększyć do 11%
składkę na ubezpieczenia zdro-
wotne. Uważa ona, że jest to nie-
realne, ponieważ nie stać na to
naszego społeczeństwa. Poparła
też wcześniejszą propozycję
zmian strukturalnych, wprowa-
dzenia 3 filarów ubezpieczenia,
które by się uzupełniały. Uważa,

Kongres w Giesen

W tym roku minęło 75 lat od przystąpienia niemieckich lekarek do Medical Women's International Association.

W tym samym roku przyjęto do tej organizacji również grupę lekarek polskich. Jej członkiem honorowym została w r. 1929 Maria Skłodowska-Curie.

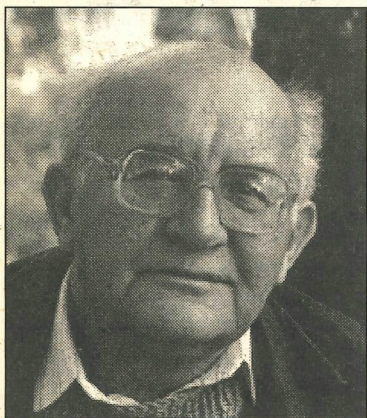
Czy kobiece serca biją inaczej?

taki był temat konferencji, która odbyła się w dniach 16-19 IX 1999 w Giesen - 70-tysięcznym uniwersyteckim mieście w Niemczech. Do czynnego udziału w Kongresie zostały zaproszone również trzy koleżanki z naszej grupy MWIA. Poziom naukowy był bardzo wysoki; poszczególne tematy prezentowali wybitni naukowcy z dziedziny kardiologii, endokrynologii i ginekologii. Wnikliwe badania oparte na dużym materiale pozwoliły wykazać odrębność zarówno epidemiologii, jak i przebiegu klinicznego i rokowania choroby niedokrwiennej serca u kobiet. Wbrew ogólnemu mniemaniu nie choroby nowotworowe, a zawał serca stanowi najczęstszą przyczynę zgonów w populacji kobiecej.

W ostatnim dniu Kongresu uczestniczyliśmy w Jubileuszowym Forum Dyskusyjnym w auli uniwersytetu z udziałem m.in. ministra zdrowia Hesji, pani dr Barbary Genscher z Niemieckiej Fundacji Kardiologicznej, prof. Harald Tillmansa i prof. Ingeborg Siegfried - przewodniczącej Komitetu ds. Prewencji i Rehabilitacji Kardiologicznej w Hesji. Omawialiśmy działalność służby zdrowia w Niemczech, Holandii i Polsce.

Referaty i dyskusja kończąca wykazały, że kardiologiczne problemy w populacji kobiet dostrzeżone w Niemczech stanowią odrębne zagadnienie społeczno-kliniczne.

*H. Naczyńska
A. Pietraszkiewicz
K. Stańkowska*



Jerzy B. Kos

Jednym z pytań przekazanych przez ankietę było pytanie o najbardziej popularnych profesorów - naszych wychowawców i nauczycieli z lat studiów. Wywołało ono, jak się można było spodziewać, ogromne zainteresowanie i odzew. Wskazywano nie tylko nazwiska swoich faworytów, ale również podawano interesujące uzasadnienia tych wyborów. Niektóre z nich, częściej powtarzane, zasługują na przytoczenie: „Byli nie tylko naszymi nauczycielami, ale również opiekunami i powiernikami”, „Zawdzięczam im bardzo wiele, a przede wszystkim to, że mam poczucie zawodowej godności”, „Dzięki nim dokonałem wyboru nie tylko zawodu, ale również odnalazłem cel swojego życia”, „Nigdy później nie zetknąłem się z ludźmi o tak bogatej osobowości i sile oddziaływania na innych”.

W tym szczególnym rankingu popularności zwyciężył bezapelacyjnie, czego się można było spodziewać, profesor Tadeusz Marciniak, na którego wskazało 76% ankietowanych, a dwa kolejne miejsca zajęli uzyskując po 51% głosów - profesor Ludwik Hirszfelfeld i profesor Antoni Falkiewicz.

Dalsze wysokie lokaty uzyskali - otrzymując od 25 do 10% głosów - kolejno następujący profesorowie: Józef Hano, Wiktor Bross, Bolesław Popielski, Zygmunt Albert, Edward Szczeklik, Hanna Hirszfeldowa i Kazimierz Jabłoński.

Wśród profesorów obdarzonych sympatią i uznaniem znaleźli się również: Hugon Kowarzyk, Kazimierz Czyżewski, Andrzej Klisiecki, Maria Wierzbowska, Kazimierz Nowosad i Witold J. Kapuściński, a

przewodnikami. Chylimy przed nimi czoło!

Być lekarzem - to zawód jak każdy inny, zawód wymagający szczególnych predyspozycji, czy powołanie? To pytanie ankiety zachęcało do wyrażenia opinii - w oparciu o czterdziestoletnie doświadczenie zawodowe - w czym tkwi istota stawania się i bycia lekarzem, a także jakich szczególnych predyspozycji wymaga uprawianie sztuki lekarskiej.

Odpowiedzi udzieliło 128 osób należących do naszej wspólnoty. 33, a więc 26% spośród nich potwierdziło, że wybrali studia lekarskie i zostali lekarzami kierowani nakazem powołania, a zatem szczególnego rodzaju charyzmatycznego posłannictwa nakazującego czynienie dobra i dzielenia się swoim życiem z innymi ludźmi. Tak jak to czynią kapłani różnych religii i orędownicy nowych idei. Powołanie było dla nich wewnętrznym nakazem wtajemniczenia w arkanach sztuki leczenia,

Przedstawione powyżej - w syntetycznym uproszczeniu - poglądy na istotę naszego zawodu wymagają bardziej pogłębionej refleksji i, być może, zostaną szerzej przedstawione w odrębnej pracy.

Interesującym i niespodziewanie dramatycznym uzupełnieniem informacji uzyskanych dzięki ankiecie rozesłanej wśród członków naszej wspólnoty były odpowiedzi na pytanie: - Czy zostałbyś lekarzem, gdybyś miał wszystko zaczynać od nowa?

Zdecydowana większość, bo 108 spośród 128, a zatem 86% osób ankietowanych odpowiedziało na to pytanie twierdząco. I swoją odpowiedź poparło wieloma argumentami, które zestawione obok siebie - są hymnem pochwalnym na cześć medycyny i uczniów Asklepiosa. Mimo wszystkich uciążliwości wykonywanego zawodu, pomimo przekonania, że nie przynosi on dużych pieniędzy, ani nie dostarcza pełnej

profesorów medycyny i kilku szanowanych klinicyzów. A oto ich wypowiedzi: „Brak czasu dla rodziny - wolałbym być rolnikiem”, „Pracowałam (pracuję), dyżurowałam (dyżuruje) i nie miałam czasu, aby cieszyć się dziećmi i domem. A teraz nie umiem zajmować się wnukami. Kobieta ma do wyboru życie rodzinne albo medycynę”, „Nie w medycynie klinicznej ze względu na stres związany z odpowiedzialnością”, „Wolałbym wykonywać zawód twórczy, na przykład architekta”, „Często przy cierpieniu ludzkim jestem bezradny”, „Chciałabym śpiewać, jak mój kuzyn, mam i miałam dobry głos, to rodzinne”, „Byłbym lepszym politykiem aniżeli lekarzem”, „To jest zbyt ciężki kawałek chleba, wybrałbym muzykę lub języki obce”, „Z dzisiejszym doświadczeniem na pewno tak, ale bez niego - nie jestem pewny”.

I są to odpowiedzi podyktowane głęboką wiedzą o zawitych problemach naszego zawodu oraz głęboką troską o jego przyszłość.

W 1995 roku nasza Academia Medica Wratislaviensis obchodzi swoje pięćdziesięciolecie. Już minęło pół wieku, kiedy dzięki ogromnemu wysiłkowi jej pierwszych organizatorów - profesorów,

asystentów i studentów - otwarto pierwsze kliniki i zakłady naukowe oraz rozpoczęto zajęcia. Pierwszym dziekanem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu i Politechniki we Wrocławiu został wówczas profesor Ludwik Hirszfelfeld.

W 1945 roku - podczas pierwszego po wojnie naboru - przyjęto na Wydział Lekarski 312 osób. Oni stanowili Pierwszy Rocznik, który w następujących po sobie latach pociągnął kolejne roczniki studenckie.

Studenti z dwu pierwszych roczników przeżyli przygodę, jaka była tylko ich udziałem: uczestniczyli w pracach remontowych i porządkowych, pełnili służbę w Straży Akademickiej, własnymi rękami przygotowywali miejsce swojej przyszłej nauki. Współuczestniczyli w tworzeniu Akademii.

Nasze lata studenckie przypadły na okres względnie normalny i uporządkowany, ale przecież obarczony piętnem politycznego zagrożenia i zniewolenia. To właśnie my staliśmy się grupą pokoleniową, na której sprawdzano metody powszechnej indoktrynacji w imię budowy ustroju sprawiedliwości społecznej i nowego ładu na świecie. Wyszliśmy z tych opresji obronną ręką - zachowując godność i obywatelską prawność.

Dzisiaj stajemy do kolejnego - już trzeciego - przeglądu, zwanego Zjazdem Koleżeńskim. Sprawdzamy swoje szeregi, przypominamy nieobecnych, odnawiamy dawne znajomości i przyjaźnie, a także, zachowując należną skromność, prezentujemy dorobek własnego życia.

Powoli Szósty Rocznik odchodzi do rezerwy. Za kilka lat albo za kilkanaście, na Zegarze Życia zatrzyma się wskazówka. I usłyszymy po raz ostatni sygnał obwieszczający nam kolejny Zjazd. Do zobaczenia na Zjeździe!

Dzięki profesorom odnalazłem cel życia

nia, a teraz jest nadrzędną ideą ich życia i działania.

Krańcowo odmienne opinie wyraziło 12, a zatem 9% z nich twierdząc, że zawód lekarza niczym nie różni się od innych zawodów uprawianych przez ludzi. Wymaga równie wysokich kwalifikacji, pełnego zaangażowania i uczciwości. I podobnie jak inne zawody zasługuje na poważanie i społeczny szacunek.

Najwięcej zwolenników, bo aż 83 spośród 128, a zatem 65% ankietowanych, zyskała opinia, że być lekarzem oznacza wykonywać zawód wymagający szczególnych predyspozycji psychicznych i fizycznych. Przykłady tych dodatnich cech, szeroko zaprezentowane w ankietach, dają się podzielić na kilka grup i odnoszą się zarówno do cech charakteru i intelektu, sposobu postępowania zawodowego i stosunku lekarza do człowieka chorego.

Jakimi zatem cechami powinien charakteryzować się lekarz? Do najczęściej wymienianych należały: wrażliwość, cierpliwość, pracowitość, życzliwość wobec drugiego człowieka, a także bezinteresow-

satysfakcji, mimo pewności, że maleje jego prestiż społeczny, a także pomimo podejrzeń, że przyszłe lata usidlą go w nowe zależności i ograniczenia oraz radykalnie zmieniają relacje między leczącymi a leczonymi.

Ta, na ogół zgodna, opinia członków naszej wspólnoty, że również w drugim wcieleniu przywdziałiby białe fartuchy, potwierdza ich decyzje podjęte przed czterdziestu pięcioletni, kiedy musieli sami sobie odpowiedzieć na podobnie sformułowane pytanie o swoją przyszłość, a także potwierdza słusność wybranej drogi życiowej. Dowodzi również tego, że medycyna jest ich pasją serdeczną i treścią ich życia.

A oto ich charakterystyczne wypowiedzi: „Nigdy nie żałowałam swojego wyboru, praca lekarska daje mi ogromną satysfakcję”, „Jest to zawód dla ludzi chcących pomóc innym”, „Mam stałe poczucie, że robię coś pożytecznego i że jestem potrzebna”, „Zawód nasz pozwala na większy margines wolności osobistej oraz na zachowanie własnej osobowości”, „To jest pasjonujący zawód”, „Nie widzę siebie w innej roli”, „Pomagać innym - to jest najwartościowszy cel życia”, „To był mój wybór życiowy”, „Jest to zawód niezależny od polityki”, „Mimo dużego obciążenia psychicznego i czasowego daje dużo satysfakcji”, „Bez lekarzy byłoby nas o połowę mniej”, „Lubię swoją pracę”, „Nie mam żadnych talentów, lubię pomagać innym i w zawodzie lekarza czuję się potrzebna i przydatna”.

Na pytanie: Czy zostałbyś lekarzem, gdybyś miał wszystko zaczynać od nowa? - nie wszyscy odpowiedzieli pozytywnie. Aż 18 osób, czyli 14% ankietowanych, odpowiedziało: nie wiem (6) lub nie (12), opatrując swoje opinie odpowiednim komentarzem. Znalazło się wśród nich dwu

Pomagać innym - to jest najwartościowszy cel życia

także kilkunastu innych, którzy uzyskali mniej niż 5% głosów. Na honorową listę zgłoszono również profesorów z innych uczelni, m. in. z Akademii Medycznej w Białymstoku (profesor Jan Sławiński), z uniwersytetu w Pradze (profesor Zdenek Mecka), a uczyniły to osoby, które rozpoczęły studia poza Wrocławiem. Odpowiedzi zamieszczone w ankietach potwierdziły, jak powszechne i trwałe są dowody naszego uznania oraz stałe żywego przywiązania do Profesorów, którzy byli naszymi

ność, wysoki poziom fachowy i intuicja. W wielu wypowiedziach zestawiono te cechy obok siebie sugerując ich korzystną współzależność np. „inteligencja, delikatność, współczucie”, „zdolność obserwacji, intuicja”, „uczciwość, takt, serdeczność”, „życzliwość, pogodne usposobienie, szerokie horyzonty”, „autoritet, umiejętność dostosowania się do różnych sytuacji”, „wiedza i kultura”, „gotowość poświęcenia życia rodzinnego dla pracy zawodowej, uczciwość zawodowa”.

Anegdota o Profesorze Tadeuszu Marciniaku

Musculus cremaster

Profesor nieczęsto odwiedzał w czasie ćwiczeń prosektorium, ale kiedy zjawiał się, padał strach nie tylko na studentów. Asystenci, zwłaszcza ci młodzi, byli w niemałych opałach. Profesor podszedł do stołu, gdzie asystent mówił o musculus sternocleidomastoideus tłumacząc na preparacie budowę, położenie i kształt mięśnia.

- Co pan kolega robi? - zapytał profesor.

Asystent, bardzo przejęty, odpowiedział:

- Omawiamy właśnie musculus cremaster!

Profesor spojrzął na preparat, potem na asystenta i powiedział pod nosem:

- Chyba zwariował.

Studenti woleli nie komentować wydarzenia.

Jądro

Profesor Marciniak w czasie egzaminu ustnego zwraca się do studentki:

- Proszę opisać jądro i podać jego wielkość.

Studentka milczy. Bardzo długo milczy!

Profesor zniecierpliwiony pyta:

- No! Nigdy nie widziała??? Przynajmniej niech poda wielkość.

Studentka milczy. Bardzo długo milczy!

Profesor zdenerwowany ponawia pytanie:

- No, jakie ono jest - wielkości grochu czy orzecha?

- Wielkości grochu panie profesorze - odpowiada po chwili studentka.

- No, gdzież to panna studentka takie widziała?

- Na ćwiczeniach - asystent takie pokazał!!!

- Przeprowadzić mi tego asystenta!!! - wrzasnął profesor.

Dla mnie to samo, co dla pana profesora!

Profesor i jego asystenci w restauracji Hotelu Europejskiego w Lublinie zamawiają „coś do zjedzenia”. Kelner przyjmuje zamówienia od każdego z siedzących. Wreszcie pyta jednego z asystentów:

- A co dla szanownego pana?

Ten odpowiada głośno:

- Dla mnie to samo, co dla pana profesora!

- Tak jest proszę pana.

Po krótkim czasie wnoszą na stół zamówione potrawy - przeważnie kotlety schabowe, rumsztyki, brizole.

Pan profesor otrzymuje jajko w szklance po wiedeńsku - asystent z błędym uśmiechem na twarzy otrzymuje drugie jajeczko.

No cóż, dyplomacja niekiedy wymaga ofiar.

Taaka babka!

Z gabinetu profesora Marciniaka dochodzi głos:

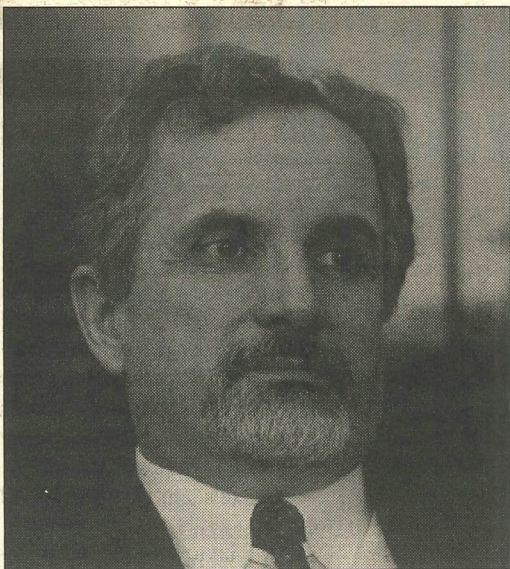
- Taaka babka! Taaaka babka!

Przerazona plastyczka, która właśnie przyniosła rysunki - zatrzymała się w drzwiach.

- Popatrz - mówi profesor. Taka babka... i zakalec!

I profesor pokazuje nieudany produkt swoich wyczynów kulinarnych.

Zebrał i oprac. Mieczysław Ziółkowski



Rozmowa z dr. Januszem Zierkiewiczem, dyrektorem Wrocławskiego Oddziału Banku Ochrony Środowiska SA

- Bank Ochrony Środowiska SA kojarzy się przede wszystkim z kredytowaniem przedsięwzięć ekologicznych, tymczasem BOŚ podkreśla uniwersalny charakter swojej działalności. Co BOŚ może zaoferować na przykład lekarzom?

- BOŚ SA, jako bank uniwersalny, od początku zabiegał o różne grupy klientów. Jedną z nich jest środowisko medyczne, na którego potrzeby wiele razy zwracała mi uwagę moja żona Gabriela, lekarz chorób wewnętrznych. W Oddziale Banku, którym kieruję, wiele wysiłku włożyliśmy w opracowanie atrakcyjnej oferty dla lekarzy. Owocem tych starań, również dzięki naszym stałym kontaktom z prezesem DIL panem dok-

być przewłaszczenie zakupionego sprzętu, poręczenie wekslowe i inne rodzaje poręczeń, które przewiduje nasz regulamin kredytowania, w tym poręczenie DIL.

- Czy BOŚ udziela kredytów tylko na wyposażenie prywatnych gabinetów?

- Przygotowaliśmy również ofertę współpracy dla publicznych szpitali i przychodni. Obejmuje ona prowadzenie rachunków bieżących i pomocniczych. Proponujemy też takie wygodne rozwiązania, jak prowadzenie rachunku wyodrębnionego, pozwalającego na gromadzenie środków przeznaczonych na określony cel oraz pro-

wadzenie rozliczeń pieniężnych w tym zakresie. Rachunki bieżące mogą być obsługiwane tradycyjnie oraz za pomocą systemu bankowości elektronicznej czyli home-bankingu. Nasz autorski program BOSCOM umożliwia przeprowadzenie rozliczeń pieniężnych bez konieczności udawania się do banku. Ponadto poprzez BOSCOM możliwe jest stałe monitorowanie stanu środków na rachunku. Jest to system bezpieczny, prosty w obsłudze, o konkurencyjnej cenie. Warto wspomnieć, że zrealizowanie poprzez BOSCOM już 100 przelewów miesięcznie (cena 1 przelewu o połowę tańsza niż standardowy przelew w systemie Elixir) praktycznie niweluje koszt miesięcznego abonamentu.

może zaproponować coś specjalnego?

- Tak. Troszczymy się i o pacjentów. Oferujemy im kredyty na pokrycie kosztów leczenia szpitalnego, sanatoryjnego, rehabilitacyjnego oraz stomatologicznego. Są to kredyty gotówkowe, których maksymalna kwota, przy odpowiedniej zdolności kredytowej wnioskodawcy, może wynieść 10.000 PLN. Kredyt taki można zaciągnąć maksymalnie na 3 lata.

- Czy oferta proekologiczna BOŚ SA może zainteresować lekarzy?

- Proponujemy korzystne preferencyjne kredyty m.in. na zakup urządzeń energooszczędnych, których oprocentowanie, dzięki podpisanym przez wrocławski Oddział BOŚ SA umowom z pośrednikami sprzedaży ratalnej, uległo znacznemu obniżeniu. Obecnie współpracujemy z firmami Bims Plus, Termplast, Moran Okna i Drzwi oraz Activa. Kredyty te przeznaczone są na zakup urządzeń związanych z ogrzewaniem, materiałów ociepleniowych, energooszczędnych okien i drzwi. Możemy skredytować do 100% ceny zakupu urządzeń. Formalności związane z przyznaniem kredytu zostały uproszczone. Z niezbędnymi dokumentami nie trzeba fatygować się do banku. Wszelkie sprawy załatwią Państwo u wymienionych przeze mnie pośredników. Oprocentowanie takich kredytów jest bardzo niskie i wynosi już od 6,5%.

- O atrakcyjności banku stanowi nie tylko różnorodność jego oferty, ale również bezpieczeństwo, jakie może on zagwarantować wszystkim, którzy powierzą mu swoje pieniądze. Wiele mówi się dzisiaj o zagrożeniach, jakie niesie ze sobą tzw.

O nowych propozycjach ubezpieczeń i nowych kredytach bankowych

Andrzej Szmid

W imieniu DIL podjąłem rozmowy z bankami i firmami ubezpieczeniowymi. Skłoniła mnie do tego zmiana warunków zatrudnienia związana z zawieraniem kontraktów na usługę medyczną z Kasą Chorych, jak również kontraktów z dotychczasowym pracodawcą, to jest szpitalem. W momencie podpisania kontraktu zmienia się sytuacja lekarza, który staje się podmiotem prawnym i musi pamiętać o samodzielnym ubezpieczeniu swojej praktyki (najczęściej takie zastrzeżenie wchodzi w zakres umowy), odprowadzaniu składki na ZUS, opłacaniu podatku, jak również konieczności posiadania własnego konta do tych rozliczeń. W ramach kontraktu jest opłacana jedynie usługą wykonana, zaś każde zwolnienie lub niezdolność do pracy pozbawia lekarza zarobku z tego tytułu. W przypadku śmierci rodzina pozostanie bez zabezpieczenia.

Wielu lekarzy decyduje się na pełną prywatyzację. Pociąga to za sobą konieczność stworzenia odpowiednich warunków lokality i sprzętowych dla nowo otwartej praktyki. Na takie przedsięwzięcia lekarze brali kredyty bankowe poręczane przez DIL do kwoty 10.000 zł. Taka suma pożyczki jest zbyt niska i ogranicza możliwości zakupu sprzętu lub remontu pomieszczeń. Rekomendacje stosowane dla uzyskania wyższych pożyczek wymagają podania źródeł zabezpieczenia, co wiąże się z długotrwałą procedurą.

Pożyczki obiecywane przez MZiOS nie wyszły jeszcze poza projekt ustawy. Nieznana jest również sieć banków, które by miały je realizować.

Aby więc wyjść naprzeciw oczekiwaniom kolegów, po uzyskaniu aprobaty Dolnośląskiej Rady Lekarskiej podjąłem rozmowy z bankami i firmami ubezpieczeniowymi.

W kręgu moich zainteresowań znalazły się cztery banki, tj. PKO BP, Bank Zachodni, Zrzeszenie Banków Spółdzielczych oraz Bank Ochrony Środowiska. Wszystkie zapewniają kredyty preferencyjne dla lekarzy przeznaczone na rozbudowę praktyki lekarskiej i jej wyposażenie w sprzęt. Każdy z nich deklaruje uproszczenie procedury przyznawania kredytów, a także obsługi, w tym obsługi kont osobistych i rachunków rozliczeniowych prywatnych praktyk lekarskich. Sugerowaliśmy bankom wprowadzenie obsługi poprzez dyspozycje telefoniczne i przez Internet. Jak się okazało są one zainteresowane wprowadzeniem tych form obsługi klienta, szczególnie obsługą kredytów preferencyjnych dla lekarzy, które przygotowuje Ministerstwo Zdrowia. Są również gotowe do ustalania indywidualnego toku spłaty zaciągniętego kredytu. W takich umowach istniałaby możliwość zawieszania spłaty na krótkie okresy.

Było też negocjowane uznanie zakupu samochodu jako uzupełnienia sprzętu praktyki lekarskiej. Ma to szczególne znaczenie dla praktyki wyjazdowej, która jest uwarunkowana szybkim dotarciem do chorożego lub szpitala.

Modernizacja praktyki prywatnej wymaga często dużych nakładów finansowych. Już dziś Bank Ochrony Środowiska proponuje kredyty preferencyjne ze specjalnej puli, oprocentowane od 6,5% do 8%. Jest ono uzależnione od czasu, na jaki kredyt został udzielony. Kredyty mogą być przeznaczane na modernizację ogrzewania: elektrycznego, gazowego lub innych oraz na wymianę okien i drzwi.

W przyszłości będzie można bezpośrednio z bankiem negocjować kredyt na ocieplenie budynków (o tych kredytach piszemy szerzej w wywiadzie z dyrektorem BOŚ - redakcją).

Banki złożą w sekretariacie DIL projekty kredytowe, które będą do wglądu zainteresowanych Kolegów.

Obecnie największym problemem jest ubezpieczenie kredytów, Izba stosuje poręczenia do kwoty 10.000 zł oraz rekomendacje przy kredytach przekraczających tę kwotę. Pozwala to na korzystanie z kredytów preferencyjnych, tj. niższych od konsumpcyjnych zwykle o 1-2%. Nie są one jednak ubezpieczone. Wiąże się z tym niebezpieczeństwo, że w razie nieszczęśliwego wypadku, choroby, śmierci kredyt musi być spłacony w terminie także przez spadkobierców. Izba negocjuje z Inter-Fortuną Życie warunki grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców. W połowie listopada br. takie ubezpieczenie zostanie najprawdopodobniej uruchomione. W trakcie negocjacji jest również rozszerzenie go na czasową lub stałą niezdolność do pracy, niezależną od ubezpieczonego, co niesie za sobą okresową lub całkowitą niemożność spłaty kredytu z przyczyn niezależnych od ubezpieczonego.

Z naszym grupowym ubezpieczycielem Inter-Fortuną Życie zostało wynegocjowane nowe ubezpieczenie, które będzie związane z grupowymi ubezpieczeniami OC. Będzie to grupowe ubezpieczenie od wypadków i zachorowań z włączeniem tak częstych w naszym zawodzie schorzeń jak zawał i wylew.

Jest również w trakcie negocjacji z firmami ubezpieczeniowymi umowa o grupowym ubezpieczeniu wszystkich członków DIL na wypadek śmierci. Opłatę za ten rodzaj ubezpieczenia wniosłaby DIL z funduszy dotychczasowych odpraw pośmiertnych. Negocjowana jest także możliwość rozszerzenia tego ubezpieczenia na osoby indywidualne. Byłoby to ubezpieczenie od następstw nieszczęśliwych wypadków, udaru, wylewu, zawału oraz rozszerzenie tego ubezpieczenia na członków rodziny ubezpieczonych.

BOŚ Bank przyjazny nie tylko ekologii

torem Włodzimierzem Bednorzem, było porozumienie podpisane przez Oddział BOŚ SA we Wrocławiu z Dolnośląską Izbą Lekarską. Na mocy tego porozumienia - "PANACEUM" - kredyty dla lekarzy zrzeszonych w DIL-u, których DIL jest poręczycielem, mają niższe oprocentowanie od kredytów komercyjnych.

- Przybliżmy ten produkt zainteresowanym. Czy taki kredyt można uzyskać tylko na określony cel?

- Kredyty poręczane przez DIL mogą być przeznaczone na zakup artykułów przemysłowych, sprzętu komputerowego i usług w systemie sprzedaży ratalnej, w punktach sprzedaży wskazanych przez DIL. Towary i usługi objęte kredytem to wyposażenie gabinetów i klinik, sprzęt medyczny, laboratoryjny i pomocniczy, urządzenia i sprzęt podwyższający standard usług medycznych, jak również remont budynków i lokali, oraz inne cele określone przez DIL.

- Czy są inne sposoby zabezpieczenia spłaty kredytu czy tylko poręczenie DIL?

- Może to być zastaw rejestrowy na zakupionym sprzęcie lub innych rzeczach ruchomych wraz z cesją praw z umowy ubezpieczenia. Może to też

Oprócz zarządzania bieżącymi środkami, publicznym zakładom opieki zdrowotnej proponujemy usługi depozytowe, w tym lokaty dynamiczne EKORADA, przeznaczone dla sektora jednostek finansów publicznych. Ich oprocentowanie zależy od faktycznego okresu utrzymywania środków, którego klient nie musi określać w chwili podpisywania umowy. Oferujemy również standardowe produkty kredytowe, takie jak kredyt w rachunku bieżącym, kredyt płatniczy, kredyt rewalwingowy, na realizację średnio- i długoterminowych zadań o charakterze rozwojowym lub modernizacyjnym. Mamy też kredyty inwestycyjne, których możemy udzielić na okres do 7 lat.

Jesteśmy gotowi objąć obsługą również pracowników szpitali, począwszy od prowadzenia im rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych, z możliwością otrzymania krajowej i międzynarodowej karty płatniczej poprzez kredyty w ROR na bardzo atrakcyjnych warunkach, pożyczki gotówkowe, kredyty konsumpcyjne, aż po różnego rodzaju lokaty terminowe - standardowe, rentierskie, dynamiczne.

- A pacjenci? Czy im również Bank Ochrony Środowiska

problem roku 2000. Czy BOŚ SA jest przygotowany do przeciwdziałania zagrożeniom związanym z tą datą?

- BOŚ SA rozpoczął przygotowania do roku 2000 już na początku 1998 roku. Przeprowadziliśmy testy infrastruktury informatycznej i technicznej pod kątem poprawnej pracy w roku 2000. Mogę z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że zainstalowanie w banku urządzenia pozwolą uniknąć wszelkich komplikacji przy zmianie datownika. Naszym klientom możemy zagwarantować pełne bezpieczeństwo wkładów finansowych.

- Dziękuję za rozmowę.

- Dziękuję i zapraszam do naszych placówek na Dolnym Śląsku. Jesteśmy po to, by Państwu doradzić i pomóc.

ODDZIAŁ WROCŁAW

ul. Zapolskiej 1

50-032 Wrocław

tel. (071) 44 36 29

FILIA W JELENIEJ GÓRZE

ul. Wolności 5

58-500 Jelenia Góra

tel. (075) 75 35 500-507

FILIA W LEGNICY

ul. Złotoryjska 95

59-220 Legnica

tel. (076) 856 03 82

W szpitalu uniwersyteckim w Stanach Zjednoczonych (cz. II)

O prestiżu szpitala decyduje terapia bólu

Marcin Rak

Ogólne tendencje

Ze względu na dużą autonomię poszczególnych anestezjologów nie ma żadnych wytycznych postępowania obowiązującego wszystkich, co nie oznacza, że współczesna amerykańska anestezja nie ma cech charakterystycznych.

Najważniejszą z nich jest duże zaangażowanie pacjenta w wybór i proces znieczulenia. Chory jest dokładnie poinformowany o możliwościach, spodziewanym przebiegu znieczulenia, możliwych powikłaniach i odczuciach. Zgoda chorego jest nieodzownym elementem każdego etapu leczenia. Częściowo z tego faktu wynika stosunkowo mniejszy niż w wielu szpitalach wieloprofilowych w Polsce odsetek zastosowania anestezji regionalnej. Pomimo wielkiego zaawansowania i specjalistów, technik anestezji przewodowej, ilość zabiegów przeprowadzanych w tych rodzajach znieczulenia nie przekracza 20%. Jednak spora część zabiegów na jamie brzusznej i klatce piersiowej odbywa się w anestezji łączonej - ogólnej z zastosowaniem cewnika zewnątrzoponowego, utrzymywanego w okresie pooperacyjnym w celu analgezji. Jednak dużą część tych cewników zakłada się u pacjenta już w znieczuleniu ogólnym.

Preferowanymi układami anestetycznymi są układy okrężne, stosowane jako układy półzamknięte i często zamknięte, zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Charakterystyczne jest również szerokie zastosowanie anestetyków wziewnych, najczęściej w formie łączonej z zastosowaniem opioidów i środków zwiotczających. Pewna część anestezjologów stosuje w wielu przypadkach anestezję opartą na środkach wziewnych w systemie close-circuit low-flow anaesthesia, z zastosowaniem ultrakrótko działających środków zwiotczających przy wprowadzeniu, przechodząc przy ustępowaniu ich działania na oddech wspomagany i następnie własny. Zastosowanie znajdują głównie izofluran i desfluran, w anestezji pediatrycznej zaś sewofluran.

Jednocześnie rozwija się anestezja całkowicie dożylna, w głównej mierze dzięki zastosowaniu propofolu. Nowe środki używane zarówno w anestezji wziewnej, jak i dożylnej, doprowadziły do znacznego ograniczenia zastosowania podtlenku azotu. Propofol stosowany jest obecnie we wszystkich, prócz noworodków i małych niemowląt, grupach wiekowych. Do indukcji znieczulenia używa się również tiopentalu i etomidatu. Zastosowanie ketaminy jest ograniczone do niektórych przypadków w anestezji pediatrycznej, przypadków urazowych, w innych natomiast sytuacjach jej zastosowanie jest bardzo rzadkie.

Spośród opioidów najszerzej stosowany jest fentanyl. Sufentanyl znajduje zastosowanie głównie wśród kardioanestezjologów, w rozległych operacjach naczyniowych, a także w analgezji dokanałowej i zewnątrzoponowej. Alfentanyl i remifentanyl są stosowane w anestezji do zabiegów ambulatoryjnych.

Najszerzej stosowaną metodą zabezpieczenia dróg oddechowych jest intubacja dotchawicza. Istnieje grupa lekarzy będących zwolennikami szerszego użycia maski krtańowej, jednak jej zastosowanie jest ograniczone do przypadków trudnej intubacji i wentylacji (w tym użycie maski umożliwiającej zain-tubowanie - tzw. intubating laryngeal mask), a także do wybranych przypadków hiperreaktywnych dróg oddechowych oraz u śpiewaków.

Wśród płynów infuzyjnych stosowanych w okresie okołoperacyjnym dominuje mleczanowy roztwór Ringera oraz sól fizjologiczna. Zastosowanie koloidów jest ograniczone do szybkiego wyrównywania niedoborów wolemii, przy czym szersze zastosowanie niż roztwory skrobi hydroksyetylowanej znajdują roztwory ludzkich albumin. Zestawy do przetaczania płynów są dokładnie zabezpieczane przed możliwością zatorowości powietrznej.

Szczególną uwagę anestezjologów przywiązują do termoregulacji podczas znieczulenia i po nim, leczenia nudności i wymiotów oraz analgezji w okresie pooperacyjnym. Ścisłe protokoły postępowania, zabezpieczające chorego przed wychłodzeniem (materace, klimatyzacja, koce, ogrzewanie płynów) umożliwiają zmniejszenie powikłań metabolicznych okresu okołoperacyjnego i wraz z postępowaniem przeciwwymiotnym i przeciwbólowym znacznie poprawiają komfort okresu pooperacyjnego. Przeciwwymiotnie stosowane są głównie neuroleptyki - inhibitory ośrodkowych receptorów dopaminergicznych i serotoninergetycznych. Dyskomfort chorego w okresie pooperacyjnym jest traktowany jako powikłanie anestezjologiczne, dlatego skrupulatne leczenie wszystkich powikłań tego okresu jest bardzo ważnym elementem tkwiącym w świadomości każdego anestezjologa.

Ból okołoperacyjny, ból ostry i przewlekły

Jednym z elementów decydujących o prestiżu szpitala jest zespół

zajmujący się terapią bólu. Są to zwykle wyodrębnione działy, z wyspecjalizowanymi zespołami zajmującymi się leczeniem bólu pooperacyjnego i u pacjentów hospitalizowanych z różnych przyczyn oraz ambulatoryjnym poradnictwem i postępowaniem zabiegowym u pacjentów z różnymi ostrymi i przewlekłymi zespołami bólowymi.

Wśród metod leczenia bólu pooperacyjnego dużą popularnością cieszą się techniki pozajelitowe podawania środków opioidowych, w tym analgezja kontrolowana przez pacjenta (PCA). Ponadto wielu anestezjologów szeroko stosuje pooperacyjną analgezję zewnątrzoponową po zabiegach w obrębie tułowia i kończyn dolnych. W tych przypadkach często znajdują zastosowanie mieszaniny bupiwakainy i niewielkich dawek opioidów (sufentanyl i fentanyl), często również

rowane podawanie środków przeciwbólowych, np. podpajęczynówkowa wewnętrzna pompa morfina.

Nowe technologie

W Stanach Zjednoczonych oprócz klasycznych już technik monitorowania (zwłaszcza hemodynamicznego) pojawiły się w ostatnich latach - zdobyły szersze zastosowanie - techniki, które będą miały prawdopodobnie przełomowe znaczenie w anestezjologii klinicznej ze względu na małą inwazyjność lub dostarczanie unikatowych informacji o stanie chorego w czasie znieczulenia. Z technik takich na szczególną uwagę zasługują echokardiografia przezprzełykowa, nieinwazyjne monitorowanie saturacji kory mózgu, pH-metria śluzówkowa żołądka i okrężnicy, zastosowanie ciągłego pomiaru saturacji krwi żywej



podawanych metodą PCA. Bezpieczeństwo różnych metod analgezji pooperacyjnej jest zapewnione dzięki możliwościom skutecznego i zintegrowanego monitorowania w oddziałach intensywnej terapii pooperacyjnej i pooperacyjnych salach na oddziałach zabiegowych.

W terapii przewlekłych zespołów bólowych od kilku lat obserwuje się tendencję do ograniczania technik zabiegowych, tj. różnego rodzaju blokad, neuroliz itp. na korzyść farmakoterapii klasycznymi i nowymi środkami opioidowymi oraz nowymi środkami z grupy nieopiodowych leków przeciwbólowych. Ma ona swe źródło w rozpowszechnionym obecnie przeświadczeniu o ograniczonej skuteczności metod zabiegowych, a przede wszystkim o powstawaniu w ich wyniku wtórnych zespołów bólowych. Nie oznacza to jednak definitywnego odwrotu od technik analgezji przewodowej. Wciąż stosuje się techniki umożliwiające ciągłe ste-

mieszanej. W uniwersyteckich szpitalach w USA metody te zdobywają coraz większe znaczenie nie tylko w specjalistycznych zabiegach np. kardio- czy neurochirurgicznych, ale i w innych rozległych operacjach lub podczas zabiegów u wybranych chorych ze schorzeniami serca i naczyń obwodowych.

Anestezja pediatryczna

Anestezja pediatryczna cieszy się w USA niezależnością, dzieci znieczulane są wyłącznie przez przeszkolonych specjalistów. Mają oni doświadczenie nie tylko w chirurgii dziecięcej, ale również w wyspecjalizowanych podspecjalnościach chirurgii i intensywnej terapii dziecięcej. Szczególne znaczenie w anestezjologii pediatrycznej ma ograniczenie stresu okołoperacyjnego u dzieci, a więc odpowiednia, dobrze tolerowana premedykacja i analgezja pooperacyjna. Premedykacja odbywa się głównie drogą do-

ustną, szeroko stosowana jest również droga doodbytnicza i donosowa. Kontakt z rodzicami jest zapewniany dziecku tak długo, jak to możliwe. Indukcja znieczulenia odbywa się prawie wyłącznie drogą dożylną, przy czym znaczenie mają takie środki jak tiopental, ketamina i propofol. W podtrzymaniu znieczulenia wykorzystywane są szeroko środki wziewne, w tym szczególnie popularny w anestezji pediatrycznej sewofluran.

Anestezja w położnictwie

Anestezja położnicza jest uważana w USA za dziedzicę odpowiedzialną i trudną. Prowadzą ją anestezjologowie wyspecjalizowani w dziedzinie anestezji regionalnej. Podobnie jak w Europie, znieczulenie przewodowe do cięcia cesarskiego jest zalecane we wszystkich takich przypadkach, w których sytuacja położnicza lub prawna nie zmusza do wykonania znieczulenia ogólnego. Powszechnie obowiązuje protokół przygotowania pacjentki, umożliwiający odpowiednią alkalizację soku żołądkowego przed wprowadzeniem do znieczulenia (cytrynian sodu, ranitydyna). Statystycznie najczęściej stosowanym znieczuleniem do cięcia cesarskiego jest znieczulenie podpajęczynówkowe, w niektórych ośrodkach duży odsetek stanowi blok łączony epiduralno-rdzeniowy (CSEA). Aby ograniczyć do minimum popunkcyjne bóle głowy, stosuje się igły typu pencil - point 24-27G oraz intensywne postępowanie analgetyczne po operacji.

Po okresie wielkiej popularności znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu drogami naturalnymi, w ciągu ostatnich 3-5 lat pojawiają się tendencje do jego ograniczania. Wiąże się to ze zwiększeniem odsetka porodów zabiegowych (głównie cięć cesarskich), które są w społeczeństwie amerykańskim uważane za bardziej obciążające i niebezpieczne. Podobnie więc jak w terapii bólu, tak w analgezji porodu renesans przeżywają metody analgezji ogólnoustrojowej, w których dokonuje się duży postęp dzięki nowoczesnej farmakologii środków przeciwbólowych.

Przekazywane obserwacje mogły poczynić dzięki stypendium szkoleniowemu Polsko-Amerykańskiego Stowarzyszenia Lekarzy w Chicago, którym administruje Fundacja Kościuszkowska w Departamencie Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala University of Chicago w stanie Illinois w USA.

*lek. med. Marcin Rak
Oddział Anestezjologii i
Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego we Wrocławiu*

Jak zdobywałem Górę Kościuszki

Kazimierz Bojarski

Po czterotygodniowym zwiedzaniu Australii Zachodniej (październik - listopad 96) 3 dni odpoczywam w Kambaldzie.

Tu pracuje mój przewodnik i do-brodziej Krzycho Biegaj - jest kierownikiem robót w 2 kopalniach niklu (tona rudy niklu 600 \$).

Pierwsze kroki kieruję do wagi, fatalnie! - rekord otyłości pobity... To pewnie przez te steki z cebulą pitraszone na ruszcie w stylu barbecue - zarządzam dietę i długie spacerki po zachodzie słońca (w dzień temp. powyżej 40 st. C). W Kambaldzie zwiedzam miejscowy ośrodek zdrowia, w którym pracuje polska lekarka Kamila Mytych. Żyje już 20 lat w Australii, ma 2 dzieci, zarabia ok. 120 tys. \$ rocznie, więc mieści się w 3% najlepiej sytuowanych w tym kraju. Warunki pracy dobre, ale do najbliższego szpitala jest 50 km, a konsultacje wysoko specjalistyczne trzeba robić w Peru oddalonym o 700 km. Dr Mytych wraz z kolegą wydaje popularnonaukowe pismo medyczne „Your Doctor”, ode mnie oprócz egzemplarza „Medium” dostaje firmowy krawat DIL-u.

Być w Australii i nie zobaczyć Harbour Bridge, opery w Sydney albo Stadionu Olimpijskiego w Melbourne, czy ANZAC w Canberze? - muszę... zwłaszcza że konto „Visa” jeszcze pozwala. W samo południe z Kalgoorie australijskimi liniami „Qantas” odlatuję do Sydney na trzytygodniową podróż po wschodnim wybrzeżu.

Adelajda

Pierwsze lądowanie po 2,5 godz. w Adelajdzie, stolicy Południowej Australii.

Po półtorej godziny twarde lądowanie budzi mnie w zalany światłem Sydney, nie mogę odszukać bagażu omyłkowo oddanego na tranzyt międzynarodowy. Choć już dobrze po północy układam plan zwiedzania Sydney - mam na to sześć dni.

Sydney

Przez te 6 dni codziennie przez 10 godzin systematycznie „przechesywałem” to radosne miasto poznając najciekawsze miejsca. O 7,30 autobusem do Parramatty (2 \$), potem kolejką do Dworca Centralnego (3 \$) i stamtąd z mapką do wyznaczonych miejsc. O Sydney - z racji Olimpiady 2000 - pisze się dużo, nie będę więc zanudzał opisem miejsc zwiedzanych.

Mogę tylko powiedzieć, że najstarsza dzielnica The Rock jest prześliczna, słynny nie tylko w Australii most Harbour Bridge bardzo solidny (oddany do użytku w 1932 r., a wytrzymałość sprawdzano wjeżdżając 72 lokomotywami), a opera robi większe wrażenie, gdy się jest w pobliżu i w środku (projekt Duńczyka Vtzona nie został w pełni zrealizowany z powodu braku pieniędzy, choć budowano ją od 1959 do 1973 r.).

Najpiękniejszym widokiem można się upoić o zmierzchu, gdy tysiące lampek wyznaczają kontury Harbour Bridge, ogromne reflektory podświetlają operę, a różnokolorowe światelka na łodziach przesuwają się po rzece Parramatta.

W dzień można delektować się zielenią i kwiatami idąc z północy na południe przez Royal Botanic Gardens, The Domain i Hyde Park aż do Anzac Memorial (Pomnika Nieznanego Żołnierza).

A stąd już blisko do kolejki napowietrznej stanowiącej dużą atrakcję dla turystów i udogodnienie dla tubylców. Wsiadając na stacji City Centre mamy krok do Sydney Tower, najwyższego punktu miasta (wys. 374 m.) - słynnej złocistej kuli - skąd idealny widok za 9 \$.

Jedną z wielu atrakcji Sydney jest Akwarium (14 \$) z przezroczystym pleksiglasowym tunelem, przejście przez niego wywołuje silne emocje, bo gdyby pękł? W Muzeum Morskim (5 \$) możemy się zapoznać z ankietą, czy wydobywać „Titanica”.

Odwiedziłem Mennicę zwaną „rumowym przytułkiem” (od budowniczego, który uzyskał monopol na handel rumem, rezydującę gubernatora). Brałem udział w skromnym lunchu w Parlamencie, gdzie udało mi się wejść z delegacją miasta Darwin, której przez dwie godziny pokazywano różne zakamarki gmachu. W księdze wyłożonej w Parlamencie widnieje mój czysty podpis „L. Fontello”.

Najsympatyczniej wspominam Ogród Chiński (3 \$) z jego wymyślnymi ścieżkami, kładkami pośród skał, wody i charakterystycznej niskiej zabudowy. Chętni mogą poprzebierać się we wschodnie ciuchy, z czego, oczywiście, skorzystałem. Długie wieczory spędzałem z panią Anią Paczoski, właścicielką domu, gdzie mieszkałem, 85-letnią samotną wdową, której spisane losy mogłyby stać się bestsellerem.

Ta drobna, pogodna kobieta, przez ponad 50 lat życia w Australii nigdy nie wyrzekła się swoich korzeni, pięknie mówi i pisze po polsku. Jest ona przykładem, że i w Australii może być nielekkko (350 \$ emerytury). Pożegnanie bardzo „mokre”, a Jej słowa: „Szkoda, że musi pan jechać, tak to szybko zleciało i znów będę sama” - zapamiętam na zawsze.

Canberra

Powstała w 1908 r. jako alternatywna stolica, by pogodzić Sydney i Melbourne. Nazwa pochodzi od aborygeńskiego „Kamberra”, co oznacza „miejsce spotkań”. Na zabudowę australijskiej stolicy konkurs architektoniczny w 1911 r. wygrał Amerykanin Griffin. On nazwał Canberę Bush Capital. Stolica ma maleńki dworzec z jednym peronem. Centrum mnie rozczarowuje, są tu same sklepy. Wszystkie godne uwagi miejsca są na obrzeżach. Wstępuję do National Gallery (12 \$), niestety, wystawa „Paryż” rozczarowuje. Galeria i wybudowany obok gmach sądu to kilkupiętrowe wielkie i ciężkie budowle, w podobnym stylu jest Biblioteka Narodowa, która ma dziennik pokładowy kapitana Cooka z 1768-71.

Większe wrażenie robią budynki starego i nowego Parlamentu. Kilka-naście metrów od okazałego starego Parlamentu aborygeni sklecieli z desek i blachy swoją „ambasadę”. Zbierają w niej podpisy pod petycją, by zwrócić im tereny zagarnięte przez białych. Telewizja australijska często pokazuje tę „ambasadę” i apele wygła-

szane przez zwolenników aborygenów.

Na niewielkiej górze Capitol Hill w 1988 r. za miliard dolarów otwarto podwoje nowego Parlamentu, który można zwiedzać, prz y wejściu tylko kontrola bagażu. Nie ma tu miejsc zamkniętych, 48 jasnozielonych marmurowych kolumn ma przywołać wrażenie lasu eukaliptusowego, a kobierzec w Great Hall, jeden z największych na świecie, ma oczarować paletą 300 barw i odcieni. Z tarasu Parlamentu rozciąga się wspaniały widok na Canberę. W dole ze sztucznego jeziora Burley Griffin na wysokość 140 m. tryska fontanna. Dalej za jeziorem Anzac Parade widać drogę



prowadzącą do Australia War Memorial - miejsca upamiętniającego Australijczyków poległych na wszystkich polach bitew. Jest to drugie po operze w Sydney najczęściej odwiedzane miejsce w Australii. „Stolica w buszu” - to oddaje charakter miasta. Wzniesiono tu kilkadziesiąt olbrzymich budynków dla ważnych urzędów państwowych wśród wspaniałej roślinności - ale wokół nich nie widać ludzi. Wydano miliardy dolarów na stworzenie sztucznego miasta. W jednym z przewodników czytam: Canberę można wyłącznie kochać albo nienawidzić.

Melbourne

Jest drugim po Sydney miastem Australii i od 200 lat rywalizuje o prymat w kraju. Według mnie Melbourne ustępuje Sydney, a spotkami tam Polacy spotęgowali to wrażenie. Wszystkim polecam bardzo tani Hotel Blechause przy zbiegu ulic Victoria Avenue i Beaconsfield nad zatoką Philpa (30 \$). Stąd przez 6 dni wyruszałem tramwajem na zwiedzanie miasta. Dworzec kolejowy Flinders Station jest centralnym punktem miasta, tu wyznacza się miejsca spotkań, skąd blisko do terenów rekreacyjnych - Aleksandra Gardens i Royal Botanic Gardens nad Yarra River, a także Stadionu Olimpijskiego, gdzie w 1956 r. E. Krzesińska zdobyła złoty medal skacząc w dal 6,35 m. Jedynie czteropasmowa jezdnia oddziela Stadion Olimpijski od Old Scotch Oval i National Tennis Centre, gdzie w styczniu każdego roku odbywa się

pierwszy z czterech wielkoszlemowych turniejów tenisowych. Na ulicy Flinders, wybudowano olbrzymie gmachy National Gallery, Concert Hall, Victoria Arts Centre. Wszystkie bogato wyposażone, przestronne. W ciągu 6 dni pobytu w Melbourne największą radość sprawił mi widok... Góry Kościuszki. Zwiedzając sale wystawowe Victoria Arts Centre wypatrzyłem olejny obraz (100 x 90 cm) Austriaka Eugene Guerarda namalowany w 1860 roku, a przedstawiający ten szczyt. Tu pisze się „Kosciuszko” a wymawia „Kozjasko”, nazwisko naszego rodaka, podróżnika i odkrywcy Strzeleckiego - Strzeleki.

Inne atrakcje Melbourne to Museum of Victoria z fascynującym działem dla dzieci, gdzie odbierają pogładową lekcję anatomii i Galeria Keeping Place ze sztuką aborygeńską oraz planetarium. Parlament, Town Hall, a także w Fitzroy Gardens domek kapitana Cooka przetransportowany tu w 1934 r. w 300 skrzyniach z Anglii.

Podziw budzi najsłynniejszy hotel w Australii „Windsor” z ciemnozieloną elewacją. Położony jest w pobliżu Princess Theatre, który kapie od złocień, okuć miedzianych i innych ozdóbek. Często odwiedzany miejscem jest Old Melbourne Gaol - więzienie, gdzie w 1880 r. stracono najsłynniejszego rozbójnika stanu, Neda Kelly.

Największym targowiskiem Australii jest Queen Victoria Market. Na ponad 1000 stołach i kilku ty-

siącach przenośnych stoisk sprzedaje się wszystko: ryby, mięso, ubrania.

Tasmania

Szczególnemu zbiegowi okoliczności zawdzięczam, że byłem na tej cudownej wyspie. W Tasmania Travel udało mi się wykupić bilet ze zwrotu, obniżony z 350 \$ na 120 \$ na Sprite of Tasmania. Wspaniały 6-piętrowy prom w 14 godzin pokonuje 250-kilometrową cieśninę Bass Strait do Davenport - lśniącego czystością miasteczka.

Do stolicy Tasmanii, Hobart, miasta liczącego 180 tys. mieszkańców, jadę autobusem Greyline - tanimi, szybkimi liniami. Początkowo 240-kilometrowa droga prowadzi wśród uprawnych pól i łąk, a ostatnie 100 km to kręta cudowna szosa przez skaliste góry. W Hobart jest Teatr Królewski i Town Hall z fasadą przedstawiającą Endeavour - okręt kapitana Cooka.

Przewodniki zachęcają, by koniecznie wpaść na piwo do Drunken Admiral w Victoria Dock. Wpadłem, miejscowe piwo Cascade niestety znacznie ustępuje mojemu ulubionemu Guinnessowi. Corocznie pod koniec grudnia całe Hobart żyje jednym z najsłynniejszych regat żeglarskich na świecie Sydney - Hobart.

Na Tasmanii odwiedziłem także położone 100 km na południowy wschód od Hobart Port Artur - najsłynniejsze i najcięższe miejsce zesłań w całym brytyjskim imperium. Tu przez 47 lat - do 1877 r. - przebywało około 13 tys. zesłańców, przeżyli tylko nieliczni.

Pożar z końca XIX wieku zniszczył budynki więzienne, pozostały wspaniałe widoki na ocean. Po 3 godzinach zwiedzania powrót „busem” na lotnisko w Hobart, skąd „Qantasem” w 50 min. do Melbourne. Wycieczka 32-godzinna, niestety, ok. 310 \$.

Potem przelot powrotny Melbourne - Adelajda - Kalgoorie, szczegółowy przegląd bagażu w Kambaldzie i ostatnie 700 km do Perth - miejsca odlotu do Polski.

Perth

Dwumilionowa stolica Australii Zachodniej jest wspaniale rozwijającą się metropolią.

Swoim rozmachem i możliwościami Australia Zachodnia i jej stolica Perth w wielu dziedzinach przewyższają stany i miasta Australii. W czasie podróży po antypodach trzykrotnie byłem w Perth, za każdym razem z ciekawością i radością odkrywałem nowe miejsca i poznawałem wielu niezwykle sympatycznych i uczynnych Polaków.

Framanthe to port położony nad samym ujściem Swan River. Swan to czarny łabędź - symbol Australii Zachodniej. Jest tu replika londyńskiego Big Bena i australijska wersja Tower of London - siedziba gubernatora. Czystość w Kings Gardens zaskakuje, a spokój i powaga ludzi odwiedzających strzelistą marmurową obelisk, który upamiętnia poległych w 1915 r. w Turcji pod Gallipoli Australijczyków nawet wzrusza. Spod obelisku rozpościera się fenomenalny widok na zatokę z różnokolorowymi wydętymi żaglami jachtów i windsurfingów. Stare, a za takie uważa się w Australii wszystko, co ma ponad 150 lat, kamienice i kościoły są pieczołowicie odrestaurowane. Ciekawy The Deanery i siedziba sądów Old Courthouse są wspaniale wkomponowane pomiędzy kilkudziesięcioletnimi wieżowcami. Wzdłuż głównej ulicy St. Georges Terrace umieszczono na chodniku mosiężne tablice. Można z nich uczyć się historii Australii, zwłaszcza Zachodniej. Pierwsza płyta z datą 1829 i nazwiskiem Stirlinga przypomina kapitana floty, który pierwszy wyładował w okolicy Perth. Potem co 25 metrów kolejne lata aż do 1987 r.

Stąpając po nich żegnałem się z Australią... Byłem tu osiem tygodni...

Mojemu przyjacielowi i sponsorowi K. Biegajowi napisałem „Hymn Polonii Australijskiej”, który zaczyna się tak:

„Choć Kościuszko tu Kozjasko, Strzelecki - Strzeleki,

Murray River w Australii siostrą Wisły rzeki.

Jak los zrządzi nie wrócimy tak jak wraca ptaszę

Choć tu kości zostawimy, w Tatrach serca nasze”.

P.S.

Dziękuję Redakcji „Medium” za udostępnienie miejsca na korespondencję z Australii, a czytelnikom za cierpliwość.

Po Australii podróżowałem: 1) samochodem (12 tys. km), 2) samolotem (8 tys. km), 3) inne (pociąg, prom 1-2 tys. km).

Cała 8-tygodniowa impreza kosztowała mnie... (mój adres: 58-309 Wąbrzych, ul. Teligi 39) - każdemu, kto napisze podam kosztorys - bez adresu do Biegaja...

Postępowanie w kacheksji nowotworowej

Kacheksja to termin wywodzący się od dwóch greckich wyrazów: *kakos* (zły) i *hexis* (kondycja). Inaczej zwana zespołem wyniszczenia stanowi jeden z istotnych objawów towarzyszących krańcowo zaawansowanemu procesowi nowotworowemu. Jednak nie musi być bezpośrednio związana z niedożywieniem, może wystąpić we wstępnej fazie choroby lub wyprzedzić stwierdzenie nowotworu, pozostając bez związku z jego typem, umiejscowieniem i zaawansowaniem.

Kacheksję można zdefiniować jako zaburzenie bilansu energetycznego, czyli równowagi między podażą a wydatkowaną energią.

Zespół Opieki Paliatywnej przy Dolnośląskim Centrum Onkologii
dr n. med. Anna Orońska
lek. med. Magdalena Kuriata-Kordek,
lek. med. Anna Sułkowska-Smolańska

Wyróżniamy jej dwie odmiany.

Zachowanie organizmu w kacheksji pierwotnej tym się różni od zachowania w czasie głodu, że nie dochodzi do uruchomienia mechanizmów oszczędzających tkankę mięśniową mających na celu podtrzymanie normalnych czynności życiowych. Zespół wyniszczenia charakteryzuje się zmniejszeniem mięśniowej masy ciała i towarzyszącymi zaburzeniami metabolizmu. Dlatego pierwotną kacheksję zdefiniować można jako proces doprowadzający do nieuporządkowanego wyniszczenia bez zachowania zdolności adaptacyjnych ustroju.

Kacheksję wtórną określa zmniejszenie masy ciała i niedożywienie wynikające z niemożności zapewnienia normalnej podaży pokarmu (zaburzenia polykania, wchłaniania) lub zaburzeń pokarmowych będących konsekwencją procesu terapeutycznego.

Kacheksja pierwotna stanowi zatem odpowiednik wyniszczenia nowotworowego wraz z towarzyszącym mu wzmożonym metabolizmem i wzrostem zapotrzebowania na energię.

Zespół wyniszczenia pozostaje zjawiskiem o nie do końca wyjaśnionej patofizjologii. Przyczyny powstania kacheksji mogą być różnorodne, od utraty łaknienia, nudności, wymiotów, oligofagii wywołanej np.: obturacją przewodu pokarmowego, poprzez zaburzenia wchłaniania, trawienia, biegunki towarzyszące nowotworom jelit, owrzodzenia czy krwawienia powodujące utratę białek, do następstw leczenia radio- czy chemioterapią.

Jednak bezpośrednią przyczyną zespołu wyniszczenia wydaje się patologiczna odpowiedź układu hormonalnego gospodarza na stres metaboliczny wywołany nowotworem. Zgodnie z teorią immunologiczną komórki nowotworowe guza jako ciała obce, wytwarzające peptydy i glikopeptydy, stymulują prawidłowe komórki gospodarza do nadmiernej, ciągłej produkcji cytokin i limfokin. Podkreśla się zwłaszcza znaczenie takich mediatorów kacheksji jak: wytwarzany przez komórki gospodarza czynnik martwicy guza - alfa, zwany też kachektyną, interleukina 1, 6, interferon alfa, gamma, uwalniany przez komórki nowotworowe kwaśny peptyd zwany też czynnikiem indukującym proteolizę (PIF) oraz wynikające z za-

burzenia równowagi hormonalnej ustroju zmiany w zakresie działania insuliny, glukagonu, kortykosteroidów, amin katecholowych, serotoniny, epinefryny, ludzkiego czynnika wzrostu oraz insulinopodobnego czynnika wzrostu.

W konsekwencji u chorych z zespołem wyniszczenia nowotworowego podstawowa przemiana materii ulega podwyższeniu. Zaburzenia metaboliczne dotyczą zarówno węglowodanów (oporność na insulinę, nietolerancja glukozy, wzrost glukoneogenezy, zwiększona produkcja kwasu mlekowego), jak i tłuszczów (zwiększona mobilizacja kwasów tłuszczowych i ich metabolizm, hiperlipidemia, spadek aktywności lipazy lipoproteinowej) oraz białek (ich zwiększony metabolizm, katabolizm i zmniejszony anabolizm białek mięśni). Znaczenie omawianych procesów jest zmienne i podlega modulacji przez inne czynniki związane z indywidualną sprawnością układu odpornościowego, wyjściową kondycją organizmu w momencie zachorowania oraz sposobem leczenia.

Można jednak zaobserwować pewne wspólne prawidłowości kliniczne cechujące rozwinięty zespół wyniszczenia, takie jak: zmniejszenie masy ciała (dotyczące głównie tkanki mięśniowej), zaburzenia łaknienia, uczucie szybkiego nasycania się, senność, bladłość (niedokrwistość), obrzęki związane z hypoalbuminemią, zaburzenia elektrolitowe, upośledzenie układu odpornościowego i zły stan ogólny.

Zespół wyniszczenia jest zarówno problemem patofizjologicznym, jak i psychologicznym. Samo chudnięcie jest widocznym znakiem postępu choroby, doprowadza do pogorszenia kondycji psychicznej pacjentów, narastającego lęku, depresji, czasem całkowitego załamania i odmowy uczestnictwa w normalnym życiu rodzinnym, społecznym, i w kontynuacji objawowego leczenia.

Próby opanowania zespołu wyniszczenia nowotworowego przez intensywną doustną lub pozajelitową hiperalimentację okazały się mało przydatne, nie tylko nie hamując procesu wyniszczenia, lecz także paradoksalnie indukując czynniki prokachektyczne. Zgodnie z teorią współzawodnictwa metabolicznego dostarczane organizmowi substraty, zwłaszcza aminokwasy potrzebne do syntezy białek, tj. lecytyna, glutamina, mogą być w głównej mierze wykorzystywane przez komórki nowotworowe.

Środki poprawiające trawienie i pobudzające perystaltykę są stosowane jako wspomagające w zespole wyniszczenia. Wykorzystując antyhistaminowy i antyserotoninowy mechanizm działania cyproheptadyny, można uzyskać poprawę apetytu, lecz nie obserwowano wpływu na zwiększenie masy ciała. Kolejnymi stosowanymi lekami są wspomniane

wcześniej prokinetyki działające przeciwwymiotnie, pobudzająco na perystaltykę przewodu pokarmowego i poprawiające łaknienie.

U części chorych łaknienie poprawia się po podaniu niewielkich dawek glikokortykosteroidów. Jednak leki te z uwagi na działanie kataboliczne wpływają na postęp wyniszczenia w dłuższym czasie, a przyrost masy ciała może być pochodną zatrzymania wody w organizmie. Ponadto stosowanie tej grupy leków wiąże się z ryzykiem licznych działań ubocznych i spadkiem odporności.

Na uwagę zasługują również steroidy anaboliczne, choć dotychczas mają ograniczone zastosowanie w leczeniu kacheksji.

Lekami z wyboru stosowanymi w zespole wyniszczenia, ze względu na ich przyczynowy mechanizm działania, pozostają medroksyprogesteron oraz octan megestrolu, wywołujące zarówno poprawę apetytu, jak i znaczący przyrost masy ciała.

Najczęściej stosowanymi lekami w zespole wyniszczenia jest octan

nia wzrost poziomu albumin, białka całkowitego i hemoglobiny. W surowicy krwi chorych otrzymujących megestrol stwierdzono spadek poziomu mediatorów kacheksji - interleukiny-1 i czynnika martwicy guza. Dochodzi u nich do przełamania niekorzystnych zjawisk katabolizmu i stworzenia dogodnych warunków do przyrostu masy ciała.

Ważną zaletą leku jest jego dobra tolerancja, niewielka toksyczność, a także wygodna forma podawania. Tabletki preparatu Megace można rozpuszczać w wodzie i w tej postaci podawać chorym z zaburzeniami polykania lub gastrostomią odżywczą. Ważny jest także krótki czas, w jakim można osiągnąć dodatni efekt paliatywny, który w przypadku skuteczności leku wynosi kilka tygodni. Najczęściej zalecane dawkowanie to 480 mg/dobę jednorazowo lub w dawkach podzielonych. Czasami jednak obserwowane jest drażniące działanie leku na śluzówkę przewodu pokarmowego, co objawia się nudnościami i wymiotami. W takim przypadku podanie preparatu w jed-

wia apetytu, a czasami powoduje tylko poprawę nastroju. Lek jest nieco mniej skuteczny w przypadku zmian anatomicznych w obrębie przewodu pokarmowego (zaburzenia trawienia i wchłaniania). Ostatnie badania donoszą o korzystnym połączeniu megestrolu z niesteroidowym lekiem przeciwzapalnym (ibuprofen w dawce 1200 mg/dobę) u tych chorych. Dodatkowe zastosowanie niesteroidowego leku przeciwzapalnego ma wpływ na hamowanie interleukiny-6 i zmniejszenie poziomu białek ostrej fazy.

Powikłaniem obserwowanym przez nas w trakcie leczenia octanem megestrolu było zakrzepowe zapalenie żył. Zwykle występowało ono u pacjentów z przebytymi wcześniej incydentami zakrzepowo-zatorowymi. U tych chorych należy zachować ostrożność, ewentualnie równocześnie włączyć leki antyagregacyjne lub przeciwzakrzepowe. Należy również być ostrożnym przy podawaniu leku osobom chorym na niewyrównane nadciśnienie i z nasilonymi zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej. Nie zaleca się kojarzenia w dłuższym okresie z innymi preparatami steroidowymi ze względu na możliwość sumowania się działań niepożądanych. Podawane w literaturze inne sporadycznie występujące niepożądane reakcje to: obrzęk, duszność, zatorowość płucna, krwawienia międzycykliczne, hiperglikemia, hiperkalcemia, utrata owłosienia, spadek potencji, rumień skóry. U naszych pacjentów powyższych objawów nie obserwowano.

Przypadki

Przypadek 1

Kobieta lat 64 z rozpoznaniem nowotworem sutka z licznymi przerzutami do kości, leczona operacyjnie (mastektomia) i cytostatykami. Odstąpiono od dalszego leczenia onkologicznego ze względu na zaawansowanie procesu i obciążenie kardjologiczne (kardiomiopatia z przewlekłą niewydolnością krążenia). W trakcie przyjęcia pod naszą opiekę chora skarżyła się na silne bóle bioder i lewego uda, osłabienie, brak apetytu, nie chodziła. W ciągu ostatnich 2-3 miesięcy schudła 6 kg. Zastosowaliśmy przeciwbólowo diklofenak i morfinę, początkowo doustnie. Ze względu na złą tolerancję (wymioty) przeszliśmy na podskórne podawanie morfiny razem z lekami przeciwwymiotnymi. Dodatkowo włączono klodronian i megestrol (Megace) w dawce 3 x 160 mg. Użytko ustąpienie dolegliwości bólowych, poprawę apetytu, chora po miesiącu zaczęła chodzić. Ze względu na nadmierny apetyt i znaczny przyrost masy ciała powyżej 15 kg, po 6 miesiącach zmniejszono dawkę Megace do 2 x 160 mg. Próba obniżenia dawki do 160 mg/dobę



megestrolu (preparat Megace), syntetyczny steroid (pochodna chlormadinonu) o działaniu anabolicznym i gestagennym, hamującym owulację. Nie wykazuje właściwości estrogennych ani androgennych. Stosowany jest w leczeniu zespołu wyniszczenia w przebiegu choroby nowotworowej, zwłaszcza we wczesnym okresie, a także w paliatywnym leczeniu raka sutka, raka błony śluzowej macicy oraz raka prostaty i raka jajnika. Korzystny efekt stosowania megestrolu w leczeniu wyniszczenia nowotworowego polega na zwiększeniu łaknienia, poprawie smaku, wzroście ilości przyjmowanych kalorii (posiłków), przyroście masy ciała, poprawie nastroju i poprawie stanu ogólnego chorych. W wykonywanych badaniach zaobserwowano ponadto w trakcie lecze-

norazowej dawce tuż przed snem poprawia jego tolerancję.

Megace jest preparatem najczęściej zalecanym pacjentom z zaburzeniami łaknienia i kacheksją nowotworową, będącym pod opieką Zespołu Opieki Paliatywnej we Wrocławiu.

Obserwujemy zdecydowanie lepsze efekty, jeśli lek zastosowano odpowiednio wcześnie, u chorych bardzo wyniszczonych wyniki są już zwykle gorsze. Jest skuteczny u większości pacjentów, u około 50-60% powoduje przyrost masy ciała, poprawę stanu sprawności i jakości życia. U części chorych z zaawansowaną i dynamicznie postępującą chorobą nowotworową powoduje poprawę łaknienia bez przyrostu lub czasem z dalszym spadkiem masy ciała. U części pacjentów terapia nie popra-



Postępowanie w kacheksji nowotworowej

powodowała zmniejszenie łaknienia. Chora była pod naszą opieką przez 12,5 miesiąca, do końca miała dobry apetyt, przez długi czas była sprawniejsza fizycznie, chodziła po domu. Nie dochodziło u niej do zaostrzeń przewlekłej niewydolności krążenia. Pacjentka nie była w tym czasie hospitalizowana.

Przypadek 2

Mężczyzna lat 63 z rozpoznaniem procesem rozrostowym płuca prawego z przerzutami do wątroby i do kręgosłupa. Leczony był cytostatykami. Zastosowano także radioterapię paliatywną obszaru kręgosłupa lędźwiowego. Po zakończonym leczeniu onkologicznym chory został skierowany do Zespołu Opieki Paliatywnej. Skarżył się na silne bóle kończyny dolnej prawej i kręgosłupa (mimo stosowania tramadolu) oraz słabszy apetyt. Schudł ostatnio kilka kilogramów. Zalecono przeciwbólowo buprenorfinę i ketoprofen, ponadto kłodronian i megestrol w dawce 3 x 160 mg. Uzyskano znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych, lepszy apetyt, zwiększenie aktywności fizycznej (pacjent wychodzi na spacer). W ciągu 2 miesięcy przybrał na wadze 5 kg.

Przypadek 3

Pacjent lat 68, mężczyzna, u którego w 01.97 r. rozpoznano proces nowotworowy (*ca. plaoepitheliale*) płuca prawego. Chorego zakwalifikowano do leczenia chemioterapią, otrzymał 5 wlewów, oraz radioterapię na okolicę guza prawego płuca i śródpiersie, które zakończono w 06.97 r. Pacjent został skierowany do Zespołu Opieki Pa-

liatywnej w 11.97 r. z objawami duszności spoczynkowej, kaszlu, spadkiem apetytu oraz silnymi bólami klatki piersiowej, które wymagały zastosowania opioidów. W związku z współistniejącą chorobą obturacyjną płuc chory wymagał stosowania typowych leków wziewnych, metyloksantyn, moczopędnych oraz steroidoterapii w zmiennych dawkach. Ze względu na objawy spadku łaknienia, obniżenie masy ciała włączono octan megestrolu w dawce 3 x 1 tabl. a 160 mg, uzyskując w ciągu 5 miesięcy stosowania znaczący przyrost wagi (8 kg), poprawę łaknienia, nastroju, wydolności fizycznej oraz istotne zmiany parametrów badań laboratoryjnych (wzrost hemoglobiny, wartości białka całkowitego). Po 2 miesiącach terapii zredukowano dawkę octanu megestrolu do 2 x 160 mg na prośbę pacjenta, który zgłaszał problemy z opanowaniem wilczego apetytu przy wcześniej stosowanej dawce.

Zaburzenia łaknienia, obniżenie nastroju i ubytek masy ciała będące częstym powikłaniem choroby nowotworowej wpływają znacząco na jakość życia. Bardzo istotne jest zatem odpowiednio wcześniej podejmowane leczenie wspomagające. Konieczne jest wielokierunkowe postępowanie terapeutyczne. W leczeniu należy uwzględnić odpowiednią dietę, podejmować działania poprawiające łaknienie, zwalczając ból, nudności, wymioty i łagodzić trudności w polykaniu. Najczęściej nie udaje się tym leczeniem przedłużyć życia, jednak poprawa jakości życia chorych uzasadnia stosowanie opisywanej terapii.

Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner
ul. Skłodowskiej-Curie 55/61, 50-950 Wrocław
tel. 071 328 54 87, 328 30 68, 328 30 69, fax 071 328 43 91

Nowości

Lawrence, Peter F., **Chirurgia specjalistyczna** (tłum. z j. ang. pod red. W. Rowińskiego) Wyd. 1. Wrocław: Urban & Partner, 1999, s. 550; cena detal. 120 zł. W podręczniku zawarto najistotniejsze wiadomości z zakresu poszczególnych dziedzin chirurgii, takich jak: chirurgia dziecięca, plastyczna, torakochirurgia, neurochirurgia, ortopedia, chirurgia oka, układu moczowo-płciowego, głowy i szyi. W osobnym rozdziale omówiono także zagadnienia anestezjologiczne. W analizie przypadków klinicznych zastosowano następujące schematy: przedstawienie problemu, ustalenie rozpoznania, proponowane leczenie podstawowe i uzupełniające. Na końcu każdego rozdziału znajdują się wskazówki do ćwiczeń praktycznych oraz pytania do samodzielnego sprawdzenia wiadomości.

Christophers E., Stander M. T., **Zarys dermatologii i wenerologii** (tłum. z j. ang. pod red. T. Bogdańskiego) Wyd. 1. Wrocław: Urban & Partner, 1999, s. 270; cena detal. 49 zł. W podręczniku opisano zwięźle, a jednocześnie jasno, zarówno pod względem objawów, jak i leczenia najważniejsze choroby skóry i weneryczne. Uwzględniono najnowsze zdobycze diagnostyczne i terapeutyczne. Zachowany został sprawdzony dydaktycznie schemat podziału według przyczyny, objawów, rozpoznania i leczenia. Liczne tabele, ryciny, symbolika oraz objaśnienia tekstu ułatwiają szybką orientację. Podręcznik ten może być przydatny jako praktyczny przewodnik zarówno dla pielęgniarek, pielęgniarzy, jak i studentów medycyny.

Khan M. G., Topol E. J., Saksena Goodwin J. F., **Choroby serca. Diagnostyka i terapia** (tłum. z j. ang. pod red. Lecha Polońskiego) Wyd. 1. Wrocław: Urban & Partner, 1999, s. 700; cena detal. 88 zł. Bardzo przystępnie napisany podręcznik, w którym zawarto najważniejsze wiadomości na temat najczęściej występujących chorób serca. Autorzy położyli nacisk na praktyczną stronę rozpoznawania chorób serca oraz postępowania leczniczego. Dokładnie omówiono zagadnienia dotyczące choroby wieńcowej i jej powikłań (zawału i wstrząsu kardiogenego), wad zastawkowych serca, zaburzeń rytmu (łącznie z leczeniem niefarmakologicznym). Osobne rozdziały poświęcono nadciśnieniu, zaburzeniom lipidowym i chorobom zapalnym serca oraz opiece przedoperacyjnej pacjentów oddziałów kardiologicznych.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w Rawiczu
ul. Mikołajewicza 18, 63-900 Rawicz
zatrudni w pełnym wymiarze czasu pracy lekarzy specjalistów II stopnia w zakresie: chorób wewnętrznych, chirurgii, neurologii, medycyny pracy, psychologii na stanowiska **lekarzy orzeczników**
Szczegóły do omówienia w siedzibie Oddziału w godzinach pracy, tj. 7.00-15.00 lub kontakt telefoniczny: Wydział Spraw Pracowniczych tel. (065) 546-26-51 wew. 357

Wałbrzyska Wyższa Szkoła Zarządzania i Przedsiębiorczości

STUDIA PODYPLOMOWE

- Zarządzanie służbą zdrowia
- Zarządzanie i marketing
- Zasady sporządzania wniosków i korzystania z funduszy pomocowych UE oraz zarządzania projektami

O przyjęciu decyduje kolejność zgłoszeń!!!
Sekretariat Studiów podyplomowych:
58-309 Wałbrzych, ul. Westerplatte 39
Telefax (074) 843-63-23, 843-61-01



Xanax
alprazolam

0,25 mg 0,5 mg 1 mg 2 mg

dorośli - dawka początkowa	0,25 mg - 0,5 mg	3 x dziennie
pacjenci geriatryczni i wyniszczeni	0,25 mg	2 lub 3 x dziennie

Xanax SR
alprazolam

1 mg 2 mg 3 mg

dorośli - dawka początkowa	1 mg - 2 mg	1 x dziennie
----------------------------	-------------	--------------

Dawkę należy zwiększać stopniowo i zazwyczaj nie powinna przekraczać 4 mg na dobę. Jednak w stanach lęku napadowego może wynosić nawet 10 mg na dobę.

Każde opakowanie zawiera 30 tabletek.

Pharmacia & Upjohn Siedziba firmy: ul. Jakuba Kubickiego 21, 02-954 Warszawa, tel. (022) 699 02 00, 642 62 82, fax (022) 42 05 46
Centrum Obsługi Klienta: ul. Krakowiaków 80A, 02-255 Warszawa, tel. (022) 846 46 91, 846 02 99, fax (022) 846 50 16
Przed zastosowaniem prosimy o zapoznanie się z pełną informacją o leku zawartą w ulotce.

Oddział Wrocławski Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Oddział Dolnośląski Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego oraz Sekcja Nefrologiczna Towarzystwa Internistów Polskich i firma Roche mają zaszczyt zaprosić na posiedzenie szkoleniowo-naukowe poświęcone

**NAJNOWSZYM OSIĄGNIĘCIOM
W LECZENIU CHOROÓB NEREK**

Posiedzenie odbędzie się 8 grudnia 1999 roku o godz. 12.00 w sali konferencyjnej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, ul. Matejki 6.

Program naukowy przygotował zespół lekarzy Kliniki Nefrologii AM
Kierownik: **Prof. dr hab. Marian Klinger**

12.00 **Prof. dr hab. Marian Klinger: Wprowadzenie**

12.05 **Dr n. med. Sławomir Zmonarski: Postępy w diagnostyce i terapii zespołu nerczycowego**

12.25 **Dr n. med. Krzysztof Kazimierzak: Leczenie pierwotnych kłębuszkowych zapaleń nerek**

12.50 **Prof. dr hab. Marian Klinger: Współczesne możliwości hamowania postępu przewlekłych chorób nerek**

13.20 Dyskusja

13.40 Poczęstunek

Przewodniczący Oddziału Wrocławskiego PTL

Prof. dr hab. Tomasz Szepietowski

Przewodniczący Oddziału Dolnośląskiego PTN

Prof. dr hab. Marian Klinger

Serdecznie zapraszamy nie tylko członków Towarzystw, lecz także Koleżanki i Kolegów zainteresowanych tematem posiedzenia.

Laboratorium posiadające certyfikat COBJ w DL

Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
we Wrocławiu ul. Oławska 14,
tel. centrali 34-382-18, 19, 10

**proponuje Państwu
współpracę w zakresie
badań hematologicznych,
biochemicznych,
toksykologicznych
(narażenia zawodowe),
cytodiagnostyki dróg rodnych.**

Pobieranie materiału:

od poniedziałku do piątku
w godz. 8.00 - 12.00

- możliwość wykonania badań na "cito".

Pozostałe pracownie:

RTG - zdjęcia rtg od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 13.00.

EEG - od poniedziałku do piątku w godz. od 8.00 do 14.00.

Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze wraz z Oddziałem Kardiologii Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze pragną niniejszym zaanonsować edycję pracy dr. n. med. Zbysława Kopyścia:

Leksykon klinicznych terminów odmiennych

Leksykon jest nowością na polskim rynku piśmienniczym, zawierającą około 600 bardziej lub mniej znanymi określeń eponimicznych, z różnych specjalności medycznych.

Dzieło obejmuje określenia związane z nazwiskami autorów, jak: objawy, odruchy, odczyny, próby, metody, formuły, skale i in. Składa się z trzech części: a) zwięzłych opisów haseł głównych opatrzonej wielojęzycznymi synonimami i źródłowego piśmiennictwa, b) indeksu objawów oraz c) indeksu nazwisk.

Lektura tej książki umożliwi szybkie przypomnienie i przyswojenie wielu mniej znanych lub zapomnianych terminów odmiennych, bez czasochłonnego poszukiwania ich znaczenia w licznych podręcznikach lub monografiach.

Praca przeznaczona jest dla klinicystów wielu dyscyplin lekarskich z szerokiego kręgu medycyny wewnętrznej, zwłaszcza pediatrów, internistów, neurologów, historyków medycyny, ale też dla biochemików, bakteriologów, psychologów klinicznych oraz studentów wydziałów lekarskich, interesujących się historią rozwoju i postępu nauk medycznych.

Książka ukaże się w październiku 1999.

Zamówienia można składać pod adresem:

Okręgowa Izba Lekarska

65-273 Zielona Góra

ul. Braniborska 17

Z poważaniem

*Przewodniczący Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze
lek. Mariusz Witczak*

**TWÓJ PARTNER...
W ULTRASONOGRAFII**

ECHOSON

ECHOSON S.A.
24-100 PUŁAWY ul. Słowackiego 2
tel./fax (+0-81) 886 36 13

ULTRASONOGRAFY

OSSOLINEUM

Jorg Braun, Arno Dormann
**PORADNIK LEKARZA
PRAKTYKA**

Badanie. Diagnostyka. Leczenie.

Stany nagłe

Redaktor edycji polskiej Ryszard Ściborski

Tłum. Ryszard Ściborski, Edward Kostecki,

Marek Pelczar

ISBN 83-04-04459-5. Wyd. nowe

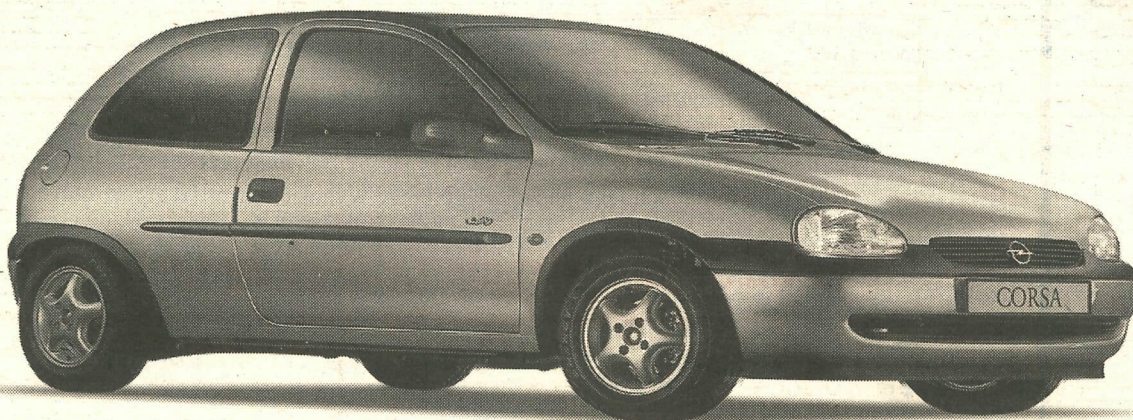
B6 wydłużony, 894 s., 112 il., opr. ceratowa 80

zł

Podręczny, kompletny poradnik praktyki lekarskiej w szpitalu. Książka zawiera wszystkie informacje użyteczne w codziennej pracy w szpitalu, szczegółowe opisy technik pracy lekarskiej, opisy stanów nagłych i ich leczenia, obrazy kliniczne chorób wewnętrznych z uwzględnieniem ważnych dziedzin specjalistycznych, aktualne, nowe schematy profilaktyki, postępowania diagnostycznego i wytycznych w odniesieniu do leczenia zakażeń retrowirusami, listę nazw handlowych i rodzajowych najczęściej używanych leków, informacje o medycznych bazach danych w Internecie oraz wskazówki i dane dotyczące zarządzania i obliczania kosztów leczenia w szpitalu.



DWUWPLATOWCE



Wpłać na Corsę 26 780 zł.

**Pozostałe 15% ceny
zapłacisz za dwa lata.**

Bez odsetek!

OPEL

ZAPRASZAMY

DAM PRACĘ

Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Ambulatoryjnego w Krzelowie zatrudni na bardzo korzystnych warunkach lekarza INTERNISTĘ w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Głębowicach. Zapewniamy mieszkanie w Ośrodku Zdrowia w Głębowicach.

Krzelów 49, dr Mieczysław Stembalski, tel. (071) 389-91-81, 389-93-93.

Zatrudnię lekarzy STOMATOLOGÓW - Gabinety Stomatologiczne "DAVIDENT", Wrocław, pl. Teatralny 1/2A, tel. 34-336-56.

Zatrudnię lekarza STOMATOLOGA, warunki pracy do uzgodnienia, tel. 0501 72-13-35, 347-68-44 po godz. 20.00.

Zatrudnię lekarzy STOMATOLOGÓW, tel. 328-99-58, 322-13-20.

Zatrudnię 2 lekarzy INTERNISTÓW lub lekarzy RODZINNYCH w NZOZ Diagnostyka, Dzierżonów, ul. Sikorskiego 11, tel. (074) 31-93-90, lek. Adam Iwaszko.

Niepubliczny ZOZ (40 km od Wrocławia) zatrudni PEDIATRĘ od 1.01.2000 r. Warunki pracy i płacy do uzgodnienia. Zapewniamy mieszkanie. Tel. 0601 24-77-72.

Niepubliczny ZOZ w Nowej Rudzie zatrudni LEKARZA do POZ. Bardzo dobre warunki płacowe i możliwość otrzymania mieszkania, tel. (074) 872-55-99, (074) 872-55-35.

NZOZ Centrum Usług Stomatologicznych w Miliczu zatrudni lekarza STOMATOLOGA w Wiejskim Ośrodku Zdrowia Gądkowice. Zapewniamy dobre warunki płacowe i mieszkanie (72 mkw.), tel. (071) 384-08-38.

Poszukuję do współpracy w NZOZ-ie w pobliżu Wrocławia lekarza po stażu chcącego specjalizować się w INTERNIE lub MEDYCYNIE RODZINNEJ lub INTERNISTĘ. Tel. kom. 0 604 53-41-16.

Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Miliczu pilnie zatrudni lekarza INTERNISTĘ z minimum pierwszym stopniem specjalizacji, do pracy w Stacji Dializ. Telefon (071) 38-46-758.

Dyrektor PZZ LA w Miliczu, ul. Trzebnicka 2, zatrudni INTERNISTĘ lub lekarza po stażu do pracy w Poradni Ogólnej w Miliczu. Zapewniamy dobre warunki płacowe. Kontakt telefoniczny pod numerem 38-40-572, 38-41-279.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju poszukuje: PEDIATRY z II stopniem specjalizacji do pracy w POZ, INTERNISTY z I lub II stopniem specjalizacji do pracy w POZ. Proponujemy pracę na etacie lub na zasadzie kontraktu. Oferty proszę kierować na adres: Zespół Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju, ul. Kłodzka 33, 57-540 Łądek Zdrój, tel./fax (074) 81-46-367.

Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego, 57-100 Strzelin, ul. Mickiewicza 20, zatrudni: lekarza INTERNISTĘ z I stopniem specjalizacji lub lekarza RODZINNEGO na pełny etat oraz lekarza o specjalności MEDYCYNA PRACY na pół etatu. Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie oferuje dobre warunki płacowe, atrakcyjną pracę, bardzo dobre warunki socjalne. Strzelin ma dogodny dojazd z Wrocławia PKP i PKS. W sprawie zatrudnienia prosimy kontaktować się z dyrektorem Zakładu pod numerami 39-22-969 lub 39-22-985 w godz. 8.00-11.00.

Niepubliczny ZOZ Przychodnia w Żmigrodzie zatrudni lekarza CHOROBY WEWNĘTRZNYCH i lekarza PEDIATRĘ. Oferujemy wysokie uposażenie dla lekarza chorób wewnętrznych, zapewniamy

mieszkanie. Kontakt telefoniczny pod numerem 38-52-514, kontakt osobisty z dyrektorem dr. Czesławem Hatowskim. Miedziove Centrum Zdrowia SA w Lubinie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 66, zatrudni lekarzy PIERWSZEGO KONTAKTU. W perspektywie korzystne warunki zawarcia kontraktu i możliwość kształcenia w specjalizacji lekarza rodzinnego. Informacje: tel. 84-60-111 lub 84-60-110.

Zakład Usług Medycznych w Kostomłotach zatrudni lekarza GINEKOLOGA - kobietę w niepełnym wymiarze czasu pracy. Tel 3170-289, 3170-205.

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świebodzicach zatrudni od zaraz: lekarzy INTERNISTÓW z I lub II stopniem specjalizacji, do pracy w szpitalu lub przychodni i lekarzy CHIRURGÓW z I lub II stopniem specjalizacji. SP ZOZ 58-160 Świebodzice, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3-7, tel. (074) 854-15-61 wew. 23 lub 24.

SP ZOZ Przychodnia Rejonowa w Świerzawie, ul. Złotyryjska 18, 59-540 Świerzawa, pow. Złotyryja, zatrudni lekarza na stanowisku asystenta Poradni Ogólnej. Preferowane specjalizacje - lekarz

CHOROBY WEWNĘTRZNYCH, MEDYCYNY OGÓLNEJ lub RODZINNEJ. Oferujemy mieszkanie trzypokojowe o pow. 67 mkw. w budynku WOZ Nowy Kościół z chwilą podjęcia pracy. Zainteresowanych prosimy o kontakt telefoniczny z kierownikiem Przychodni lek. Andrzejem Domaradzkiem tel. (075) 71-35-233 lub 0 604 45-73-48.

ZP ZOZ w Miliczu, 56-300 Milicz, pl. Waresiaka 7, tel. 38-41-412 lub 38-40-589 zatrudni pilnie:

1. Do prowadzenia oddziału rehabilitacyjnego (ogólnego + profil kardiologiczny) - lekarza specjalistę w zakresie REHABILITACJI, lekarza KARDIOLOGA.
2. Do pracy w Przychodni Specjalistycznej - NEUROLOGA (cały etat lub 1/2), LARYNGOLOGA (cały etat) i PSYCHIATRĘ.

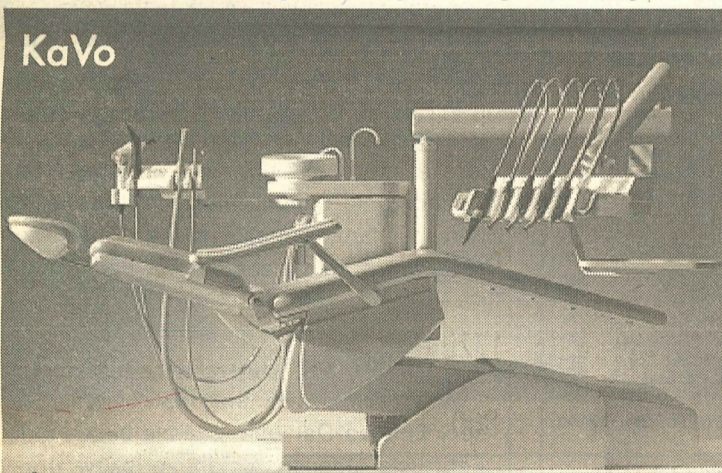
Specjalistyczny Szpital Ginekologiczno-Położniczy w Wałbrzychu zatrudni w formie pracy etatowej lekarza PEDIATRĘ lub NEONATOLOGA z I lub II stopniem specjalizacji, ewentualnie w trakcie specjalizacji. Istnieje również możliwość innej formy zatrudnienia (niepełny etat, umowa kontraktowa). Szczegóły dotyczące zatrudnienia pod nr. tel. (074) 842-30-31 wewn. 268

Aurum Dental Depot Spółka z o.o.

ul. Sienkiewicza 54/56, 50-439 Wrocław
tel. (071) 3722-309, fax (071) 579-874

SPECJALISTYCZNE UNITY STOMATOLOGICZNE

KaVo - produkcji niemieckiej
A-Dec - produkcji amerykańskiej



- Turbiny i kątnice NSK oraz W&H
- Skalery EMS
- Autoklawy Prestige Medical

WSZYSTKIE URZĄDZENIA DO UNITÓW

64-100 Leszno, ul. Górowska 32
tel./fax 52-70-167
tel. dom. 53-50-637, 52-70-835
tel. kom. 0- 601 56-43-18



PRAISTON s.c.

Firma nasza oferuje Państwu kompleksowe wyposażenie gabinetów stomatologicznych, tzn.:

Unity stomatologiczne - nowe i używane w różnych wersjach, w różnych konfiguracjach.

Fotele stomatologiczne - różnych firm i o różnych napędach.

Projektowanie i aranżacja gabinetów.

Kompleksowe wykonawstwo.

Sprowadzamy sprzęt medyczny na indywidualne zamówienia.

Prowadzimy kompleksową obsługę klienta na miejscu.

Przed przyjazdem prosimy o kontakt telefoniczny.

Zapraszamy do Salonu Wystawowego mieszczącego się w Lesznie przy ul. Górowskiej 32 (dzielnica Zaborowo - kier. na Górę).

Zapewniamy stałą ekspozycję.

Oprogramowanie dla gabinetów i przychodni lekarskich

- Kompletnie zestawy dla Kas Chorych (umowa POZ, Specjalistyczna, ewidencja recept)
- Rozliczenie kosztów
- Różne zestawy cenników usług
- Pełna konfigurowalność
- Archiwizacja wszelkich danych medycznych

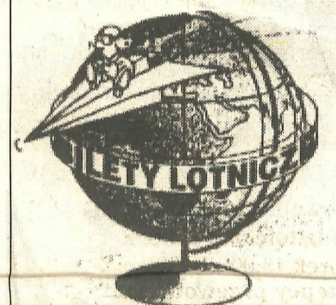
Demo na stronie:

http://zdo.wssk.am.wroc.pl/intern/n_ludzie/ludwik/Ludwik.htm

BL Soft Bartosz Ludwik

Tel. (071) 354 45.38 • 0604 796 303

e-mail: ludwik@ch.wssk.wroc.pl



almbus

Lufthansa City Center

50-029 Wrocław,
ul. Świdnicka 39

(naprzeciw DT "Centrum")
tel/fax (071) 342 58 46, 342 88 71

ATRAKCYJNE OFERTY

biur podróży

TUI, NECKERMANN
Zniżki dla członków DIL

Ceny w DEM wg kursu dnia
Dla wylotów z Niemiec bezpłatny dojazd pociągiem

Zapraszamy pon. - pt. godz. 9.00-18.00
sob. godz. 9.00 - 14.00

Electronic, Medical & Dental
Sophisticated
Equipment

ELMEDES

mgr inż. Andrzej Białek
tel./fax 57-98-74

ul. Stanów Zjednoczonych 35
54-403 Wrocław

oferuje na dogodnych
warunkach płatności

szwedzkie unity stomatologiczne
Anatom i Cacan z narzędziami
japońskimi

- 12 miesięcy gwarancji
- serwis gwarancyjny i pogwarancyjny

* miniautoklawy
Prestige Medical

Odcinek dla wpłacającego

Odcinek dla posiadacza rachunku

Odcinek dla poczty

SZUKAM PRACY

Lekarka, I stopień specjalizacji z chirurgii ogólnej, poszukuje pracy z możliwością kontynuacji specjalizacji. Oferuję sumienność, pracowitość, odpowiedzialność, łatwość nawiązywania kontaktów z pacjentami i współpracownikami, stałą chęć doskonalenia się, znajomość języka angielskiego (staż w szpitalu w USA). Kontakt tel.: (067) 215-30-09, 0 602 371-094.

Specjalista II stopnia z chorób wewnętrznych i diabetolog podejmie pracę - współpracę; Wrocław i okolice. Tel. (071) 373-67-02.

Lekarka po stażu podyplomowym szuka pracy z możliwością specjalizacji w dziedzinach: medycyna rodzinna, interna, anestezjologia - najchętniej na terenie Wrocławia lub okolic. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Baczyńskiego 4, 51-122 Wrocław, tel. 0602 46-29-96 między godz. 20.00 a 22.00.

Lekarka kończąca staż podyplomowy poszukuje pracy w firmie farmaceutycznej w pełnym wymiarze godzin lub na 1/2 etatu. Adres: LEK. MED. STAŻYSTA, ul. Baczyńskiego 4, 51-122 Wrocław, tel. 0602 46-29-96 między godz. 20.00 a 22.00.

Specjalista ANESTEZJOLOG z doświadczeniem poszukuje stałej pracy, ewentualnie w niepełnym wymiarze, na terenie woj. dolnośląskiego, tel. 0501 403-011.

Lekarz specjalista MEDYCYNY PRACY. Oferty pisemne: 50-259 Wrocław 17, skr. poczt. 1663.

Lekarz STOMATOLOG - 27 lat w zawodzie, podejmie pracę na całym etacie od 1.01.2000 r. na terenie Wrocławia i okolic. Tel. 351-28-43 - prosić stomatologię - Krystyna Brejnak.

OGŁOSZENIA DROBNE

Zachodnie unity stomatologiczne „z drugiej ręki” z gwarancją i serwisem. Wrocław, ul. Sarbinowska 19, tel. (071) 373-78-70, GSM 0 601 72-40-32, Nysa tel. (077) 33-44-54.

Stomatologia, protetyka, kompletne gabinety używane - (071) 372-73-14, 0 601 76-11-25, 0 601 72-73-14.

Gabinet laryngologiczny, wizyty domowe, elektronystagmografia (badanie błędników). Umowa z Kasą Chorych na refundację świadczeń. Angielski - tłumaczenia. Specjalista otolaryngolog Maria Nodzyńska. Wrocław, Rappackiego 7, tel. 339-88-49, 0 602 38-76-93.

Sprzedam mało używany, przenośny laser biostymulacyjny, tel. 351-98-48.

Sprzedam tanio Unistom, lampę do wypełnień światłoutwardzalnych, kleszcze Meissnera, tel. 32-49-666.

Sprzedam gabinet lekarski 47 mkw. przy ul. Piwnej 16, tel. kontaktowy (071) 322-76-42.



Oddział w Konstancinie Jeziornie
ZAKŁAD MECHANIKI PRECYZYJNEJ
05-520 Konstancin-Jeziorna
ul. Świetlicowa 7/9
tel./fax (0-22) 756-45-09
tel./fax (0-22) 756-45-50

JAKO PRODUCENT ZAPEWNIAM:

- Legalizację i świadectwo metrologiczne Urzędu Miar
- Świadectwo dopuszczenia do stosowania Centralnego Ośrodka Techniki Medycznej
- Gwarancję 36 m-cy na manometr
- Autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny
- Sprzedaż poprzez sieć hurtowni, sklepów medycznych i farmaceutycznych
- Bezpośrednią sprzedaż wysyłkową



CISNIENIOMIERZE LEKARSKIE

OFERUJEMY: Inny sprzęt diagnostyczny

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 10 600 lekarzy z województwa dolnośląskiego.

AKTUALNY CENNIK

1. Ogłoszenia drobne - 1 zł za słowo (płatne z góry)
2. Ogłoszenia duże:

FORMAT (strona)	KOLOR PODSTAWOWY	PEŁNY KOLOR 1, 3, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 22, 24	PEŁNY KOLOR Zewnętrzna okładka
1 = 40 modułów	1920 zł	2860 zł	-----
1/2 = 20 modułów	960 zł	1430 zł	1720 zł
1/4 = 10 modułów	480 zł	715 zł	860 zł
1/8 = 6 modułów	288 zł	429 zł	516 zł
1/16 = 3 moduły	144 zł	214,5 zł	258 zł
1 moduł (4x5 cm)	48 zł	71,5 zł	86 zł

Roczna prenumerata „Medium” (11 numerów) 38 zł

Adres internetowy redakcji - e-mail: redakcja@dilnet.wroc.pl

UWAGA!!!
Ogłoszenia o pracy oraz informacje o konferencjach, sympozjach, spotkaniach naukowych tylko dla towarzystw i instytucji 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. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58, redakcja: 372-10-43
Konto BGŻ S.A. O/Wrocław 20302081-9537-2706-11
Redakcja: **Elżbieta Pomorska** - redaktor naczelny,
Włodzimierz Bednorz, Andrzej Wojnar, Maria Gluzińska, Anna Kurzyca - korekta, **Krzysztof Drobiński** - opracowanie graficzne, skład i lamowanie, stałe współpracują: **Jerzy B. Kos, prof. Wacław Kornaszewski, Emil Mikulski**.
Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń, reklam. Nie zwraca materiałów nie zamówionych, zastrzega sobie prawo do skracania i adiustacji tekstów, opracowania redakcyjnego oraz zmian w tytułach.
Numer zamknięto 29 października 1999 r.
Druk: SŁOWO-DRUK Ltd., 51-501 Wrocław, ul. Swojczycka 38e, tel./fax 348-72-90

Biuro DIL

50-333 Wrocław ul. J. Matejki 6
tel. 322-50-56, 322-50-57, 322-50-58,
fax 322-48-44
Konto BGŻ S.A. O/Wrocław
20302081-9537-2706-11

Dyrektor

mgr Danuta Jarosz

Sekretariat

Renata Czajka
mgr Agnieszka Jamrozia
Anna Majewska
Patrycja Malec
Lucyna Soluch

Referat ubezpieczeń

Elżbieta Słomiana
Agnieszka Waszak

Ewidencja

Agata Gajewska
Ewa Galińska
Beata Kołodziejczyk
Krystyna Popiel
Irena Skrabka

Radca prawny

mgr Beata Kozyra-Lukasiak
poniedziałek-wtorek
13.00-15.00

Referat ekonomiczno-prawny
mgr Monika Huber

Główna księgową

Karolina Dembińska
mgr Joanna Mańturzyk - księgową

Kasjerka

Elżbieta Chmiel
poniedziałek-piątek
8.00-9.30 11.00-15.00

Lekarska Kasa Pomocy Koleżeńskiej

Barbara Nuckowska
konto Kasy Pomocy Koleżeńskiej
BGŻ S.A. O/Wrocław
20302081-83928-2706-11

Sekretariat Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Sądu Lekarskiego

mgr Aleksandra Dziuba
mgr Jolanta Sulowska

Kierownik Klubu Lekarza „REMEDIUM”

Andrzej Najborowski

Filie biura w delegaturach

Jelenia Góra

ul. Sobieszowska 8
58-500 Jelenia Góra - Cieplice
tel. (075) 755-20-43

Irena Kubica
poniedziałek, wtorek, piątek
10.00-13.00

środa-czwartek 12.00-16.00
pełnomocnik DIL Aldona Białas
tel. (075) 75-22-141

Wałbrzych

al. Wyzwolenia 22
58-300 Wałbrzych tel. (074) 84-261-20
Hona Mazur-Homeniuk

poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL Jan Adamus

Legnica

pl. Słowiański 1
59-220 Legnica tel. (076) 86-285-76
Krystyna Krupa

poniedziałek-piątek 8.00-15.00
pełnomocnik DIL
Artur Kwaśniewski

Dyżury członków DIL w delegaturze legnickiej w każdy wtorek w godzinach 14.00-15.00

Dyżurować będą:

dr Alicja Niepołomska (pierwszy i piąty wtorek miesiąca)
dr Hieronim Śweczyński (trzeci wtorek miesiąca)

dr n. med. Artur Kwaśniewski (drugi i czwarty wtorek miesiąca)
radca prawny Liliana Konopska
pon. - środa 12.00 - 13.00
piątek 14.00 - 15.00

w czwartki pełnomocnicy i pracownicy delegatur przebywają w siedzibie DIL we Wrocławiu

TERMINY DYŻURÓW

Przewodniczący
Włodzimierz Bednorz
(wtorek 13.00 - 15.00)
Zastępcy przewodniczącego
Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)
Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)
Andrzej Wojnar
(wtorek 12.30 - 16.00, czwartek 12.30 - 16.00)
Sekretarz
Wojciech Firkowski
(wtorek 12.00 - 14.00, czwartek 8.30 - 10.30)
Zastępca Sekretarza
Alicja Niepołomska
(czwartek 9.00 - 10.30)
Skarbnik
Andrzej Szmida
(poniedziałek 13.00 - 14.30, czwartek 11.00 - 14.00)
Przewodniczący sądu lekarskiego
Tadeusz Kowalski
(czwartek 13.30 - 14.30)
Rzecznik odpowiedzialności zawodowej
Jerzy Szkarłat
I zastępca rzecznika odpowiedzialności zawodowej
Kazimiera Milan
(środa 12.30 - 13.30)
Komisja ds. Rejestracji Lekarzy
Włodzimierz Bednorz
Komisja Wyborcza
Andrzej Wojnar
Komisja Rewizyjna
Jarosław Terpiński
(trzeci wtorek miesiąca 10.00)
Przewodniczący komisji problemowych:
Komisja Etyki
Krystyna Kochman
(ostatni wtorek miesiąca 14.00 - 15.00)
Komisja Skarg i Wniosków
Maciej Zarawski
(czwartek po posiedzeniu Rady)

Komisja Finansowa
Andrzej Gawlik
(co drugi czwartek miesiąca - 10.30 - 11.30)
Komisja Kształcenia
Wanda Poradowska-Jeszke
(środa 13.00 - 14.00)
Komisja Legislacyjna
Janina Kasprzak-Wójtowicz
(środa 13.00 - 14.00)
Komisja Socjalna
Teresa Agopsowicz-Olipra
(pierwszy piątek miesiąca 13.00 - 14.00)
Komisja Stomatologiczna
Bolesław Simon
(czwartek 10.00 - 15.00)
Komisja ds. Reformy, Współpracy z Samorządem Terytorialnym i Prywatyzacji
Ryszard Łopuch
(poniedziałek 12.00 - 14.00)
Komisja Współpracy z Zagranicą
Dorota Radziszewska
(wtorek 14.00)
Zebrania Komisji w trzeci wtorek miesiąca
Komisja ds. Rejestracji Indywidualnych Praktyk Lekarskich
Józef Lula
(środa, czwartek 12.00 - 14.00)
Posiedzenia Zarządu Koła Lekarzy Seniorów odbywają się w ostatni piątek miesiąca o godz. 9.00. Zebrania ogólne - w ostatni piątek miesiąca o godz. 10.00. Grupa Lekarek Dolnośląskich MWIA spotyka się raz w miesiącu, we wtorek o godz. 13.00, przed posiedzeniem Komisji Współpracy z Zagranicą.

Opłaty ubezpieczenia OC wnosimy na konto DIL w Banku Ochrony Środowiska we Wrocławiu nr 15401030-536075-27006-00 Dolnośląska Izba Lekarska Wrocław - ubezpieczenie „Fortuna”



Zapiski emeryta

Próba wysiłkowa

Spotkaliśmy się w gronie przyjaciół po wielu latach z okazji kolejnej rocznicy ukończenia studiów. Rozmowy z oczywistych względów dotyczyły wszystkiego jednocześnie - starych profesorów, asystentów, wnuków, współmałżonków, sytuacji politycznej itp., itd.

Jeden z przyjaciół opowiadał o swoich przeżyciach pierwszych miesięcy emigracji z Polski w latach siedemdziesiątych. W jego nowym kraju popisywał się rozpoznawaniem wad serca i zmian w płucach, wyłącznie przy pomocy słuchawki i opukiwania. Przeszedł po prostu przez dobrą lwowsko-wrocławską szkołę badania fizykalnego. Koledzy z nowego kraju, nie mogli się nadziwić. U nich wszystko musiało być „zobiektywizowane”. Pacjent przechodził wiele badań, po czym diagnoza była taka sama, jaką postawił nasz przyjaciel. I oto ta zagraniczna moda przyszła do nas. Już nikt nie musi umieć rozpoznawać vitium mitrale combinatum, bo zrobi to za niego ultrasonograf.

Po co badać tętno na poszczególnych piętrach układu tętniczego, skoro można i trzeba dla obiektywizacji wykonać kolorowego Dopplera!

Nasz nieco młodszy kolega cierpiął na bóle wieńcowe. Objawy typowe, takie dla studenta III roku. Zapis ekg jednoznaczny. Kardiolog nie chciał dać skierowania na koronarografię bez wykonania próby wysiłkowej. Okazało się, że za dwa dni wszczepiono mu na cito bypasy. Dobrze, że nie zgodził się na porządną próbę wysiłkową, bo mógłby jej nie przeżyć.

Rozumiem, że jest postęp diagnostyczny, rozumiem, że aparaty muszą na siebie zarobić, a ambitni naukowcy piszą mądre prace, ale - i tu przywołam z kolei przypadek nieco starszego przyjaciela sprzed dwu tygodni - wykonywanie testu wysiłkowego ekg u 90-letniego lekarza jest chyba niepotrzebne przy jednoznacznych objawach podmiotowych i zmianach elektrokardiograficznych. Chyba że podejrzewamy nerwicę.

dr Józef emeryt

FRASZKI

Krystyna Koszil-Kvalvik

Nawet i w klasztorze zło się czaić może.

Nie żartuje się z głupcami ani z zarozumiałcami.

Pragnę! - zawołała staruszka, I nalano jej herbatę do garnuszka...

Miłość to choroba obłożna. W skutki być może brzemienna, umrzeć też z niej można.

Jeśli Bóg cię kocha - robi to przeze mnie. Czy ci nie jest z tego w dwójnasób przyjemnie?

Chleba powszedniego sercu jest za mało; Ono coś lepszego też by dostać chciało.

K R Z Y Ż Ó W K A

Litery z oznaczonych pól, czytane rzędami, utworzą rozwiązanie.

Dariusz Śniatecki

Hasło prosimy przesłać pod adresem: Dołnośląska Izba Lekarska, ul. Matejki 6, 50-333 Wrocław.

Wśród nadawców prawidłowych odpowiedzi rozlosujemy nagrody książkowe.

Rozwiązanie krzyżówki wrześniowej brzmi **AUTOPSJA**.

Nasza redakcyjna Sierotka wylosowała dwie osoby. Tym razem książki otrzymają pani Alicja Nawrocka z Lublina i pan Tadeusz Maćkowiak z Wrocławia.

Gratulujemy!

Nagrody wyślemy pocztą.

H O R O S K O P

Żaden lekarz nie będzie miał znaczących sukcesów w leczeniu chorych, jeśli nie ma pojęcia o astrologii.

Hipokrates (460 - 377 r. p.n.e.)

Żaden lekarz nie będzie miał znaczących sukcesów w leczeniu chorych, jeśli nie ma pojęcia o astrologii.

Baran (21.03. - 20.04.)
Merkury wejdzie w znak Barana i będzie sprzyjać twoim finansowym przedsięwzięciom. Nie możesz jednak lekceważyć korzystnych okazji, passa nie będzie trwać wiecznie, a Merkury lubi płatać figle. Drobne złościwości wobec bliźnich mogą się bardzo niekorzystnie odbić na twojej przyszłości. Działania nie fair odwrócą się przeciw tobie.

Byk (21.04. - 20.05.)
Potrzebne ci jest chłodne spojrzenie na wydarzenia wokół ciebie. Trzeźwa postawa pozwoli wybrać właściwą drogę. Nie rezygnuj zbyt łatwo z należnych korzyści finansowych. Twoje uczucia nabiorą nowych barw i świat, mimo jesieni, wyda ci się promienny i wesoly. Nie rezygnuj z podróży, to szansa na nowy ogląd świata.

Bliznięta (21.05. - 21.06.)
Merkury wejdzie w twój znak. Pilnuj się, bo lubi intrygę. W sprawach zawodowych nie podejmuj żadnych decyzji, ani nie rozgłaszaj zasłyszanych wieści, dopóki się nie upewnisz o ich prawdziwości. Spotkanie w większym gronie pozwoli ci na prowadzenie perspektywicznych rozmów z najważniejszą dla ciebie osobą.

Rak (22.06. - 22.07.)
Przemieszczanie się planet wokół twego gwiazdozbioru wprowadzi wiele niepokoju w twoje życie. Nie możesz liczyć, że precyzyjne plany uda ci się przeprowadzić. Wszystko będzie się opóźniało i komplikowało. Nie wpadaj w panikę, lecz staraj się utrzymywać na powierzchni, kłopoty ustąpią niebawem. Twoja osoba będzie budziła duże zainteresowanie.

Lew (23.07. - 23.08.)
Wychodzący z twego gwiazdozbioru Merkury komplikuje podejmowane przez ciebie decyzje. Nie staraj się niczego przeprowadzać na siłę. Czas działa na twoją korzyść. Kierowanie się emocjami, impulsywne zwroty nie są najlepszym rozwiązaniem. Skorpion intriguje przeciw tobie, ale nie ma szans na wygraną.

Panna (24.08. - 23.09.)
Początek miesiąca będzie okresem, kiedy skutecznie możesz zrealizować swoje plany. Uda ci się także odsłonić motyw działania kogoś z najbliższego otoczenia. Będzie to pomocne w podejmowaniu najważniejszych decyzji. Merkury wejdzie w twój znak i przyniesie rodzinne spotkania i także niesnaski. Broń swoich racji.

Waga (24.09. - 23.10.)
Neptun wniesie wiele niepokoju i wywrze niekorzystny wpływ na twoją sytuację finansową. Staraj się więc ogr-

niczyć wydatki i licz na różne niespodzianki, które mogą wyciągnąć pieniądze z twojego portfela. W połowie miesiąca wiele wydarzeń odsłoni swe kulisy, będą ważną nauką na przyszłość. Wszelkie umowy studiuj wnikliwie i szukaj zabezpieczeń.

Skorpion (24.10 - 22.11.)
Przechodzące planety skomplikują twoje relacje z ważnymi dla ciebie osobami z życia prywatnego i zawodowego. Będą cię dręczyć wątpliwości i niepokoje. Jesienny stan depresyjny pogłębi zachwianie zaufania do ludzi, na których ci zależy. Now księżyc wchodzący w twój znak złągodzi konflikty i rozjaśni mroczne sprawy.

Strzelec (23.11. - 21.12.)
Jesienne smętki, a także wędrowki planet w twoim znaku, wprowadzają niepokój i zniecierpliwienie. W kontaktach z bliźnimi zachowaj pogodę ducha, tylko ona pozwoli ci wybrnąć ze skomplikowanych spraw. W rodzinie nie wyciągaj na światło dzienne zadawaniych pretensji i podejrzeń, zrzysz tym nawet przychylnie do ciebie nastawionych. Pod koniec listopada sytuacja się odmieni.

Koziorożec (22.12. - 20.01.)
Przed ponurymi listopadowymi nastrojami uchroni cię wejście Marsa w twój znak. Przypływ energii zmobilizuje cię do rozwiązania zadań, które dotychczas odkładałeś na później. Kiedy w twoim znaku pojawi się jeszcze Saturn nic cię nie powstrzyma w pędzie. Nie zwracaj uwagi na drobne przeszkody i nie zaniedbuj kogoś bliskiego.

Wodnik (21.01. - 20.02.)
Neptun lubi robić niespodzianki, dlatego nie staraj się zmieniać rzeczy nieuniknionych, walka będzie przegrana. Swoją energię skieruj raczej na sprawy, które mają szansę powodzenia. Niespodziewane podróże, spotkania, które wróżą ci gwiazdy, przyniosą zaskakujące rezultaty. Odkryjesz w sobie nowe możliwości psychiczne.

Ryby (21.02. - 20.03.)
Wasza intuicja i talenty ujawnią się z wielką mocą, a stanie się to za sprawą Neptuna, który właśnie wejdzie w wasz znak. Dzięki energii, która na was spłynie, uda się zająrzeć za kulisy wydarzeń i przewidzieć ich bieg. Macie w ręku wszystkie atuty, by wreszcie zrealizować swoje plany i marzenia. Jedyłą przeszkodą może być skłonność do ulegania mirażom.

członek klasy robotniczej	wziernikowanie	atrofia choroba weneryczna	stolica Japonii	bober powiększona tarczycza	miara gruntu dopływ Renu
farba wodna					
żona radży		budynek gospodarski			
skrawek metalu			stolica Senegalu		zamyka prezbiterium
orientalna żywica		pomysł czarodziej			starożytne państwo w Mezopotamii
		wymarły ptak z Nowej Zelandii		kompan Aramis i Portosa	
		bajorko przyprawa			
gouda opera Pucciniego			wypłaca pensje dzika owca		
cierpi na nieborność lasso					
			krasa		
stan USA wynik rabunku			zięć Mahometa	las wiśni Cembryńska	
		państwo w Afryce			
znawca Chin kropla z oka					
		Andrycz lub Terentiew			

