Fundacja Pomocy Humanitarnej << Redemptoris Missio >>

ISSN 1641-604 X

MEDICUS MUNDI

# Medicus Mundi Polonia

KWARTALNIK WYDAWANY PRZEZ MEDICUS MUNDI POLAND

PRZEZNACZONY DLA OSÓB ZAINTERESOWANYCH PROBLEMAMI MEDYCZNYMI WCHODZĄCYMI W ZAKRES TZW. MEDYCYNY TROPIKALNEJ I „INTERNATIONAL HEALTH", ZE SZCZEGÓLNYM UWZGLĘDNIENIEM POTRZEB MISYJNYCH OŚRODKÓW MEDYCZNYCH

STYCZEŃ–CZERWIEC 2013
Nr 44/45 (rok XIII)

## Służba zdrowia dla wszystkich!

HealthWorkers 4all

Migracje personelu służby zdrowia stanowią poważny problem systemów opieki medycznej na całym świecie. Dotyka on głównie kraje rozwijające się, z których kadry medyczne emigrują w poszukiwaniu lepszych warunków życia i pracy. Szacuje się, że nawet miliard ludzi na świecie może nigdy nie mieć jakiegokolwiek kontaktu z pracownikami służby zdrowia, z powodu ich krytycznego niedoboru. Potrzeba wielotorowych rozwiązań, aby odwrócić trendy migracyjne. Temu miał służyć uchwalony na 63. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w Genewie Kodeks Postępowania (2010), mający wzmocnić systemy opieki zdrowotnej w krajach rozwijających się. Problem nie omija Polski. Od momentu akcesji do Unii Europejskiej, do chwili obecnej, z kraju wyjechać mogło nawet 8.857 lekarzy (na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej).

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* wraz z siedmioma innymi partnerami (Holandia, Belgia, Niemcy, Rumunia, Wielka Brytania, Włochy, Hiszpania) realizuje projekt „Health Workers for All and All for Health Workers" współfinansowany przez Unię Europejską, objęty patronatem Europejskiego Biura Światowej Organizacji Zdrowia.

*(ciąg dalszy na str. 6-7)*

## W numerze:

SŁUŻBA ZDROWIA
HIV • MALARIA

AKTUALNOŚCI:
Z Fundacji „Redemptoris Missio" 2
Z Medicus Mundi International 3

SŁUŻBA ZDROWIA:
Służba zdrowia dla wszystkich – projekt na rzecz regulacji migracji personelu medycznego 5
Biuletyn Medicus Mundi International 5
Milion peryferyjnych (PHC workers) pracowników medycznych przed 2015 rokiem 7
Misja medyczna w Maggotty na Jamajce – sprawozdanie 8
Dentysta w Afryce – sprawozdanie z pracy w Kamerunie 10

HIV:
Opieka ambulatoryjna nad pacjentami z HIV, przykłady rozwiązań francuskich 12

MALARIA:
Malaria importowana do Polski 14

Medal „Tym, którzy czynią dobro" dla Radia Emaus! 15
Choroby narządu wzroku 16
Najciekawsze opracowania dostępne na stronie www.mmpolonia.org 19
Co Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* z Poznania może zaoferować ośrodkom misyjnym? 20

Fundacja Pomocy Humanitarnej «Redemptoris Missio» Medicus Mundi Poland

**Biuro Fundacji:** Uniwersytet Medyczny, ul. Dąbrowskiego 79, p. 809, Kolegium prof. Adama Wrzoska, 60-529 Poznań, e-mail: medicus@ump.edu.pl; www.medicus.ump.edu.pl

**Centrum Wolontariatu Fundacji:** ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań, tel./fax +48 61 862 13 21; http://ump.edu.pl/medicus

Rachunek bankowy: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192

# Z FUNDACJI »REDEMPTORIS MISSIO«

## Drodzy Przyjaciele Fundacji!

Przedłużająca się zima wreszcie się skończyła, mamy przed sobą wiosnę, piękną porę roku, kiedy rozkwitająca przyroda budzi zapał i jeszcze większą chęć do działania. Chociaż i wcześniej Fundacja prężnie wykonywała swoje zadania. Zimą, jak już co roku, zbieraliśmy ciepłą odzież dla dzieci w Afganistanie. Dzięki dobrej współpracy z mediami, które nasze działania nagłaśniają, zebraliśmy przeszło 10 ton odzieży, którą w kilku transportach wojskowych wysłaliśmy do Afganistanu. Dzięki temu chociaż pewna liczba dzieci nie marzła tej zimy.

W styczniu Fundacja we współpracy z Kliniką Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych Uniwersytetu Medycznego oraz Wielkopolską Izbą Lekarską, zorganizowała kurs „Kadry Medyczne dla Misji". Uczestniczyło w nim ponad 40 osób ze wszystkich stron Polski. Byli lekarze, studenci, misjonarze i siostry zakonne. Wykładowcami byli pracownicy naukowi naszej Uczelni. W opinii uczestników, kurs był bardzo dobrze przygotowany, zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym.

Cały czas trwają nasze cykliczne akcje „Puszka dla Maluszka" i „Opatrunek na Ratunek". Pozwala to nam gromadzić środki na dożywianie dzieci w Afryce i wysyłać materiały opatrunkowe do ośrodków misyjnych. Z roku na rok akcje te przynoszą coraz lepsze rezultaty, a dzięki dużej pomocy ze strony wolontariuszy nasza pomoc jest coraz skuteczniejsza.

Na przełomie stycznia i lutego 2013, na zaproszenie Ojca Józefa z misji w Puri, w Indiach, uczestniczyłam w zorganizowanym tam sympozjum, poświęconym życiu i działalności Ojca Mariana Żelazka, założyciela tej misji. Odbyło się tam również uroczyste nadanie imienia Ojca Mariana, nowo powstałemu gimnazjum. Ponowny przyjazd do Puri był dla mnie wielkim przeżyciem, wielokrotnie jeździłam tam i pracowałam w ośrodku dla trędowatych.

W tym roku rozpoczęliśmy nowe działanie. Lekarki, które pracowały na Jamajce, po powrocie opowiadały, jakim problemem dla tamtejszej biednej ludności jest brak okularów. Rozpoczęliśmy akcję nazwaną „Czary Mary Okulary". Ku naszemu wielkiemu zdziwieniu w krótkim czasie dobrzy ludzie przynieśli do Fundacji około 5000 par okularów. Nasi wolontariusze opisują je i wysłaliśmy już pierwszą partię na Jamajkę, a następne paczki będą wysłane niebawem.

→

Medicus Mundi Polonia Kwartalnik Fundacji Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" i Medicus Mundi Poland

**Redaktor:** prof. zw. em. dr h.c. Zbigniew Pawłowski, DTMH

**Rada Redakcyjna:** ks. dr Ambroży Andrzejak (Poznań), dr h.c. Wanda Błeńska (Poznań), dr hab. Anita Magowska (Poznań), mgr Aniela Piotrowicz (Poznań), prof. dr hab. Jerzy Stefaniak (Poznań, przewodniczący), dr Edgar Widmer (Thalwil, Szwajcaria).

**Sekretarz Redakcji:**
mgr Ewa Kaczmarek – ewa.k.kaczmarek@gmail.com
lek. Szymon Nowak – sz.p.nowak@gmail.com

**Wydawca i dystrybucja:**
Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań,
tel./fax +48 61 862 13 21.

**Adres Redakcji:** Fundacja Pomocy Humanitarnej „Redemptoris Missio" – Medicus Mundi Poland, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań

**Prenumerata:** Celem regularnego otrzymywania *Medicus Mundi Polonia* osoby zainteresowane proszone są o kontakt z Biurem Fundacji. Sumy przesłane na konto Fundacji na załączonym przekazie lub przekazane bezpośrednio na rachunek Fundacji: BZ WBK S.A. 09 1090 2255 0000 0005 8000 0192, pozwolą na terminowe przygotowywanie i wysyłkę kwartalnika bez większego uszczuplania skromnych zasobów finansowych Fundacji.

**Przygotowanie:** Wydawnictwo Kontekst, Poznań
e-mail: kontekst2@o2.pl • www.wkn.com.pl

Nakład: 1000 egz.

Strona internetowa MMP: www.mmpolonia.org

## Z Medicus Mundi International

# Spotkanie Zarządu MMI w Bazylei – 15 marca 2013

15 marca 2013 roku odbyło się wiosenne spotkanie Zarządu Medicus Mundi International w Bazylei. Uczestniczyłem w nim również ja, delegowany przez *Redemptoris Missio* obserwator posiedzenia. Na spotkaniu obecni byli Nicolaus Lorentz – Prezydent MMI oraz Thomas Schwartz – Sekretarz Wykonawczy. Uczestniczyli w nim Członkowie Zarządu – Carlos Mediano (FAMEE), Christoph Bonsmann (Action Medeor), Giovanni Putoto (CUAMM), Fabian Schumacher (MM Italy), Christina di Vries (Cordaid). Obecni byli również goście: Edgar Widmer i Helena Zwiefel (MM Switzerland) oraz Remco van de Pas (Wemos).

Poniżej znajdą Państwo obszerne sprawozdanie z posiedzenia Zarządu.

1. Przyjęcie planu spotkania.

2. Zaakceptowanie Raportu z posiedzenia Zarządu w Amsterdamie w październiku 2012 roku.

3. Carlos Mediano mówił o jubileuszowym spotkaniu FAMME i MMI w Barcelonie w czerwcu (7-8 czerwca 2013). Piątek zostanie poświęcony konferencji naukowej „The Primary Health Care and Cooperation: An utopia?". Zwrócono uwagę, że zaplanowano zbyt mało czasu na Zgromadzenie Delegatów MMI i na spotkania grup roboczych. Zdecydowano rozpocząć sobotnie obrady o godzinę wcześniej. Zaplanowano tylko spotkanie robocze grupy HRH (*human resources for health*). Również w sobotę odbędzie się sesja jubileuszowa MMI, gdzie swoje wystąpienie będzie miał dr Edgar Widmer.

4. Kolejnym punktem obrad były tegoroczne wybory do Zarządu MMI. Zastanawiano się nad rozszerzeniem liczby członków Zarządu – zdecydowano zwiększyć liczbę miejsc o jedno. Zarząd ustalił, że na miejsce członków, którzy zrezygnowali, organizacje, które miały swoje przedstawicielstwo powinny wyznaczyć swoich kandydatów. Zastanawiano się czy dobrym rozwiązaniem nie byłoby, gdyby każda organizacja członkowska miała swojego przedstawiciela w Zarządzie, pomysł jednak przepadł. Wybory Zarządu MMI odbędą się w czerwcu w Barcelonie.

5. Zarząd przyjął sprawozdanie finansowe za rok 2012.

6. Kolejnym punktem rozważań była kwestia składek członkowskich na rok 2014. Thomas Schwartz jeszcze przed spotkaniem zaproponował dwie opcje partycypowania w budżecie MMI. Opcja pierwsza miała zrównać składki wszystkich członków do dwóch podstawowych stawek 5.000 EUR i do 500 EUR, w zależności od kondycji finansowej poszczególnych organizacji. Druga opcja miała utrzymać stawki na dotychczasowym poziomie. W przypadku pierwszej opcji powstaje deficyt rzędu 23.000 EUR do zrealizowania założonego budżetu, w przypadku drugiej opcji brakuje 8.000 EUR. Większość członków, powołując się na trudności w pozyskiwaniu środków, była skłonna jednak bardziej ku opcji pierwszej. Nie podjęto jednak jednoznacznej decyzji. Fabian Schumacher zauważył, że dobrze byłoby opierać wysokość składek jako wartość procentową jawnych budżetów danych organizacji. Carlos Mediano stwierdził, że obowiązki poszczególnych członków są podobne, tak więc składki nie mogą się od siebie różnić diametralnie. Sprawę odłożono do spotkania w Barcelonie, do tego czasu Thomas Schwartz będzie starał się opracować jeszcze jedną opcję tzw. „opcję 1+".

7. Kolejnym punktem była sprawa przeprowadzanego zewnętrznego audytu. W czasie rozmowy na Skype, Jos Dusseljee z ETC Crystal wyjaśnił sposób w jaki przeprowadzona zostanie kontrola. Przedstawiciele poszczególnych organizacji zostaną poproszeni o wypełnienie kwestionariusza i udzielenie wywiadu dotyczącego działania MMI. Kwestią otwartą nadal pozostaje kto zapłaci 15.000 EUR za przeprowadzenie audytu. Thomas będzie prosił największe organizacje o jego sfinansowanie. Nie wiadomo jeszcze, czy będą to konkretne czy dowolne kwoty. Cordaid zadeklarował chęć pokrycia części kosztów. Nicolaus Lorentz zauważył, że audyt nie jest niepotrzebnym

→

W kwietniu 2013 odbył się również nasz doroczny koncert charytatywny. Aula Uniwersytecka była wypełniona do ostatniego miejsca zaproszonymi gośćmi, którzy z entuzjazmem wysłuchali występów Reprezentacyjnej Orkiestry Sił Powietrznych pod batutą pana majora Pawła Joksa.

Tak w wielkim skrócie wyglądały pierwsze miesiące naszej fundacyjnej działalności w roku 2013. Cieszyć może fakt, że rozwijamy się, coraz więcej zadań wykonujemy i jesteśmy bardziej znani i rozpoznawalni jako organizacja, która pomaga biednym w różnych krajach świata. Chciałabym bardzo podziękować naszym sympatykom, darczyńcom, bo dzięki nim i ich zaangażowaniu możemy dalej się rozwijać. Jeszcze dużo przed nami do zrobienia i dlatego zawsze oczekujemy na Wasze wsparcie i pomoc.

*lek. stom. Anna Tarajkowska*
*Prezes Fundacji*

wydawaniem funduszy, tylko ma pokazać stopień realizacji założonych celów działalności MMI, przedstawionych w 2011 roku. Chodzi również o zweryfikowanie racjonalności gospodarowania finansami Sieci.

8. Następny punkt spotkania poświęcony był projektom *human resources for health*. Zaakcentowano, że ważna jest współpraca z grupą WHO ds. HRH – zwłaszcza odnośnie zmiany zasad kształcenia kadr medycznych – projekt „Transforming and scalling up health professional education and training". MMI zostało poproszone o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Zastanawiano się, czy zmiany zasad kształcenia (zwłaszcza w aspekcie kształcenia nowej klasy kadr medycznych, tzw. niższego personelu medycznego) nie będą grozić spadkiem jakości kształcenia i „produkcją" pracowników medycznych o niewielkiej wartości. Carlos Mediano uważa, że powinno ustalić się wspólne stanowisko wszystkich członków Sieci w tej sprawie. Edgar Widmer przedstawił inny punkt widzenia odnośnie kształcenia. Uważa, że ważne są *Christian Health Associations*, które mają duży wpływ na kształcenie kadr medycznych w krajach rozwijających się. Giovanni przypominał, że CUAMM ma już doświadczenie we współpracy z katolickimi uniwersytetami w Afryce. Na koniec zauważono, że należy zastanowić się, czy aby na pewno warto głęboko uczestniczyć w tym projekcie, czy nie wpłynie to na zaniedbanie projektów dotychczas prowadzonych przez poszczególne organizacje członkowskie.

9. W tym samym punkcie Thomas Schwartz poruszył kwestie projektu „Health Workers for All and All for health workers", który rozpoczął się wraz z początkiem roku. Zasygnalizował, że bardzo biurokratyczne procedury Komisji Europejskiej mogą istotnie wpłynąć na ograniczenie płynności pracy Sekretariatu MMI. Chodzi również o kwestie zatrudnienia Thomasa Schwartza w Sekretariacie MMI na potrzeby projektu, na co musi wyrazić zgodę i Komisja Europejska i MMI Switzerland.

10. W kolejnym punkcie zaznaczono tylko, że jesienne spotkanie Zarządu MMI i Zgromadzenie Delegatów zorganizuje Memisa w Brukseli w dniach 27-28 listopada 2013. Jeden dzień (28 listopada) poświęcony będzie konferencji „Leadership in Complex Adaptive Systems". Dzień później odbędą się obchody 25-lecia istnienia belgijskiej Memisy. MMI zadeklarowało udział finansowy w spotkaniu w wysokości 3.000 EUR.

11. Thomas Schwartz przedstawił nowy pomysł – projekt „Who does what, who works where?". Celem projektu jest zaprezentowanie poszczególnych organizacji na stronie internetowej MMI. Każda organizacja powinna w sposób bardziej szczegółowy opisać swój profil działalności, uwzględniając realizowane przez siebie projekty, z zaznaczeniem krajów, w jakich działa. Chodzi o to, aby przeglądający strony MMI miał pełen dostęp do tego, czym aktualnie zajmują się członkowie Sieci.

12. Kolejną sprawą była kwestia oficjalnego przedstawicielstwa MMI w Beninie. Porozumienie o współpracy MMI z rządem tego kraju zostało podpisane w 1999 roku przez przedstawiciela Amces, który jednocześnie reprezentował MMI. W ostatnim czasie do Sekretariatu MMI wpłynęło zapytanie ze strony rządu Beninu o przedłużenie obowiązywania umowy na kolejne lata. Zarząd ma obawy co do przedłużania kontraktu, bowiem nie do końca jasna jest pozycja organizacji pozarządowych w Beninie. Ponoć działalność NGO międzynarodowych na terenie tego kraju może wiązać się z dodatkowymi kosztami, cłem, podatkami. Zarząd, chcąc uniknąć narażania Sieci na kolejne wydatki, najprawdopodobniej będzie rekomendował zaprzestanie odnawiania umowy, zważywszy na fakt, że oficjalne przedstawicielstwo MMI w Beninie nie jest konieczne. Decyzję jednak odłożono do czerwcowego spotkania w Barcelonie.

13. Na sam koniec spotkania poświęcono kilka minut aktualnym problemom globalnej polityki zdrowotnej. Rozmawiano o prowadzonych projektach, zwłaszcza w zakresie światowego kryzysu kadr medycznych (Health Workforce Advocacy Initiative – HWAI – ma problemy organizacyjne, założony plan działania i prowadzona polityka bazująca na doświadczeniach MMI jest nie do końca zrozumiała). Przypomniano, że 3. Światowe Forum Zasobów Ludzkich dla Zdrowia będzie miało miejsce w listopadzie w Brazylii – MMI będzie reprezentowane przez Wemos. Poruszono również kwestie reformy WHO. Istotnym jej elementem ma być naprawa relacji z organizacjami pozarządowymi (NGO). Zarząd zauważył, że reforma WHO, zwłaszcza w aspekcie nawiązywania partnerskiego dialogu z NGO, może być jedynie fikcją. Thomas Schwartz poruszył też kwestię współpracy MMI z organizacjami akademickimi i naukowcami. Przedstawił pomysł utworzenia, na stronach internetowych MMI, czegoś w rodzaju tablicy ogłoszeń, gdzie członkowie Sieci mogliby składać zapotrzebowanie na przeprowadzenie badań dotyczących konkretnego zagadnienia zdrowia międzynarodowego. Naukowcy mieliby pełen dostęp do takiej bazy ogłoszeń i zgodnie z profilem swoich zainteresowań badawczych mogliby odpowiadać na propozycje prowadzenia konkretnych projektów. W ten sposób można by przyczyniać się do nawiązywania i rozwoju współpracy między NGO i ośrodkami naukowymi. Pomysł został zaakceptowany przez Zarząd.

14. Thomas Schwartz poinformował, że tuż przed Zebraniem Zarządu w Bazylei, do Sekretariatu MMI wpłynęła rezygnacja organizacji Fatebenefratelli z członkostwa w Sieci, uzasadniona „aktualną sytuacją organizacji i polem działalności". Sekretarz MMI będzie próbował skontaktować się z władzami Fatebenefratelii, aby uzyskać więcej informacji odnośnie podjętej decyzji.

15. Po zakończeniu obrad Członkowie Zarządu i goście otrzymali list o działalności Fundacji *Redemptoris Missio* i obchodach jej 20-lecia istnienia. Thomas Schwartz zasugerował przesłanie elektronicznej wersji tekstu, który zostanie zamieszczony w sprawozdaniu z działalności MMI za 2012 rok.

*lek. Szymon Nowak*

# Służba zdrowia dla wszystkich!
## – projekt na rzecz regulacji migracji personelu medycznego

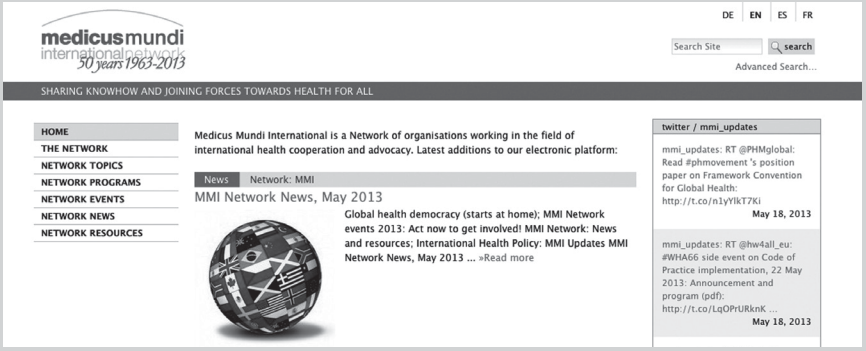
SŁUŻBA ZDROWIA

Od początku stycznia 2013 roku Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* prowadzi wraz z 7 europejskimi partnerami Projekt „Health workers for all and all for health workers" (HW4ALL). W bieżącym numerze MMP publikujemy notkę prasową (str. 1, 6-7) dotyczącą Projektu, która została wysłana do polskich mediów 10 kwietnia 2013 roku, podczas Pierwszego Światowego Tygodnia Personelu Medycznego. Zainteresowanych Czytelników zachęcamy do zapoznania się z jej treścią.

Fundacja przygotowywała się do uczestniczenia w Projekcie HW4ALL od długiego czasu. Jest to drugie, duże europejskie przedsięwzięcie (obok Programu *Stop Malaria Now*), które prowadzimy. Możliwość polskiego udziału zawdzięczać należy obecności Fundacji w Sieci *Medicus Mundi International*. Głównym założeniem Projektu jest zainteresowanie decydentów, zwłaszcza polityków i innych przedstawicieli instytucji działających w ramach szeroko rozumianej ochrony zdrowia, światowym kryzysem kadr medycznych. Projekt dotyka problemu migracji białego personelu, zwłaszcza z krajów rozwijających się do wysoko rozwiniętych. HW4ALL opiera się o ważny dokument przyjęty na 63. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia (2010), pod nazwą: „Globalny Kodeks Postępowania WHO w sprawie Międzynarodowej Rekrutacji Personelu Medycznego". Kodeks jest zbiorem dobrowolnych, niewiążących zasad i wytycznych dla Państw Członkowskich WHO, które dotyczą etycznej, międzynarodowej rekrutacji personelu medycznego. W Kodeksie zawarto zapisy mówiące o równym traktowaniu kadr medycznych z zagranicy, konieczności zadbania o ich rozwój zawodowy i stabilność systemów opieki zdrowotnej. Znajdują się w nim również wskazówki jak prowadzić współpracę międzynarodową oraz wspierać w tej kwestii kraje rozwijające się. Podkreśla również ważność gromadzenia i wymiany między Państwami Członkowskimi wiarygodnych danych dotyczących migracji kadr medycznych. Kodeks nie zabrania migracji, podsuwa jednak rozwiązania dążące do ich uregulowania, tak aby każdy człowiek na świecie miał dostęp do opieki zdrowotnej (*health for all*). Polska była jednym z sygnatariuszy tego dokumentu. Kodeks Postępowania WHO dostępny jest na stronach internetowych Światowej Organizacji Zdrowia m.in. w języku angielskim, francuskim i rosyjskim. Dokument w języku polskim, razem z przewodnikiem opisującym znaczenie, historię powstania, główne założenia Kodeksu, zostanie przetłumaczony i wydany przez Fundację *Redemptoris Missio* w ramach

→

# Biuletyn Medicus Mundi International




Comiesięczny internetowy newsletter *Medicus Mundi International* obfituje w ciekawe wiadomości dotyczące wydarzeń związanych z działalnością tej organizacji, prezentuje najnowsze doniesienia z dziedziny zdrowia międzynarodowego, medycyny tropikalnej, systemów opieki zdrowotnej, pomocy humanitarnej i wiele innych. Biuletyn informuje również o tym, co dzieje się w Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) i w ramach globalnych inicjatyw na rzecz walki z malarią, gruźlicą, HIV/AIDS i innymi ważnymi problemami zdrowotnymi, a także o postępach w realizacji Milenijnych Celów Rozwoju. Jednym z ostatnich tematów przewodnich numeru była kampania "One Million Community Health Workers", zainaugurowana podczas Światowego Forum Ekonomicznego w Davos. Jej celem jest rozszerzenie programu szkolenia pracowników medycznych mających uzupełnić braki kadrowe na obszarze Afryki Subsaharyjskiej, gdzie niedobór odpowiednio wykwalifikowanego personelu medycznego nadal stanowi jedną z najpoważniejszych przeszkód dla osiągnięcia Milenijnych Celów Rozwoju.

Redaktorem newslettera jest Thomas Schwarz, pełniący funkcję Sekretarza *Medicus Mundi International*. Aby otrzymywać regularnie biuletyn, wystarczy wysłać e-mail o treści "subscribe" na adres sekretariatu MMI (office@medicusmundi.org)

*oprac. mgr Ewa Kaczmarek*

działań związanych z realizacją Projektu. Publikacji można spodziewać się w najbliższych miesiącach.

W dniach 7-8 lutego 2013 roku w Amsterdamie odbyło się spotkanie inaugurujące Projekt, w którym uczestniczyła lek. Dagna Chwarścianek razem ze mną. Spotkanie dotyczyło przede wszystkim strony administracyjnej. Rozwiewano nasze wątpliwości co do zawiłości procedur finansowych stawianych przez Unię Europejską, która w 75% partycypuje w kosztach prowadzenia Projektu. Rozmawiano o zasadach raportowania postępów, współpracy, wykorzystywania nowoczesnych narzędzi do wymiany informacji między Partnerami. Poruszano również podstawowe cele założone do realizacji: między innymi zasady przeprowadzenia analizy narodowych instytucji mogących mieć wpływ na proces migracji oraz dyskutowano nad przygotowaniem zestawu dokumentów dostarczających informacji dla wszystkich osób zaangażowanych w problem. Musieliśmy również podać skład osobowy zespołów krajowych odpowiedzialnych za prowadzenie Projektu. Każdy zespół składa się z 4 osób – *National Focal Point* (lek. Szymon Nowak), *Advocacy Officer* (lek. Dagna Chwarścianek), *Press Officer* (mgr Justyna Janiec-Palczewska) oraz *Accounting Staff* (mgr Sylwia Kubala). W Amsterdamie powołano również Komitet Wykonawczy – *Steering Committee*, który ma nadzorować realizację zadań projektowych i podejmować kluczowe decyzje. Zainaugurowano również działalność Komitetu Naukowego – *Scientific Committee*, który odpowiada za nadzór nad częścią merytoryczną.

Działania *Redemptoris Missio* będą miały nieco inny wymiar niż pozostałych Partnerów Projektu. Polska bowiem jest jednym z nielicznych wyjątków na mapie Europy jeśli chodzi o migracje kadr medycznych. Zdecydowanie więcej lekarzy, pielęgniarek, położnych i innych przedstawicieli białego personelu emigruje w poszukiwaniu lepszych warunków życia i pracy. Spodziewano się, że akcesja Polski do Unii Europejskiej nasili odpływ kadr medycznych do starych krajów członkowskich UE. Statystyki prowadzone przez Naczelną Izbę Lekarską pokazały, że masowej emigracji nie zanotowano. Wszystko się jednak może zmienić. Skomplikowany system opieki zdrowotnej, język oraz niskie zarobki nie zachęcają obcokrajowców do pracy w Polsce.

Chcemy przede wszystkim zwrócić uwagę przedstawicieli samorządów personelu medycznego, polityków, instytucji naukowych, organów odpowiedzialnych za organizację systemu opieki zdrowotnej w Polsce na problem migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych.

Mimo tego, że nasze działania będą miały charakter krajowy, nie można zapominać, że głównym, jednak bardzo odległym celem jakichkolwiek wysiłków dotykających problemu migracji kadr medycznych, jest równy dostęp wszystkich ludzi na świecie do nowoczesnych i prawidłowo funkcjonujących systemów opieki zdrowotnej. Największe znaczenie ma to niewątpliwie dla mieszkańców krajów rozwijających się, co idealnie wpisuje się w działalność statutową Fundacji *Redemptoris Missio*. Wyliczono, że aby pokryć niedobór kadr medycznych potrzeba nawet 4,2 miliona nowych pracowników, w tym w samej Afryce brakuje ich aż 1,5 miliona. Problem został dostrzeżony już dawno. Od 2006 roku pod auspicjami WHO działa *Global Health Workforce Alliance* – konsorcjum skupiające instytucje rządowe (m.in. Sekretariat Wspólnoty Narodów) i pozarządowe (m.in. *Medicus Mundi International*), naukowe (Uniwersytet British Columbia, Uniwersytet w Edynburgu i inne), finansowe oraz prywatne stowarzyszenia, które chcą pracować na rzecz uregulowania migracji kadr medycznych. Niektórzy mogą pomyśleć, że prowadzenie Projektu dotyczącego migracji polskich kadr medycznych należy pozostawić innym. Uważamy jednak, że taki Projekt należy postrzegać jako swoistą „pracę u podstaw", budowanie fundamentów dla zrozumienia problemu przez ludzi, którzy mają wpływ decyzyjny, również na poziomie prawnym. Dla Fundacji będzie to duże wyzwanie, niosące jednak bogate doświadczenie na nieco innym niż dotychczas polu działalności.

Na łamach kolejnych numerów *Medicus Mundi Polonia* informować będziemy o postępie w realizacji celów Projektu. Zainteresowanych Czytelników zachęcamy do bezpośredniego kontaktu.

*lek. Szymon Nowak*

# Służba zdrowia dla wszystkich!

*(dokończenie ze str. 1)*

Celem naszych działań jest zwiększenie świadomości o istniejącym problemie migracyjnym dotykającym polską służbę zdrowia. Chcemy aby politycy, agencje rządowe, przedstawiciele samorządów zawodowych kadr medycznych, organizacje pozarządowe zaczęły rozmawiać o kondycji polskiego systemu opieki zdrowotnej postrzeganej z punktu widzenia deficytu kadr medycznych. Chcemy też, aby podjęto kroki na poziomie decyzyjnym w opracowaniu rozwiązań dążących do uregulowania migracji kadr medycznych zgodnie z zapisami „WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel", który dziś wydaje się być martwym dokumentem.

Projekt trwał będzie trzy lata, do końca 2015 roku. Raport końcowy, zawierający wypracowane faktyczne i funkcjonujące rozwiązania, w Polsce i 7 innych krajach Europy, zostanie przedstawiony na forum Komisji Europejskiej. Do tego czasu chcemy poznać rzeczywistą, aktualną skalę problemu migracji białego personelu w Polsce oraz dokonać analizy organizacji mających związek z migracjami, uwzględniając ich potencjalny udział we wprowadzaniu zapisów „WHO Code of Practice".

# Milion peryferyjnych (*PHC workers*) pracowników medycznych przed 2015 rokiem

SŁUŻBA ZDROWIA

W pasie Afryki Subsaharyjskiej od 10 do 20% dzieci umiera przed ukończeniem 5 roku życia. Umieralność matek jest bardzo wysoka. Wielu ludzi cierpi z powodu malarii, gruźlicy, AIDS i innych chorób, które w krajach wysoko rozwiniętych są wyleczalne. Większość mieszkańców tego regionu świata nie ma dostępu do podstawowych osiągnięć nowoczesnej medycyny.

Pracownicy PHC mogą być jednym ze sposobów na redukcję chorobowości i śmiertelności przede wszystkim wśród kobiet, noworodków i dzieci. Podstawowa opieka medyczna bazująca na peryferyjnej – środowiskowej służbie zdrowia ma sens, jeśli ludzie szkoleni są przez wykwalifikowany personel i system jest odpowiednio finansowany. Pracownicy PHC mogą być rozwiązaniem na okres kryzysu wysoko wykwalifikowanego personelu służby zdrowia w krajach rozwijających się, który pogłębia nierówności w dostępie do nowoczesnych systemów opieki medycznej.

1,+++,+++
One Million Community Health Workers

W styczniu 2013, na światowym Forum Ekonomicznym w Davos został zapoczątkowany program mający na celu skuteczniejsze wdrażanie systemów opartych o środowiskowych pracowników medycznych. Przy użyciu nowoczesnych technologii i narzędzi diagnostycznych, pracownicy PHC – przynajmniej w mniemaniu autorów programu – mają być swoistym łącznikiem między społeczeństwem, żyjącym zwłaszcza w regionach wiejskich, a właściwą opieką zdrowotną opartą o lekarzy, pielęgniarki i szpitalny system opieki.

Zadanie nie jest łatwe do wykonania. Zakłada się powołanie krajowych grup, mających przeprowadzić szkolenia środowiskowych pracowników medycznych. Po ukończeniu podstawowego kursu pracownicy środowiskowi byliby nadzorowani przez bardziej wykwalifikowany personel. Tak funkcjonujący system ma w założeniu zajmować się podstawowymi problemami: kontrolą śmiertelności matek i dzieci, wykrywaniem chorych z gorączką, kontrolą malarii i gruźlicy oraz odpowiednim żywieniem. System oparty na środowiskowych pracownikach medycznych byłby w pełni zdefiniowany, funkcjonujący w oparciu o ściśle określone protokoły postępowania. Nadzór sprawowany przez wysoko wykwalifikowany personel miałby być prowadzony za pomocą łączy internetowych i sieci telefonii komórkowej. Program zakłada zwiększenie liczby środowiskowych pracowników medycznych do jednego miliona przed 2015 rokiem. Koszty szacowane są na 2,5 miliarda dolarów amerykańskich.

*oprac. lek. Szymon Nowak*
źródło: www.1millionhealthworkers.org

---

Fundacja *Redemptoris Missio* jest organizacją pożytku publicznego, współpracującą z Uniwersytetem Medycznym w Poznaniu, zrzeszoną w sieci *Medicus Mundi International*. Fundacja została powołana dla zapewnienia podstawowego zaplecza medycznego dla polskich ośrodków misyjnych rozsianych po całym świecie. Wielu polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych pracowało na rzecz polepszenia zdrowia ludzi w najbiedniejszych krajach świata. Fundacja współpracuje z Ministerstwem Spraw Zagranicznych RP w ramach programu „Polska Pomoc". Teraz chcemy wykorzystać nasze doświadczenie w pracy w krajach rozwijających się, aby starać się zrozumieć i poprawić sytuację migracyjną kadr medycznych w Polsce i na świecie. Chcemy równego dostępu do ochrony zdrowia dla wszystkich ludzi na świecie!

**www.healthworkers4all.eu**

Projekt w 75% jest współfinansowany przez Unię Europejską. Budżet Projektu dla Polski wynosi 60.344 EUR. Za treść niniejszej notki prasowej odpowiadają Partnerzy realizujący Projekt. Treść notki nie może być w jakikolwiek sposób utożsamiana z oficjalnym stanowiskiem Unii Europejskiej.

Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej

Dodatkowe Informacje: Justyna Janiec-Palczewska – Press Officer
Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*
ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań; tel./fax 061 8621321

# Misja medyczna w Maggotty na Jamajce – sprawozdanie

Dzięki współpracy Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* oraz Ministerstwa Spraw Zagranicznych w ramach konkursu „Wolontariat – Polska Pomoc" odbył się 3 miesięczny projekt „Medyczne i edukacyjne wsparcie dla przychodni *Holy Spirit* w Maggotty na Jamajce". Projekt trwał od początku października do końca grudnia 2012 roku.

Maggotty to niewielka miejscowość w najbiedniejszym rejonie Jamajki. Od 13 lat znajduje się tu polska misja, na której pracuje ksiądz Marek Bzinkowski, 4 siostry sercanki (s. Emilia, s. Rita, s. Amanda, s. Clare Marie) oraz polska nauczycielka Marta Socha. Oprócz kościoła na terenie misji znajduje się również przychodnia, biblioteka, sala komputerowa oraz fabryka kiełbasy.

Naszym zadaniem w trakcie trwania projektu było zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej dla wszystkich pacjentów, którzy zgłaszali się do przychodni *Holy Spirit Clinic* oraz dla pacjentów obłożnie chorych w ramach tzw. wizyt domowych.

Ośrodek otwarty był od poniedziałku do czwartku, od godziny 7:30 do ostatniego pacjenta (przeważnie do godz. 17-19). Każdego dnia z konsultacji lekarskich korzystało od 70 do 120 chorych. W przypadku zagrożenia życia w przychodni udzielano pomocy 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu. Łącznie w ciągu 3 miesięcy udzielono pomocy 3312 pacjentom.

**Tab. 1.** Liczba pacjentów w zależności od płci, przyjętych w *Holy Spirit Clinic* od października do końca grudnia 2012

| Holy Spirit Clinic 2012 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Maggotty | | | | |
| Miesiąc | Kobiety | Mężczyźni | Dzieci | Łącznie |
| Październik | 441 | 252 | 517 | 1210 |
| Listopad | 666 | 244 | 375 | 1285 |
| Grudzień | 217 | 200 | 400 | 817 |

Naszym zadaniem w trakcie trwania projektu było udzielanie konsultacji lekarskich (wywiad, badanie przedmiotowe pacjenta, diagnozowanie, planowanie leczenia, przepisywanie leków, kierowanie na dalszą diagnostykę – badania laboratoryjne czy obrazowe wykonywane w szpitalach). W przychodni mogłyśmy również wykonać podstawową diagnostykę laboratoryjną, jak: stężenie hemoglobiny, cholesterolu, glukozy, badanie ogólne moczu, testy ciążowe. Poza tym wykonywałyśmy i oceniałyśmy EKG, wykonywałyśmy badania okresowe dzieci (szkoły wymagały zaświadczenia o stanie zdrowia dziecka i możliwości kontynuacji nauki), podawałyśmy leki doustnie, dożylnie, domięśniowo, wykonywałyśmy nebulizacje, wlewki doodbytnicze, drobne zabiegi chirurgiczne, jak oczyszczanie ran, szycie ran, opracowywanie odleżyn, nacinanie ropni, wymrażanie brodawek, płukanie i usuwanie ciał obcych z przewodów słuchowych, usuwanie ciał obcych z dróg oddechowych.

Naszym obowiązkiem było również prowadzenie dokumentacji medycznej oraz wykonywanie comiesięcznych raportów do tamtejszej izby lekarskiej na temat liczby pacjentów oraz jednostek chorobowych, z którymi się do nas zgłaszali.

W każdy piątek odbywały się wyjazdy do pobliskich wiosek, na wizyty domowe do pacjentów, którzy nie mogli dotrzeć do przychodni (pacjenci obłożnie chorzy, sparaliżowani, samotni, paliatywni itp.). W zależności od liczby pacjentów w danej wiosce w ciągu jednego wyjazdu odwiedzaliśmy 10-20 osób. W trakcie takich wizyt mierzono ciśnienie krwi, poziom glukozy, oczyszczano rany, opracowywano odleżyny, rozwiązywano problemy doraźnie (jak np. biegunka, zapalenie oskrzeli, zapalenie gardła, zapalenie płuc itp.), dostarczano leki stale pobierane przez pacjenta na choroby przewlekłe (np. cukrzyca, nadciśnienie, astma oskrzelowa), w zależności od potrzeb dostarczano pieluchy, materiały do zmiany opatrunków, materace przeciwodleżynowe itp.

Oczywiście wszystkie nasze działania wymagały dostosowania do realiów miejsca, w którym pracowałyśmy, dlatego niekiedy borykałyśmy się z dużymi trudnościami, jak np.:

- utrudniony dostęp do leków – pacjenci *Holy Spirit Clinic* otrzymywali leki podczas każdej wizyty w ośrodku. Klinika dysponuje szeroką gamą leków, które w większości pochodzą z darów (przysyłane między innymi przez organizację *Food For The Poor*). Trudna jest sytuacja, gdy leki kończą się i zamiast kontynuować leczenie tymi, które świetnie skutkowały, trzeba stosować inne, mniej skuteczne lub na nowo dobierać idealne dawki dla danego pacjenta. Pomimo że jest możliwość wypisania recepty i zakupu leków w aptece, takie rozwiązanie jest poza zasięgiem możliwości finansowych pacjentów *Holy Spirit Clinic*;
- niski poziom świadomości medycznej i słaba znajomość języka angielskiego wśród pacjentów powodowały, że jednym z ważniejszych aspektów podczas wizyty lekarskiej była edukacja pacjentów. Rozmowa z pacjentem musiała być prowadzona w bardzo prosty sposób, z częstym upewnianiem się, czy pacjent zrozumiał, jako że wielu z nich słabo znało język angielski;
- utrudniony dostęp do kliniki dla pacjentów mieszkających w odległych rejonach, a także utrudniony dostęp do pacjentów w trakcie wizyt domowych – wymagało to

→

niekiedy dalekich wyjazdów, często również wycieczek pieszych, gdyż nie wszędzie można było dojechać samochodem;

• konieczność leczenia pacjentów bez możliwości wykonania pełnej diagnostyki – pomimo że bardziej specjalistyczną diagnostykę można było wykonać w jamajskich szpitalach, rzadko który z pacjentów chciał się na nią zgodzić, gdyż wiązało się to z ogromnymi kosztami, natomiast większość naszych pacjentów nie mogła sobie na to pozwolić. Nie miało więc sensu kierowanie pacjentów na dodatkowe badania, bo i tak by z nich nie skorzystali; trzeba było rozpoczynać leczenie, opierając się wyłącznie na wywiadzie z pacjentem, badaniu przedmiotowym i własnym doświadczeniu.

Fot. 1. Lek. Zuzanna Sobiak z pacjentką *Holy Spirit Clinic*

Efektem naszego projektu miało więc być stopniowe poprawianie opieki nad pacjentami przewlekle chorymi, tj. ustawienie leczenia w taki sposób, aby uzyskać prawidłowe wartości ciśnienia u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, prawidłowe poziomy stężenia glukozy u pacjentów z cukrzycą, zmniejszyć częstość ataków astmy. Skupiliśmy się również na podnoszeniu świadomości zdrowotnej poprzez edukację w gabinecie. Efekty naszej pracy można było dostrzec podczas kolejnych wizyt pacjentów będących pod opieką *Holy Spirit Clinic* – wielu pacjentów zaczęło przestrzegać zaleceń lekarskich oraz regularnie przyjmować leki, regularnie przychodzić na wyznaczone terminy wizyt, co owocowało polepszeniem stanu ich zdrowia.

Ważnym efektem naszej pracy było również przynoszenie ulgi w cierpieniu i poprawa jakości życia pacjentów terminalnie chorych odwiedzanych w trakcie wizyt domowych.

W trakcie trwania projektu mogłyśmy również aktywnie uczestniczyć w życiu lokalnej społeczności (różne uroczystości organizowane przez parafię, święta narodowe, wydarzenia kulturalne – koncerty, wystawy itp.). Natomiast w związku z wykonywaniem wizyt domowych na wioskach mogłyśmy też poznać i uczestniczyć w życiu najbiedniejszej społeczności, poznać realia życia naszych pacjentów, ich główne problemy oraz możliwości radzenia sobie z nimi oraz uczestniczyć w ważnych dla nich wydarzeniach.

Dzięki udziale w projekcie WOLONTARIAT zrozumiałyśmy, jak ważna jest pomoc w krajach rozwijających się. Doświadczenie zdobyte w trakcie realizacji projektu zachęciło nas do udziału w kolejnych projektach na rzecz najbiedniejszych. W nasze dalsze życie zawodowe na pewno wpisany będzie udział w podobnych akcjach. W przyszłości planujemy również wrócić do *Holy Spirit Clinic*.

Fot. 2. Lek. Agnieszka Łuczak w czasie badania pacjentki.

*lek. med. Agnieszka Łuczak*
*lek. med. Zuzanna Sobiak*

# Dentysta w Afryce – sprawozdanie z pracy w Kamerunie

Po studiach swoją pierwszą pracę rozpocząłem w stomatologicznej pomocy doraźnej. Na każdym dyżurze widziałem jakie cierpienie może być spowodowane bólem chorego zęba. Pracując tam myślałem często o tym, że są miejsca na świecie, gdzie ludzie nie mają możliwości tak po prostu wejść do gabinetu stomatologicznego z ulicy i po krótkim czasie zapomnieć o swoim problemie i na nowo zacząć normalnie funkcjonować. W takim trudnym położeniu są Afrykańczycy, ich cierpienie z powodu niewyleczonych zębów trwa często latami. Jedyną pomocą są głównie szamani, którzy przykładają rozżarzone węgle do zęba, powodując jeszcze większe szkody. Jak ktoś ma szczęście, to trafia do przychodni prowadzonej przez misjonarzy, ale tam może wyłącznie liczyć na leki przeciwbólowe i antybiotyki, które są tylko tymczasowym rozwiązaniem.

Fot. 1. Lek. stom. Krzysztof Gniazdowski przy pracy w Kamerunie

Fot. 2. Krzysztof Gniazdowski prowadzi leczenie zębów pacjenta, na misji Abong Mbang

O projekcie „Dentysta w Afryce" dowiedziałem się od koleżanki ze studiów, Joanny Cudnoch, która jako wolontariuszka Fundacji Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* wyjechała na 3 miesiące do Kamerunu.

Decyzję o wyjeździe podjąłem bardzo szybko, a obawy, które miałem, szybko rozwiała Asia. Dzięki niej wiedziałem, czego się spodziewać, w jakich warunkach i na jakim sprzęcie przyjdzie mi pracować. Nie przypuszczałem tylko, że Afryka mnie zachwyci, a za poznanymi ludźmi będę tęsknić jak za własną rodziną.

Moje pierwsze dni w Kamerunie były niesamowite. Wszystko było nowe i intensywnie atakowało moje zmysły. Przyjęty zostałem niczym bohater, ciągle ktoś mi dziękował za przyjazd i utwierdzał mnie w tym, że to, co robię, jest bardzo ważne i cenne. Szybko się zaaklimatyzowałem i poczułem jak w domu.

Najmilej wspominam ludzi. Wspaniałych misjonarzy, którzy ciężko pracują dla dobra miejscowej ludności. Prowadzą szkoły, przychodnie, pomagają najuboższym i chorym. Kameruńczycy bardzo doceniają ich pracę i odnoszą się do nich z wielkim szacunkiem. Sami Kameruńczycy okazali się bardzo podobni do nas. Są przyjaźni, gościnni i byli bardzo zainteresowani moją obecnością. Mają podobne marzenia i chcą poznawać świat. Choć ich życie z naszej perspektywy jest niewyobrażalnie trudne. Żyją biednie, posiadają tylko najpotrzebniejsze rzeczy. Kilka ubrań, garnek i maczeta to często cały dobytek. Utrzymują się z tego, co sami uprawiają na przydomowych poletkach. Czasem udaje im się to sprzedać i w ten sposób zarabiają kilka groszy. Utrapieniem są choroby. Te, które w Europie nie wydają się być niczym poważnym, tam codziennie zabijają wielu ludzi. Głównym zabójcą jest AIDS. Nie ma rodziny, w której by ktoś nie chorował. Pomimo tych wielu trudności ludzie są niesamowicie szczęśliwi i promienieją optymizmem. Żyją pełnią życia i to mnie każdego dnia zachwycało.

Głównym miejscem mojej pracy był Abong Mbang, we wschodniej prowincji Kamerunu. W przychodni prowadzonej przez siostrę Nazariuszę Żuczek znajdował się gabinet dentystyczny. Istniał on tam od lat, lecz z powodu braku obecności lekarza popadł w ruinę. Dopiero dzięki staraniom lek. stom. Konrada Rylskiego i lek. stom. Joanny Cudnoch został on doprowadzony do użyteczności i doposażony w sprzęt i materiały. Choć dobrze wiadomo, że materiały takie jak środki znieczulające, rękawiczki, środki dezynfekcyjne, szybko się zużywają i aby taki gabinet mógł nadal funkcjonować potrzeba wielu starań.

Brak dentysty w tym regionie powoduje, że pracy dla stomatologów jest bardzo dużo. Tylko kilka osób, które

w tym czasie zbadałem, miało kontakt z dentystą w przeszłości. A problemy ze zdrowiem jamy ustnej są podobne jak u Polaków.

Co ciekawe, trudno było prowadzić gabinet w wyznaczonych godzinach, pacjentów zatrzymywał w domach deszcz. Podczas tropikalnej ulewy drogi stawały się nieprzejezdne i trzeba było kilku godzin, aż słońce wysuszy gliniastą nawierzchnię. Umawianie się na konkretny dzień i godzinę też było trudne. Pacjenci przyjeżdżali wtedy, kiedy mogli, podawałem im więc orientacyjny czas następnej wizyty. W czasie gdy brakowało prądu, co też zdarzało się często, leczenie zębów było niemożliwe. Usuwałem wtedy zęby, których nie dało by się leczyć zachowawczo. Mój podręczny zestaw składał się z czołówki, wysterylizowanych kleszczy, pudełka z rękawiczkami i zestawu do znieczuleń. Z takim zaopatrzeniem często ruszałem do odległych wiosek pośrodku tropikalnego lasu, z których ludziom ciężko było dotrzeć do gabinetu w Abong Mbang.

Przyjąłem 989 osób. Prowadziłem również akcje profilaktyki zdrowia jamy ustnej z s. Alicją Rymanowską, która prowadzi obok misji szkołę. Nieocenieni okazali się polscy misjonarze z Djouth, Atoku, Ayosu, Esseingbot i Bertoua, którzy na swój koszt i swoimi autami przywozili pacjentów do gabinetu w Abong Mbang. W gabinecie współpracowałem z Kameruńczykami, którzy pracowali w przychodni. Elian była odpowiedzialna za wydawanie potrzebnych leków i dostarczała mi karnety pacjentów. Marie prowadziła wstępną konsultację chorych i badała ogólny stan zdrowia. Laborant Leonard prowadził sterylizację narzędzi i sprzątał gabinet po całym dniu pracy. Wśród pacjentów i sąsiadów misji było bardzo dużo życzliwych osób, które zapraszały mnie do siebie i pokazywały okolice.

Każda osoba, której pomogłem, jest dużym sukcesem tego projektu. Niejednokrotnie pacjenci wracali do gabinetu i dziękowali za leczenie. A dziękowali tym co mieli – bananami, maniokiem, czy własnoręcznie wykonanymi figurkami z hebanu.

Dzięki akcji „Dentysta w Afryce" wielu osobom skończyły się wieloletnie problemy z zębami. Mogli powrócić do normalnego funkcjonowania. Ludzie dowiedzieli się, jakie są możliwości współczesnej stomatologii. Dla wielu było zaskoczeniem, że bolące i zniszczone przez próchnicę zęby można leczyć i odbudowywać. Niewątpliwie całość moich działań podniosła wiedzę miejscowych na temat własnego zdrowia. Zostawiając moich afrykańskich pacjentów obiecałem im, że wrócę. Mam cały czas nadzieję, że do akcji przyłączą się kolejni lekarze i pomogą tym, którzy cierpią i czekają na pomoc.

*lek. stom. Krzysztof Gniazdowski*

Fot. 3. Podczas akcji profilaktycznej w kameruńskiej szkole

HIV

# Opieka ambulatoryjna nad pacjentami z HIV, przykłady rozwiązań francuskich

*Od Redakcji: AIDS jest jedną z trzech, obok malarii i gruźlicy, częstych przyczyn zgonów ludzi w krajach rozwijających się. Potrzeba wielu wysiłków, aby zahamować pojawianie się nowych przypadków zakażeń, przedłużyć i poprawić komfort życia chorych. Doświadczenia w ambulatoryjnym prowadzeniu pacjentów zakażonych HIV, opisywane przez dr med. Jakuba Kowalczyka zdobyte we Francji, mogą być trudne do zrealizowania w krajach misyjnych. Mogą stanowić jednak swego rodzaju punkt odniesienia do tworzenia tam efektywnego systemu opieki nad chorymi na AIDS i prewencji HIV.*

Francja zajmuje miejsce szczególne w historii epidemii HIV. W roku 1983 to francuscy badacze z Instytutu Pasteura odkryli wirusa HIV, za co w 2008 roku otrzymali nagrodę Nobla. Podczas wykładu z okazji przyznania tej nagrody, jedna z laureatek, pani profesor Françoise Barré-Sinoussi, mówiła optymistycznie [1]:

„Choć przed nami jeszcze wiele do zrobienia, jesteśmy na właściwej drodze do uwolnienia świata od AIDS. Ten cel osiągniemy podążając śladami Louisa Pasteura, prowadząc jednocześnie podstawowe badania naukowe, próby kliniczne i interwencje z zakresu zdrowia publicznego, korzystając ze środków publicznych, prywatnych i ogromnego wsparcia ze strony niezwykle aktywnych nosicieli HIV".

Z wielu powodów warto przyjrzeć się problemowi HIV i AIDS we Francji. Francja jest jednym z krajów europejskich o najwyższym odsetku osób zarażonych wirusem HIV. Przyczynia się do tego w pewnym stopniu obecność departamentów i terytoriów zamorskich. Francja jest też krajem wielokulturowym, wciąż przyciągającym liczną emigrację, zachęconą bezsprzecznie wielokulturowością i wolnościami obywatelskimi, ale też szerokim dostępem do świadczeń socjalnych i praktycznie darmową powszechną opieką zdrowotną. Niewielką grupę zakażonych stanowią narkomani. Polityka państwa wobec osób uzależnionych cechuje się bardzo aktywnymi działaniami na rzecz eliminowania ryzyka zakażeń u stosujących preparaty dożylne. Pacjenci mają dostęp do szerokiego poradnictwa i leczenia substytucyjnego. Kolejną, liczną grupę nosicieli stanowią homoseksualni mężczyźni. Francuskie prawo od dawna regulowało legalne związki partnerskie jednopłciowe. Niedawna reforma zalegalizowała małżeństwa osób tej samej płci, nadając im prawa do adopcji równe parom heteroseksualnym. Mimo licznych akcji informacyjnych i prewencyjnych, a także promocji szybkich testów diagnostycznych w gejowskich klubach, to właśnie w tej grupie społecznej nieustannie rośnie nosicielstwo HIV i zachorowalność na AIDS.

### Epidemiologia

Liczbę osób zakażonych wirusem HIV we Francji szacuje się na około 150 000. Dodatkowo, zależnie od metod, przyjmuje się, że kolejne 23 000 do 40 000 nosicieli HIV żyje w nieświadomości swojego zakażenia.

W roku 2011[2] we Francji zdiagnozowano blisko 6 100 nowych zakażeń wirusem HIV (w Polsce 1302[3]). Liczba ta pozostaje stabilna od 2007 roku. Najczęściej zakażeniu ulegają tutaj przedstawiciele dwóch grup społecznych. Pierwszą stanowią mężczyźni mający kontakty homoseksualne. Drugą emigranci w kontaktach heteroseksualnych (w tym 75% zakażeń diagnozuje się wśród emigrantów z krajów Afryki Subsaharyjskiej). Obie te grupy stanowią po 40% ogółu nowych zakażeń. Udział pierwszej grupy w liczbie zakażeń wzrasta od 2003 roku (+30%), podczas kiedy w tym samym czasie maleje on w drugiej grupie (- 42% u kobiet i -31% u mężczyzn pochodzących z emigracji). Stabilna jest liczba nowych zakażeń na drodze kontaktów heteroseksualnych wśród osób urodzonych we Francji, a także, od 2008 roku, wśród narkomanów dożylnych. Najwyższą częstość zakażeń odnotowuje się w departamentach zamorskich, we francuskiej Gujanie (914/1000000) i na Gwadelupie (401/1000000), następnie w regionie Paryża (222/1000000). W pozostałych departamentach kontynentalnej Francji częstość nowych zakażeń nie przekracza 82 na milion mieszkańców.

### Polityka wobec HIV

Francuski rząd opracował ambitny plan walki z HIV/AIDS i chorobami przenoszonymi droga płciową na lata 2010-2014[4]. Jednym z głównych celów działań jest zmniejszenie o połowę liczby nowych zakażeń HIV, rozszerzenie wykrywania i zmniejszenie zachorowalności na inne choroby przenoszone drogą płciową.

### Złożone zapobieganie

Zgodnie z wynikami badań naukowych, najskuteczniejszą metodą walki z epidemią HIV jest łączne stosowanie jak największej liczby dostępnych metod, zwane złożonym zapobieganiem[5]. Dlatego też francuski narodowy plan walki z HIV kładzie nacisk na jednoczesne:

- zapobieganie nowym zakażeniom poprzez akcje edukacyjne i promocję bezpiecznych zachowań w grupach szczególnego ryzyka (homoseksualiści, pracownicy seksu, narkomani),
- szeroką dostępność diagnostyki HIV z ambicją realizacji testu dla ogółu aktywnych seksualnie mieszkańców kraju (test OPT-OUT, bez niezbędnej zgody pacjenta, a jedynie wobec braku sprzeciwu),

• oraz rozpowszechnienie jak najwcześniejszego leczenia osób zarażonych (TASP – *treatment as prevention*).

**Wykrywanie**

Tradycyjnie wykrywaniem HIV zajmowały się we Francji przyszpitalne poradnie oferujące testy bezpłatne i anonimowe (w jednej z nich pracuje autor artykułu). Działalność tego typu poradni została rozszerzona o poradnictwo zdrowia seksualnego z ofertą diagnostyki wirusowych zapaleń wątroby i chorób przenoszonych drogą płciową. Największy procent nowych przypadków (80%) wykrywają jednak w swoich gabinetach lekarze rodzinni. Od 2009 roku zaleca się lekarzom rodzinnym jednokrotne przepisanie badania na HIV każdemu pacjentowi miedzy 15 a 70 rokiem życia nie należącemu do grup szczególnego ryzyka. Badanie można wykonać w każdym laboratorium analiz medycznych, z receptą (koszt pokrywa wtedy ubezpieczenie społeczne) lub bez (na koszt pacjenta). Lekarze rodzinni mogą też korzystać z darmowych szybkich testów orientacji diagnostycznej bezpośrednio w swoich gabinetach. Testy te dostępne są też w najróżniejszych organizacjach i stowarzyszeniach aktywnych w środowiskach młodzieżowych, działających wśród narkomanów, prostytutek i w dyskotekach i klubach gejowskich. Test może być wykonany najwcześniej trzy miesiące po ewentualnej ekspozycji na wirusa, a wynik dodatni wymaga potwierdzenia w tradycyjnym laboratorium. Testy w laboratoriach i szpitalach można wykonać po sześciu tygodniach od narażenia. Każdy szpital posiadający izbę przyjęć dysponuje też zestawami do leczenia zapobiegawczego po ryzykownym zachowaniu.

**Służba zdrowia wobec epidemii HIV**

Bardziej intensywne wykrywanie, rozszerzenie wskazań i zwiększenie dostępności leczenia przyczynia się do wzrostu liczby pacjentów leczonych z powodu HIV i AIDS. Rozwój nowoczesnych, coraz doskonalszych i lepiej tolerowanych terapii, z jednej strony poprawia jakość życia pacjentów i sprawia, że wymagają oni mniejszej liczby konsultacji związanych z leczeniem, z drugiej jednak wymusza coraz większą specjalizację lekarzy. Pacjenci ustabilizowani na lekach przeciwwirusowych chorują tak jak wszyscy inni przeciętni pacjenci i w takich okolicznościach najczęściej konsultują swoich lekarzy rodzinnych. Poprawa jakości i wydłużenie oczekiwanej długości życia nosicieli HIV skutkuje powolnym starzeniem się populacji osób zarażonych i pojawieniem się innych, związanych z wiekiem chorób. Dla młodych par, w których jeden lub oboje partnerzy są nosicielami HIV, realne staje się marzenie o rodzicielstwie. Powstaje więc swoisty popyt na obeznanych z leczeniem HIV lekarzy pierwszego kontaktu i specjalistów w takich dziedzinach jak kardiologia, diabetologia, ginekologia i położnictwo, onkologia itd. Specjaliści od leczenia HIV nie chcą już zajmować się leczeniem przeziębienia u swoich pacjentów, a ci oczekują z kolei, że każdy pracownik służby zdrowia, do którego się zgłoszą będzie kompetentny w leczeniu HIV i nie przepisze terapii wchodzącej w interakcje z lekami przeciwwirusowymi.

Jak dzielić opiekę nad pacjentem pomiędzy coraz bardziej wyspecjalizowanymi lekarzami w ośrodkach szpitalnych a lekarzami rodzinnymi, pierwszego kontaktu, nie mającymi doświadczenia w leczeniu HIV i AIDS?

Jednym z możliwych rozwiązań byłoby rozszerzenie programu nauczania uniwersytetów medycznych o praktyczne zagadnienia związane z HIV i AIDS. Możliwości działania w tym zakresie są dość ograniczone, ze względu na i tak już przeciążony program i czas, jaki musi upłynąć od wprowadzenia nowego zagadnienia do praktycznego zastosowania zdobytej wiedzy przez lekarzy, pamiętając, że każdego roku pojawiają się nowe terapie i zalecenia. Warto pamiętać, ze przeciętny francuski lekarz napotka w swojej karierze na najwyżej pojedynczych nosicieli HIV.

**Współpraca w ramach sieci**

Rozwiązaniem, które oferowałoby nosicielom HIV dostęp do kompetentnych pracowników służby zdrowia, jest funkcjonowanie zorganizowanych sieci powiązań między nimi. Tworzenie takich struktur jest we Francji prawnie uregulowane[5], a ich działalność podlega kontroli ministerstwa zdrowia. Tego typu sieć powinna być: przydatna, wydajna i łatwa w użyciu. Ponieważ nosicielstwo wirusa HIV wpływa na zdrowie, seksualność, pracę i funkcjonowanie społeczne pacjentów, opieka nad nimi musi być złożona i angażować profesjonalistów z wielu dziedzin medycyny, psychologii i administracji. Taki system zapewnia kompleksową opiekę pacjentom, a lekarzom, terapeutom i pracownikom socjalnym ułatwia dostęp do specyficznej grupy pacjentów i stwarza platformę do wymiany doświadczeń.

**Najistotniejsi gracze powiązani w sieci**

1. Lekarze pierwszego kontaktu. Lekarze rodzinni są pierwszym ogniwem, to oni najczęściej wykrywają nowe zakażenia, będą leczyli przygodne infekcje, często znają rodzinę i środowisko pacjenta od wielu lat. Należąc do sieci korzystają z dostępu do specjalistów, którym adresują swoich pacjentów, uzyskując wskazówki dotyczące dalszego przebiegu leczenia. Sieci oferują też program szkoleń dotyczących nie tylko specyficznych zagadnień związanych z HIV ale też zasad zapobiegania, wykrywania i zagadnień promocji zdrowia przydatnych w codziennej pracy z ogółem pacjentów.
2. Specjaliści prywatni: ginekolodzy/położnicy, dermatolodzy, dentyści, psychiatrzy. Dla specjalistów zdobycie w ramach sieci nowych doświadczeń i kompetencji w postępowaniu przy współzakażeniu wirusem HIV otworzy im dostęp do szerszej grupy pacjentów.
3. Specjaliści leczenia HIV. Posiadają niezbędne doświadczenie zarówno dla potrzeb pacjentów, jak i ich lekarzy pierwszego kontaktu. Reprezentują wysoko specjalistyczne centra z dostępem do najnowszej diagnostyki i terapii. Zajmują się kompleksowo pacjentami na początku terapii i przy ewentualnych powikłaniach. Mogą skupić się na zasadniczym leczeniu przeciwwirusowym, mając oparcie w kompetentnych partnerach w leczeniu pozaszpitalnym. Opiekę nad ustabilizowanymi nosicielami powierzają swoim kolegom, lekarzom rodzinnym, ograniczając się do dorocznych konsultacji.
4. Pracownicy socjalni, psychologowie, pielęgniarki, dietetycy i wszyscy inni terapeuci, potrafiący odpowiedzieć na szczególne potrzeby nosicieli HIV (emigranci, narkomani, pracownicy seksu itp.). Należąc do sieci mogą lepiej wykorzystać swoje niestandardowe kompetencje i uzyskują dostęp do większej grupy pacjentów.

→

MALARIA

# Malaria importowana do Polski

W dniu 6 maja 2013 roku na Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu odbyła się obrona pracy doktorskiej pt. „Przydatność wykrywania antygenów *Plasmodium spp*. we krwi obwodowej dla rozpoznawania oraz oceny przebiegu klinicznego i skuteczności leczenia malarii importowanej do Polski z krajów strefy tropikalnej i subtropikalnej". Autorką rozprawy jest dr n. med. Karolina Mrówka, asystent z Katedry i Kliniki Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych. Promotorem rozprawy doktorskiej była dr hab. Małgorzata Paul z ww. Kliniki.

Omawiana praca doktorska jest pierwszym tak całościowym opracowaniem dotyczącym malarii zawleczonej do Polski. Obejmuje analizę 47 przypadków, leczonych lub konsultowanych w ośrodku poznańskim w ciągu ostatnich 12 lat. Zarażenie zarodźcem zimnicy potwierdzano standardowym badaniem grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi oraz szybkimi testami chromatograficznymi, wykrywającymi obecność antygenów pasożyta (białko HRP-2 charakterystyczne dla *P. falciparum* oraz niespecyficzna gatunkowo dehydrogenaza mleczanowa *Plasmodium spp.)*. Oznaczano także stężenie białka HRP-2 przy użyciu testu ELISA. Wśród pacjentów przeprowadzono również wywiad epidemiologiczny dotyczący celu podróży, długości jej trwania i warunków sanitarnych panujących w miejscu pobytu. Pytano również o stosowanie profilaktyki przeciwmalarycznej i korzystanie z porad specjalisty medycyny podróży.

Większość badanych podróżowała do Afryki Zachodniej w celach służbowych. Większość pacjentów przebywa-

→

## Opieka ambulatoryjna nad pacjentami z HIV, przykłady rozwiązań francuskich

*(dokończenie ze str. 13)*

Pacjent, który zechce przyłączyć się do takiego systemu, nie rezygnując z konsultacji u specjalisty HIV, uzyska dostęp do platformy skupiającej kompetentnych specjalistów, gotowych odpowiedzieć na większość problemów socjalnych i zdrowotnych, wynikających lub powiązanych z HIV. Istnieją dwa poziomy zaangażowania. Na pierwszym pacjent korzysta z oferty profesjonalistów skupionych w sieci, ale leczenie przeciwwirusowe jest w całości prowadzone przez specjalistę w szpitalu. Na drugim poziomie, leczeniem przeciw HIV specjalista dzieli się z lekarzem rodzinnym. Wymaga to zgody pacjenta oraz dodatkowego, regularnego szkolenia zainteresowanego lekarza rodzinnego.

Badanie prowadzone wśród pracowników służby zdrowia – użytkowników tego typu struktury w Mulhouse, potwierdziło przydatność i zasadność tworzenia takich sieci powiązań i stanowiło część pracy doktorskiej autora niniejszego artykułu. Niezależna firma zewnętrzna prowadziła audyt, przy użyciu podobnej metody, badania wśród pacjentów, potwierdzające ich satysfakcję z opieki, otrzymywanej w ramach przynależności do tej samej sieci.

Tego typu struktura stanowi platformę wymiany doświadczeń pomiędzy najróżniejszymi profesjonalistami zainteresowanymi opieką nad nosicielami HIV. W znacznej mierze wymiana odbywa się na płaszczyźnie wirtualnej, do spotkań dochodzi głównie przy okazji szkoleń. Liczba profesjonalistów jest nieograniczona, a stopień ich zaangażowania zależy od indywidualnej praktyki i charakterystyki pacjentów każdego z członków. Tworzenie sieci nie wymaga więc szczególnych nakładów finansowych, a zmniejszenie liczby najwyżej wycenionych konsultacji w wysokospecjalistycznych ośrodkach przynosi wręcz oszczędności.

Bibliografia.

[1] Barré-Sinoussi F., Pour un monde sans sida. Paris: Albin Michel, 2012
[2] Journée mondiale de lutte contre le sida: données épidémiologiques sur l'infection à VIH et les IST en France 30/11/2012 www.invs.sante.fr
[3] PZH Zakażenia HIV i zachorowania na AIDS w Polsce w 2012 roku, stan na 31/12 /2012 www.pzh.gov.pl
[4] Plan national de lutte contre le VIH/SIDA et les IST 2010-2014. Ministère de la Santé et des Sports, 2010
[5] Merson M., Padian N., Coates T. J., Combination HIV Prevention, Lancet 2008; 372: 1805-1806

*Dr med. Jakub Kowalczyk*

**Dr med. Jakub Kowalczyk**, autor artykułu, jest absolwentem Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. W ramach wolontariatu w Fundacji *Redemptoris Missio* i innych organizacjach przez dwa lata pracował jako lekarz na misjach w Kamerunie, Tanzanii i Burkina Faso. Od 2005 roku mieszka we Francji, gdzie oprócz pracy lekarza pierwszego kontaktu, przyjmuje pacjentów w poradni zdrowia seksualnego przy szpitalu w Mulhouse i w poradni dla narkomanów w Strasburgu. Opiece pozaszpitalnej nad nosicielami wirusa HIV i chorymi na AIDS we Francji poświęcił swoją pracę doktorską.

ła w tropiku dłużej niż dwa tygodnie. Aż 51,1% badanych nie stosowało żadnej profilaktyki przeciwmalarycznej. Najczęstszymi objawami obserwowanymi u pacjentów była gorączka poprzedzona dreszczami oraz powiększenie wątroby i śledziony.

Rozpoznanie mikroskopowe malarii *P. falciparum* postawiono u 65% chorych. Dodatnie wyniki szybkich testów paskowych (HRP-2 *P. falciparum* + dehydrogenaza mleczanowa *Plasmodium spp.)* stwierdzono u połowy pacjentów w dniu przyjęcia do Kliniki. Poziomy antygenu HRP-2 były wyższe w przypadku pacjentów, u których stwierdzono powikłania narządowe zimnicy (niewydolność nerek, zaburzenia krzepnięcia, zaburzenia świadomości).

Do najważniejszych wniosków płynących z rozprawy doktorskiej dr n. med. K. Mrówki należy stwierdzenie, że malaria jest jedną z najczęstszych przyczyn hospitalizacji pacjentów wracających z gorączką z tropiku. Ciężki przebieg kliniczny koreluje z brakiem odpowiedniego przygotowania do podróży do odmiennej strefy klimatyczno-sanitarnej. Testy immunochromatograficzne, potwierdzające obecność antygenów pasożyta, mogą stanowić uzupełnienie diagnostyki stanów gorączkowych u pacjentów po powrocie z tropiku, zwłaszcza przy niskim stopniu inwazji *Plasmodium,* oraz zarażeniu kilkoma gatunkami. Określanie poziomu antygenu HRP-2 okazało się przydatne do określenia stopnia ciężkości przebiegu zimnicy, ryzyka rozwoju niewydolności wielonarządowej i oceny skuteczności zastosowanego leczenia przeciwpierwotniakowego. Niemniej nadal złotym standardem postępowania pozostaje wykonywanie badania grubej kropli i cienkiego rozmazu krwi obwodowej i poszukiwanie form rozwojowych pasożyta pod mikroskopem, jego identyfikacji gatunkowej oraz określenie stopnia inwazji.

---

Na podstawie streszczenia pracy doktorskiej dr n. med. Karoliny Mrówki „Przydatność wykrywania antygenów *Plasmodium spp.* we krwi obwodowej dla rozpoznawania oraz oceny przebiegu klinicznego i skuteczności leczenia malarii importowanej do Polski z krajów strefy tropikalnej i subtropikalnej”

# Medal „Tym, którzy czynią dobro” dla Radia Emaus!

W tym roku Fundacja *Redemptoris Missio* przyznała nagrodę Radiu Emaus za szczególne zasługi dla dzieła misyjnego.

Radio Emaus, które pierwszą audycję nadało 23 marca 1995 roku, niedawno świętowało swoje 18 urodziny. Radio powstało z inicjatywy ks. Macieja Kubiaka, który pełnił wtedy funkcję redaktora naczelnego i dyrektora jednocześnie. I choć nazwa Radia Emaus funkcjonuje dopiero od 2003 roku (wcześniej było ono znane m.in. jako Katolickie Radio Refleks) to było i nadal pozostaje Dobrym Radiem. Na antenie Radia znajdują miejsce audycje informacyjne, edukacyjne, kulturalne, religijne i muzyczne. Usłyszeć można również produkcje Radia Watykańskiego i warszawskiego Radia Józef. Zespołem obecnie kierują ks. Maciej Kubiak, który powrócił na stanowisko Redaktora Naczelnego w 2005 roku oraz ks. Sławomir Baraniak, dyrektor Radia.

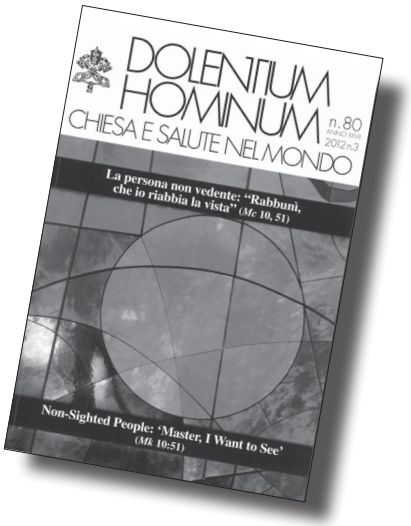
Nasza współpraca z Radiem Emaus trwa już wiele lat, to w studio tego radia snuli opowieści wolontariusze Fundacji, powracający z pierwszych wypraw lekarskich do Puri. Również dzisiaj wolontariusze Fundacji, dzięki regularnemu udostępnieniu czasu antenowego, tworzą program „Misyjny Atlas Świata”. Samo Radio chętnie patronuje wszystkim akcjom prowadzonym przez *Redemptoris Missio*. Wolontariusze zawsze mogą liczyć na pomoc, uśmiech i dobre słowo „radiowców”. Wszystko to doceniamy!

Pragniemy za to Redakcji Radia Emaus z całego serca podziękować, życząc kolejnych nie 18, lecz 100 lat działalności, sobie zaś dalszej owocnej współpracy. Niech ta nagroda będzie tych życzeń wyrazem. Przekazujemy ją na ręce ks. Macieja Kubiaka, ale dedykujemy ją wszystkim współtwórcom Radia Emaus oraz jego słuchaczom.

Radia słuchać można w Poznaniu i okolicach na częstotliwości 89,8 FM. Więcej informacji pod adresem: www.radioemaus.pl

*Justyna Janiec-Palczewska*
Wiceprezes Fundacji

# Choroby narządu wzroku

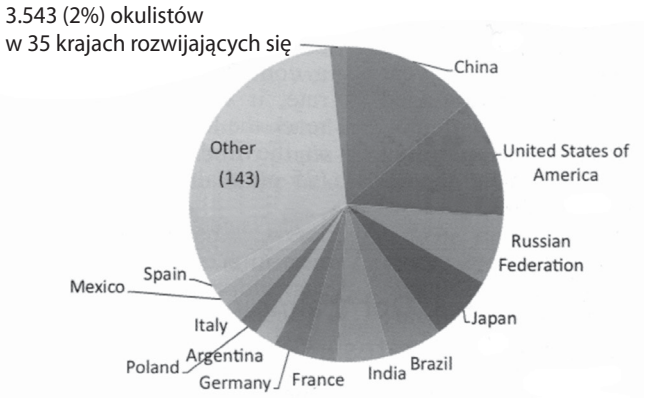



Numer 80 Dolentium Hominum jest w całości (120 stron) poświęcony obradom międzynarodowego sympozjum na temat chorób narządu wzroku. Sympozjum miało miejsce w Watykanie w dniach 4 i 5 maja 2012 i odbyło się pod wezwaniem: „Mistrzu, ja chcę widzieć" (*Mk* 10:51). Jest to długo oczekiwane opracowanie, określające podejście różnych religii do upośledzenia wzroku. Redakcja zachęca okulistów do zapoznania się z całością obrad opisanych w zeszycie Dolentium Hominum z roku 2012, nr 3, który ukazał się niedawno.

Otwierając sympozjum arcybiskup Zygmunt Zimowski, Przewodniczący Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia, zwrócił uwagę na szczególną troskę, jaką w światowych programach pomocy ludności krajów mało rozwiniętych powinny stanowić osoby niewidzące lub niedowidzące, nie mogące w pełni uczestniczyć w życiu wspólnoty religijnej i współbudować cywilizacji miłości (str. 6-9). Wśród chorób wymienianych w Piśmie Świętym ślepota pojawia się bardzo często, nie tylko jako dotkliwe kalectwo, ale również metaforycznie, jako niemożność dostrzegania pewnych zjawisk widocznych dla innych (prof. Waldemar Chrostowski, str. 10-16). Pomoc instytucji chrześcijańskich osobom niedowidzącym jest obszernie przedstawiona przez docenta Giuseppe Morante (str. 17-29). Referat zaczyna się od wczesnych historycznych już działań cystersów i benedyktynów, a kończy obszerną bibliografią i aktualnym spisem instytucji i fundacji zajmujących się pomocą ludziom niewidzącym.

Dr Silvio Paolo Mariotti z WHO w Genewie opisuje krótko ogólną sytuację w zakresie chorób oczu (str. 30-31). Na świecie, według danych z roku 2010, 285 milionów ludzi ma poważne problemy z widzeniem, w tym 39 milionów jest ślepych. Uważa się, że 80% przypadków niedowidzenia można leczyć lub im zapobiec. Działanie instytucji rządowych i pozarządowych sprawiło, że w porównaniu z rokiem 2004 odsetek osób niedowidzących zmalał o 9%, zwłaszcza w Afryce. Główną przyczyną niedowidzenia są wady refrakcji, zwłaszcza u dzieci, a główną przyczyną ślepoty jest zaćma, przede wszystkim u osób starszych.

15 bogatych krajów skupia 2/3 ogółu okulistów



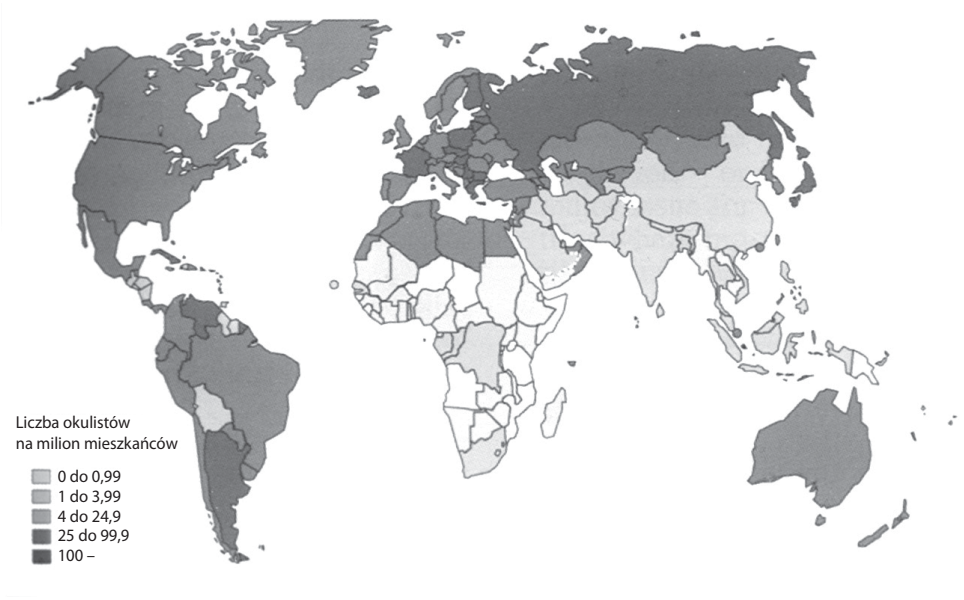

Chociaż w wielu krajach zlikwidowano już zakaźne (jaglica) lub pasożytnicze (onchocerkoza) przyczyny ślepoty, nadal otwarte jest szerokie pole do działań prewencyjnych lub leczniczych dla etiologii niezakaźnych. Działania niektórych organizacji w zakresie ochrony wzroku opisują Dr Wing-Kun Tam, prezydent Lions Club z Chin (str. 31-33) oraz prof. Mario Stirpe z włoskiego ONLUS (str. 34-36).

Prof. Serge Resnikoff, prezydent francuskiego OPC (Organisation pour la Prévention de la Cécité), na stronach 36-39, obrazuje możliwości rozwoju kadr okulistycznych w 35 (18%) krajach rozwijających się. Mieszka w nich 840 milionów mieszkańców (12% ludności świata), żyjących za poniżej 1,025 US$ dziennie na osobę. Lista osób, które zawodowo zajmują się narządem wzroku jest obszerna. Należą tu okuliści, optometryści, chirurdzy operujący zaćmę, a nie będący okulistami, pielęgniarki okulistyczne, optycy, technicy optyczni, grawerzy okulistyczni, personel administracyjny, pracownicy podstawowej opieki zdrowotnej, znachorzy, tradycyjne położne. W krajach rozwijających się liczba wymienionych kategorii i stopień wymaganych kwalifikacji zawodowych różnią się znacznie.

Dostępne dane z roku 2010 dotyczą tylko specjalistów okulistów. Ich liczba w świecie (badano 192 krajów) wynosi 204.909, wahając się od 28.338 w Chinach do 0 na niektórych wyspach Pacyfiku. Rozmieszczenie okulistów jest bardzo nierównomierne; 2/3 ogólnej światowej liczby okulistów pracuje w 15 bogatych krajach, a w 35 krajach rozwijających pracuje ich tylko 2%. Liczba okulistów przypadających na milion mieszkańców waha się od 9 w krajach rozwijających się do 79 w krajach rozwiniętych (*zob.* mapa). Najmniej okulistów pracuje w Afryce na południe od Sahary, a zwłaszcza na terenach byłych kolonii portugalskich: jeden okulista na milion mieszkańców. W roku 2010 liczba okulistów zwiększyła się o 1.784 lekarzy, ale jest to tylko niewiele więcej niż wynosił w tym czasie przyrost ludności. Pocieszającym zjawiskiem jest proporcjonalnie większy przyrost lekarzy okulistów w krajach rozwijających się (+2,83%) niż rozwiniętych (- 2.27%). Również dane dotyczące liczby aktualnie kształconych okulistów są optymistyczne; zakłada się, że w ciągu najbliższych 5 lat w 63 krajach będzie 22.607 nowych specjalistów. Oczywiście samo przygotowanie kadr okulistów nie wystarcza; potrzebna jest większa liczba „zespołów okulistycznych", obejmujących również średni personel oraz optometrystów. Tych ostatnich jest tylko 0,9 na milion mieszkańców w krajach rozwijających, a aż 194 na milion mieszkańców w krajach rozwiniętych.

Rozwiązanie problemu niedoboru kadr okulistycznych w krajach rozwijających się wymaga nie tylko zwiększenia

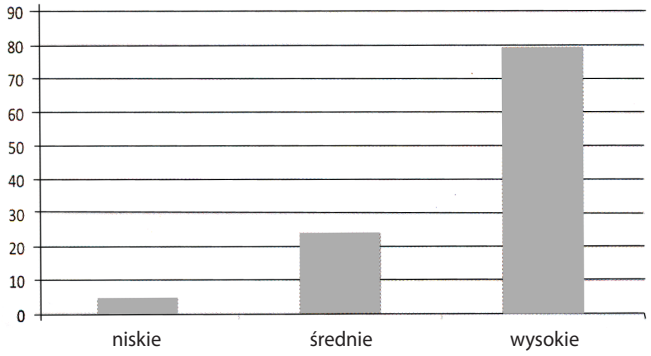
Liczba okulistów na milion mieszkańców




ich liczby, ale również rozszerzenia zadań, które mogą być wykonywane przez mniej wyspecjalizowanych pracowników służby zdrowia oraz odpowiednio dostosowanej w tym kierunku edukacji zawodowej. Wymaga ona określenia norm i standardów postępowania, zharmonizowania kompetencji w danych krajach lub w ich poszczególnych rejonach, akredytacji odpowiednich szkół i ośrodków szkoleniowych, zapewnienia dostępu do niezbędnego sprzętu i materiałów. Drugim zadaniem byłoby zatrzymanie wyszkolonego personelu na danym terenie i utrudnienie migracji do krajów bogatszych, jak również z terenów wiejskich do miast i z sektora publicznego do praktyki prywatnej. Migracji sprzyjają: nieodpowiednie warunki pracy, niedostateczne zabezpieczenie bezpieczeństwa pracy, niskie wynagrodzenie, niewielkie perspektywy rozwoju zawodowego i brak wsparcia zawodowego.

Zaćma jest najczęstszą przyczyną ślepoty, piszą o tym dr Abdulaziz Alrajhi i Dr Mansur Rabiu z Arabii Saudyjskiej (str. 40-43). Najczęstszą jest zaćma starcza, chociaż może być również wrodzona lub wtórna. Globalną liczbę przypadków zaćmy WHO określa na ponad 39 milionów, w 51% prowadzi ona do ślepoty (20 milionów ludzi). Ocenia się, że w samej Afryce liczba przypadków, które trzeba by operować z powodu zaćmy, wynosi rocznie 800.000 spośród 5 milionów, u których zaćma występuje. W Afryce wykonuje się rocznie około 380.000 zabiegów usuwania zaćmy w 467 ośrodkach. Zaćmie sprzyjają: podeszły wiek, narażenie na promieniowanie UV, palenie papierosów, nadużywanie steroidów, niedobór masy ciała, stany odwodnienia. Leczenie zaćmy pozostaje chirurgiczne i dzięki postępowi technologicznemu jest to zabieg prosty i szybki. Zabieg usunięcia zaćmy jest jednym z najbardziej korzystnych ekonomicznie. W Pakistanie zysk z leczenia i rehabilitacji osób z zaćmą wyraża się kwotą 2,5 miliarda US$ w ciągu 10 lat i tym samym przewyższa cały budżet państwa przeznaczany na ochronę zdrowia. W 3 krajach: w Kenii, Bangladeszu i na Filipinach usunięcie katarakty u żywiciela rodziny podnosi średnio jej dochód o 35 US$ na miesiąc. Jest to więc istotny czynnik w zwalczaniu biedy. Autorzy podają zasady organizacyjne ośrodków rozpoznających i leczących zaćmę w krajach rozwijających się; należą do nich zespoły chirurgiczne, zespoły diagnostyczne, mobilne kliniki oczne, uzgodniona współpraca z istniejącymi ośrodkami zdrowia, tworzenie nowych ośrodków ochrony wzroku. Autorzy wymieniają też trudności, na jakie natrafia organizacja zwalczania chorób narządu wzroku i sposób ich zmniejszania lub omijania.

Liczba okulistów na milion mieszkańców w krajach o niskich, średnich i wysokich dochodach




Onchocerkoza i jaglica są kolejno omawianymi przez dr Allena Fostera chorobami narządu wzroku (str. 44). Onchocerkoza, występująca w 30 krajach afrykańskich i 6 południowo-amerykańskich, od roku 1980 jest masowo zwalczana u 70 milionów ludzi podawaniem raz w roku iwermektyny. Lek dostarczany jest nieodpłatnie przez producenta (Merck) za pośrednictwem WHO. Jaglica nadal występuje w 50 krajach Afryki, Azji i Ameryki Centralnej i Południowej i jest objęta programem SAFE (S = zabieg chirurgiczny na zniekształconych powiekach, A = stosowanie antybiotyku – azytromycyny, F= utrzymywanie czystości zewnętrznej części gałki ocznej, E = edukacja, dostęp do czystej wody i sanitariatów). Dzięki antybiotykowi oferowanemu nieodpłatnie przez producenta (Pfizer) rocznie leczonych jest w świecie 50 milionów ludzi z jaglicą.

→

Ślepota związana ze schorzeniami siatkówki (retinopatia cukrzycowa i związana z wiekiem zwyrodnienie plamki żółtej) jest tematem następnego wystąpienia prof. Donalda d'Amico (str. 45-47). W roku 2002 WHO oceniło, że retinopatia cukrzycowa jest w świecie odpowiedzialna za 5% ślepot – blisko 5 milionów ludzi. W krajach rozwiniętych liczba retinopatii cukrzycowych spada dzięki coraz to skuteczniejszemu leczeniu cukrzycy. Nie dotyczy to jednak ludności krajów rozwijających się, w których szerzeniu się cukrzycy odpowiada wzrost przypadków retinopatii cukrzycowej. Leczenie retinopatii cukrzycowych w tropiku natrafia na znaczne trudności (stosowanie terapii laserowej lub leków podawanych bezpośrednio do gałki ocznej), stąd główny nacisk winien być skierowany na wczesne rozpoznawanie i właściwe leczenie cukrzycy. Autor dzieli się swoimi spostrzeżeniami nabytymi w Tanzanii, ale dość trudno jest je uogólniać. Związane z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe siatkówki są przez WHO oceniane jako trzecia, po zaćmie i jaskrze, przyczyna ślepoty w świecie, ale brak dostatecznego rozeznania w tym zakresie w krajach rozwijających się. Redakcja zauważa, że w sprawozdaniu z seminarium nie ma referatu nt. jaskry. Jaskra polega na powolnej degeneracji nerwu wzrokowego, która prowadzi do ślepoty. Powstawaniu jaskry sprzyjają cukrzyca, miażdżyca, choroba nadciśnieniowa, znaczna krótkowzroczność, skłonności genetyczne. Dawniej uznawana za chorobę wieku podeszłego, dzisiaj występuje u coraz młodszych osób. Jaskra należy do chorób nieuleczalnych, można jednakże zapobiec jej rozwojowi, rozpoznając ją w czasie regularnie powtarzanych badań okulistycznych.

Dr Andrea Molinari z Ekwadoru na stronach 48-49 przedstawia problem ślepoty u dzieci. Podkreśla ona, że w pierwszym roku życia 80% informacji o otaczającym świecie dziecko pozyskuje dzięki narządowi wzroku. Brak widzenia jest tragedią nie tylko osobistą, ale i rodziny dziecka. W krajach rozwijających się można uniknąć aż 75% przypadków ślepoty u niemowląt. Wprawdzie ślepota dzieci to tylko 3% ogólnej liczby ludzi ślepych, ale biorąc pod uwagę, że występuje ona we wczesnym wieku, globalny czas trwania tej ślepoty oblicza się na 75 milionów lat życia. Blisko połowa przypadków dzieci tracących wzrok przed ukończeniem 2 lat nie dożywa wieku 5 lat, stąd liczba dorosłych, którzy stracili wzrok we wczesnym wieku jest znacznie mniejsza od liczby rzeczywistej.

Ślepota dziecięca występuje ponad 10-krotnie częściej w krajach biednych (1.1/1.000 dzieci) niż w krajach bogatych (0,1/1000 dzieci). Spośród ogólnej liczby 1.5 miliona ślepych dzieci na świecie, milion ich przebywa w Afryce i w Azji. Przyczyny ślepoty u dzieci są różnorodne i w dużej mierze zależne od regionu. Należą do nich uszkodzenia rogówki w przebiegu odry, awitaminozy A, jaglicy oraz podawania tradycyjnych leków. Częste są też noworodkowe zapalenie spojówek i *ophthalmia neonatorum*, powodowane m.in. zakażeniami wrodzonymi (kiła) lub okołoporodowymi. Ślepota może być też wywołana uszkodzeniem centralnego układu nerwowego, nierzadko związanym z przedwczesnym porodem, co zdarza się często w krajach średnio bogatych. Na Bliskim Wschodzie i w krajach uprzemysłowionych więcej spotyka się ślepot pochodzenia wrodzonego. Natomiast przyczyny urazowe dominują w krajach rozwijających się.

Rozpoznawanie niedowidzenia u niemowląt i u dzieci jest trudne i wymaga szczególnego przygotowania zawodowego, podobnie jak leczenie zauważonych zmian, np. zaćmy wrodzonej lub nabytej we wczesnym wieku (urazy, zakażenia, niedobory żywieniowe). Zaćma jest przyczyną 20% ślepot dziecięcych; w krajach rozwijających się występuje niekiedy aż w 15 przypadkach na 10.000 dzieci. Częstą przyczyną niedowidzenia jest awitaminoza A; w ciężkich przypadkach prowadzi ona do kseroftalmii i ślepoty, a można jej uniknąć dodatkowym podawaniem witaminy A, co w tropiku jest często praktykowane. Retinopatia związana z przedwczesnym porodem lub niską wagą urodzeniową zwykle wiąże się z niedorozwojem naczyń siatkówki, prowadzącym niekiedy do ślepoty. W krajach lepiej rozwiniętych odpowiednia opieka nad wcześniakami często prowadzi do zmniejszania ryzyka ślepoty w przypadkach retinopatii. Natomiast w krajach rozwijających się szczepienia przeciwodrowe, substytucyjne podawanie witaminy A, skuteczne zwalczanie jaglicy sprawiają, że zaćma i retinopatia stają się obecnie głównymi przyczynami dziecięcej ślepoty.

Problem wad refrakcji przedstawia dr Mario R. Angi z Padwy (str. 49-53). Wady refrakcji są główną przyczyną zaburzeń widzenia, którym można zapobiegać lub korygować. Zaburzenia refrakcji dotykają ponad 500 milionów ludzi, przy czym 90% niekorygowanych wad wzroku występuje w krajach rozwijających się. Przyczyny wad refrakcji są zarówno genetyczne, jak i środowiskowe. Należą do nich 4 główne kategorie: miopia (krótkowzroczność), hypertropia (dalekowzroczność) astygmatyzm i presbyopia (starczowzroczność). Miopia związana jest z nadmiernym wzrostem gałki ocznej w wyniku m.in. „miejskiego" trybu życia, czytania, niedostatku oświetlenia oraz spożywania nadmiaru pożywienia, zwłaszcza tłuszczy. Natomiast hypertropia i astygmatyzm często związane są z wzrastaniem dziecka w biednym środowisku. Straty ze zmniejszonej produkcyjności związanej z wadami refrakcji w skali światowej określa się na 28,8 miliardów US$, a koszt dostarczenia okularów wszystkim osobom z wadą wzroku – na 26 miliardów. Dostęp do okularów dla wszystkich wymaga współdziałania instytucji państwowych, społecznych i kościelnych.

Następna czwarta grupa referatów na stronach 54-62 dotyczy rehabilitacji upośledzenia widzenia w świecie. W tym zakresie należy od lat 70. odnotować znaczny postęp w opiece nad dziećmi słabowidzącymi. Rezolucje Międzynarodowej Konferencji w Bangkoku (1992), specjalistyczne programy WHO i rozporządzenia i programy powstałe w wielu krajach rozwiniętych wytyczają zasady i wielodyscyplinarne ramy pomocy dzieciom i młodzieży słabowidzącej. Ogólnie uznaje się, że mają one prawo do wczesnego rozpoznania wad i odpowiedniej interwencji. Nie jest to możliwe w wielu krajach rozwijających się i sprawia, że wady wzroku wpływają niekorzystnie na edukację oraz rozwój i przydatność społeczną osób niedowidzących. Podano liczne przykłady działania w zakresie ochrony wzroku w krajach rozwijających się. Skuteczność ich w dużej mierze polega na współdziałaniu lokalnych społeczności, w których ślepota lub niedowidzenie są istotnym problemem ochrony zdrowia.

Piąta grupa referatów (strony 63-68) dotyczy postępów technologicznych i farmakologicznych w chorobach oczu. Tych kilka stron polecamy uwadze okulistów. Jedna uwaga adresowana jest do fundacji filantropijnych, a dotyczy ona zbiórki i ponownego używania okularów. Autor prof. Kovin Naidoo z Południowej Afryki nie popiera tej akcji z kilku powodów: tylko 7% zbieranych okularów jest poprawnie wykorzystywana, a koszt ich zbierania i dostarczania jest niemały. Dla autora istotnym negatywnym aspektem jest też fakt, że Afrykańczycy mają prawo do respektowania ich godności osobistej i dostępu do właściwych okularów, odpowiadających im też pod względem kosmetycznym. W dostarczaniu używanych okularów potrzebującym realizuje się na-

# Najciekawsze opracowania dostępne na stronie www.mmpolonia.org

• WHO proponuje plan eradykacji śpiączki afrykańskiej – na podstawie Murice J., „New WHO plan targets the demise of sleeping sickness", The Lancet, Vol. 381, styczeń 2013.
• Sytuacja zdrowotna na świecie w roku 2010.
• Wirus gorączki krwotocznej Chikungunya w Kambodży – na podstawie Duong V. i wsp., „Reemergence of Chikungunya Virus in Cambodia"; Emerging Infectious Diseases, Vol. 18, No. 12, grudzień 2012.
• Termin eradykacji polio znów niedotrzymany – na podstawie „Global polio eradication: not there yet", The Lancet, Vol. 381, styczeń 2013.
• Dwa przypadki ropni pełzakowych wątroby z ujemnymi wynikami serologicznymi – trudności w diagnostyce i różnicowaniu – na podstawie Otto M-P. i wsp.; „False Negative Serologies in Amebic Liver Abscess: Report of Two Cases"; Journal of Travel Medicine, 2013.
• Samodzielnie wykonywane testy w kierunku zakażenia wirusem HIV i leczenie prowadzone w domu zwiększają odsetek pacjentów regularnie przyjmujących leki – na podstawie „HIV self-testing and home treatment leads to threefold increase in uptake of antiretroviral therapy"; http://blogs.lshtm.ac.uk/news
• Dżuma w Demokratycznej Republice Konga – na podstawie Piarroux R. i wsp.; „Plague Epidemics and Lice, Democratic Republic of Congo", Emerging Infectious Diseases, Vol. 19, No. 3, marzec 2013.
• Transplantacja narządów może wiązać się z zarażeniem *Strongyloides stercoralis* – na podstawie Hasan A. i wsp. „Transmission of *Strongyloides stercoralis* Through Transplantations of Solid Organs – Pennsylvania, 2012", MMVR, 12 kwiecień 2013, 62(14)264-266, Center for Diseases Control and Prevention.
• Gruźlica otrzewnej u ciężarnej kobiety z Haiti – na podstawie Ard L. K. i wsp.; „Peritonael Tuberculosis In a Pregnant Women from Haiti, USA", Emerging Infectious Diseases, Vol. 19, No. 3, marzec 2013.
• Pierwszy przypadek zarażenia *Echinococcus vogeli* w Holandii – styczeń 2013 – na podstawie Stijnis C. i wsp.; „First case of *Echinococcus vogeli* infection imported to the Netherlands, January 2013", Eurosurveillance, Vol. 18, Issue 15, kwiecień 2013.

Czytelnikom przypominamy, że na stronie internetowej czasopisma regularnie staramy się zamieszczać najciekawsze opracowania i tłumaczenia artykułów dotyczących chorób tropikalnych i zdrowia międzynarodowego pochodzące z uznanych periodyków. Artykuły pogrupowane są na pięć podstawowych kategorii (Malaria, gruźlica i HIV w tropiku; Medycyna podróży; Zaniedbywane choroby tropikalne; Zdrowie międzynarodowe; Inne choroby zakaźne i pasożytnicze), tak aby łatwiej było wyszukać interesujące materiały. Zachęcamy również do bezpośredniego kontaktu z Redakcją. Chętnie weźmiemy pod uwagę wszelkie komentarze i sugestie dotyczące zarówno wydań drukowanych jak i strony internetowej.

*lek. Szymon Nowak*

sza gotowość pomocy charytatywnej, ale w rzeczywistości ma ona niewielkie znaczenie praktyczne. Zdaniem Redakcji, osoby zaangażowane w dostarczanie niewykorzystywanych już okularów mogą mieć własne odmienne zdanie poparte bezpośrednimi obserwacjami pozytywnych skutków tych akcji w terenie.

Na stronach 69-74 opisana jest działalność niektórych pozarządowych organizacji zapobiegających ślepocie. Należą do nich m.in. CBM (*Christian Blind Mission*), *Orbis International* USA (dysponujący *Flying Eye Hospital*), austriacki „Light for the World". Redakcja zaleca, aby osoby zainteresowane organizacją pomocy osobom niedowidzącym zapoznały się z tymi opracowaniami.

Wzorem poprzednich watykańskich konferencji na stronach 75-81 omawiane jest podejście do zagadnienia ślepoty innych religii: buddyzmu, judaizmu, hinduizmu i islamu. Niezmiernie ciekawe i oryginalne jest ich podejście do spraw ślepoty tym bardziej, że jest ono opracowane przez wyznawców danych religii biegłych w podejściu do chorób oczu. Wszyscy, którzy są zainteresowani spojrzeniem na problem ślepoty innymi oczyma niż chrześcijańskie, powinni przeczytać wymienione rozdziały in extenso.

Dalsze sekcje sympozjum omawiają podejście Kościoła katolickiego do osób ślepych lub niedowidzących (strony 82-117). Sesje otwiera wystąpienie jego ekscelencji Patryka Kelly, arcybiskupa Liverpoolu. Stwierdza on, że brak wzroku upośledza pełne uczestniczenie w życiu Kościoła i współwyznawcy powinni to rozumieć i starać się ten brak w miarę możności wyrównywać. Przykładem jest muzeum diecezjalne w Mantui we Włoszech, z którego mogą korzystać niewidomi. Kolejne rozdziały omawiają szeroko poglądy i działania Katolickiej Kongregacji dla Niewidomych, niewidomych sióstr Sakramentek, jak również przykłady pomocy niewidomym świadczone przez Kościół w Kamerunie, Tanzanii, Togo, w USA, Brazylii, Indiach, Wietnamie, w Polsce (Laski) i we Włoszech oraz Australii. Redakcja *Medicus Mudi Polonia* pozostawia tłumaczenie tych wystąpień zespołowi, który ostatnio powstał pod kierunkiem oo. Bonifratrów w Krakowie. Osoby bliżej zainteresowane ich treścią redakcja odsyła do tekstów oryginalnych, pisanych przeważnie w języku angielskim.

*Tłumaczył i streścił:*
*prof. Zbigniew Pawłowski*

# Co Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* z Poznania może zaoferować ośrodkom misyjnym?

Drogie Misjonarki i Drodzy Misjonarze!

Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio* powstała 21 lat temu z inicjatywy środowiska naukowego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jej zadaniem jest wszechstronne wsparcie medyczne ośrodków misyjnych. Fundacja pośredniczy przez Klinikę Chorób Tropikalnych i Pasożytniczych w zabezpieczeniu pracownikom misji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a w przypadkach koniecznych, w ich hospitalizacji. Fundacja włączona jest w szkolenie w zakresie medycyny tropikalnej kandydatów do pracy na misjach, prowadzone przez Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie. Propagując dzieło misyjne w społeczności Wielkopolski i poza jej granicami, działalność Fundacji przyczynia się znacznie do wzmocnienia więzi między misjami a naszym krajem ojczystym. Jednakże jednym z głównych zadań Fundacji jest bezpośrednia pomoc misjom: osobowa, fachowa, materiałowa i finansowa. Aby była ona jak najbardziej skuteczna, powinna odpowiadać waszym potrzebom na misjach. W związku z tym chcielibyśmy od Was uzyskać odpowiedzi na kilka pytań dotyczących zapotrzebowania Waszych misji pod względem medycznym.

1. Czy możliwy jest przyjazd do Państwa:
   - specjalistów lekarzy na krótki okres pobytu? Jakich specjalistów (dermatolodzy, okuliści, stomatolodzy?) najbardziej potrzeba?
   - lekarzy ogólnych na okres 6. miesięcy lub na czas urlopu lekarza misyjnego?
   - pielęgniarek lub położnych?
   - studentów V i VI roku medycyny, pielęgniarstwa, położnictwa, ratownictwa medycznego, stomatologii, farmacji na okres ok. 3 miesięcy wakacyjnych?
2. Jakie jest zapotrzebowanie na materiały (opatrunki, leki, rękawiczki) i na sprzęt medyczny (np. mikroskopy, inkubatory, narzędzia chirurgiczne)?
3. Co Wasza misja może oferować w wypadku przyjazdu lekarzy lub wolontariuszy (wyżywienie, zakwaterowanie, lokalny transport)? Fundacja zabezpiecza koszty transportu osób, ich szczepienia i ubezpieczenie oraz zadba również o ich odpowiednie przygotowanie zawodowe w zakresie chorób tropikalnych i pomocy medycznej w trudnych warunkach.

Znając Państwa potrzeby łatwiej nam będzie zorganizować pomoc i je zaspokoić w miarę naszych możliwości.

Zachęcamy do współpracy z Fundacją. Wszystkie listy od misjonarzy skrzętnie gromadzimy, niekiedy drukujemy je również w naszym biuletynie informacyjnym „Raport”.

Kontakt z nami możliwy jest przez: telefon (0048618621321), internet (medicus@ump.edu.pl). Można również wysłać list na adres: Fundacja Pomocy Humanitarnej *Redemptoris Missio*, ul. Grunwaldzka 86, 60-311 Poznań.

Szczęść Boże w pracy na misjach
i serdeczne pozdrowienia z Poznania

*lek. stom. Anna Tarajkowska*
*Prezes Fundacji*

Redemptoris Missio
Fundacja Pomocy Humanitarnej