



NR 4

LIPIEC-SIERPIEŃ
ROK XXII (2013)

SKALPEL

BIULETYN WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

ISSN 1230-493x

nakład 4000 egz.

Obwieszczenie Okręgowej Komisji Wyborczej WIL

Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki

Dziesięciolecie Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej

Holistyczna opieki paliatywna nad pacjentem terminalnie chorym



POTRZEBNA POMOC

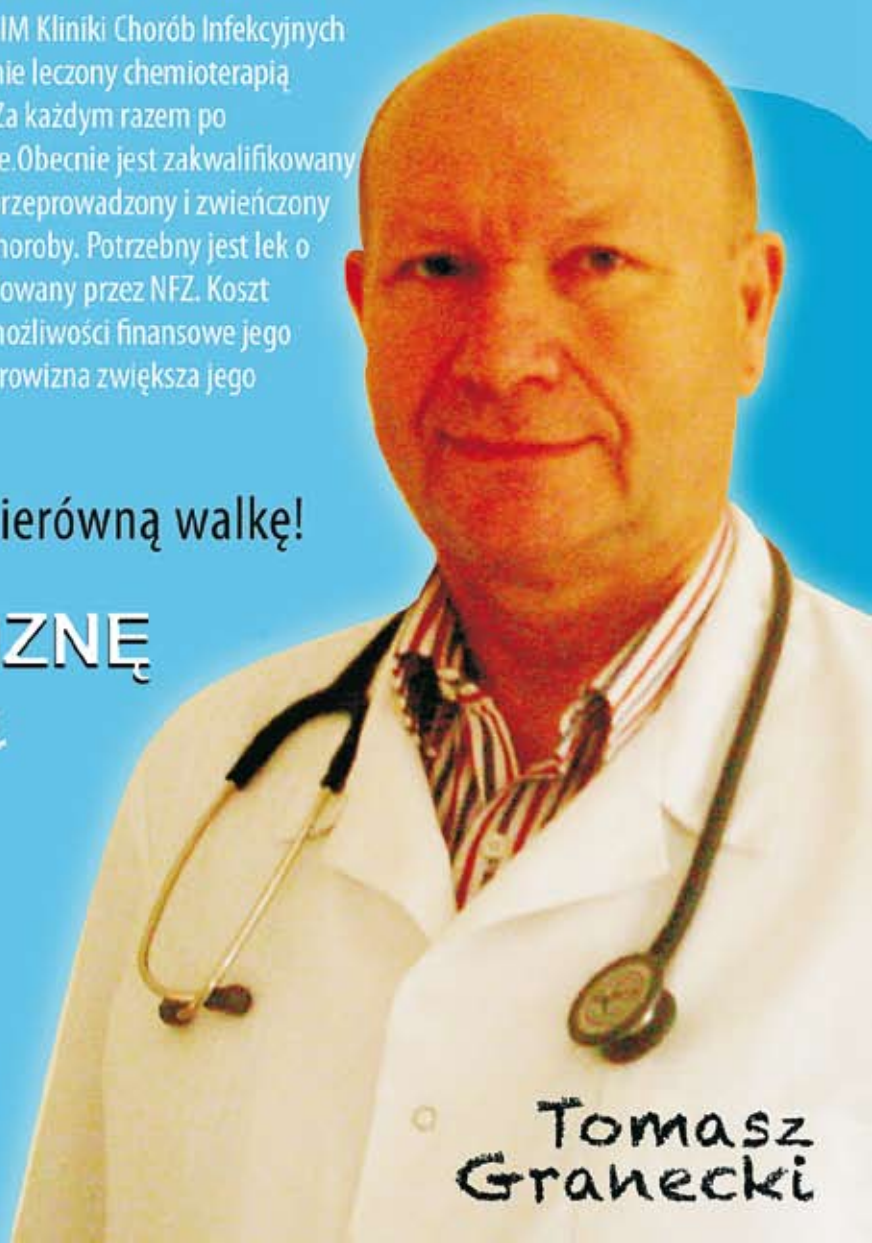
Tomasz Granecki lekarz. Były długoletni pracownik WIM Kliniki Chorób Infekcyjnych i Alergologii, od 10 lat walczy z białaczką. Ośmiokrotnie leczony chemioterapią przy użyciu chemii standardowej i niestandardowej. Za każdym razem po kilkumiesięcznej remisji choroba atakowała ponownie. Obecnie jest zakwalifikowany do przeszczepu szpiku, ale żeby zabieg ten mógł być przeprowadzony i zwyciężony sukcesem trzeba doprowadzić do całkowitej remisji choroby. Potrzebny jest lek o nazwie REVLIMID (lenalidomid), który nie jest refundowany przez NFZ. Koszt leczenia to około 250 000 PLN. Kwota ta przekracza możliwości finansowe jego rodziny, każdy przekazany 1% podatku oraz każda darowizna zwiększa jego szanse na normalne, zdrowe życie.

Pomóż Tomaszowi wygrać te nierówną walkę!

WPLAĆ DAROWIZNĘ
na konto Fundacji

FUNDACJA PRZECIWKO LEUKEMII
ul. Morcinka 5 paw 19
01-496 WARSZAWA
www.leukemia.pl

Bank PKO SA VII o/Warszawa
47 1240 1109 1111 0000 0516 5182
Z dopiskiem dla Tomasza Graneckiego



**Tomasz
Granecki**

Koleżanki i Koledzy,

Jest tak źle, że już nawet kabarety nie zajmują się lekarzami i systemem (nieistniejącym) opieki zdrowotnej. Minister Zdrowia - lekarz, unika bezpośredniego kontaktu z lekarzami. Odmówił nie tylko przyjazdu na odbywający się w Krakowie Kongres Polonii Medycznej, ale nawet odmówił patronowania Kongresowi na który przyjechało blisko tysiąc, ciepło myślących o Polsce lekarzy z 29 krajów. Pan Minister miał zapewne swoje powody. Chociaż dziwi mnie, że nic nie stało na przeszkodzie Prezydentowi Rzeczypospolitej Panu Bronisławowi Komorowskiemu, który objął Kongres swoim patronatem. Wygląda na to, że rząd nie tylko nie współpracuje z lekarzami, ale nawet na tak wysokich szczeblach władzy brak jest uzgodnień, wspólnych standardów i przepływu informacji. Z drugiej strony trudno się temu dziwić, gdy ktoś uważa, że z przyjaciółmi należy kontaktować się wyłącznie listownie i to poprzez goniące za sensacją media. Może Kancelaria Prezydenta RP nie prenumeruje tych samych gazet co Ministerstwo Zdrowia i nie wiedziała, że objęcie honorowym patronatem Kongresu Polonii Medycznej może przyczynić się do uszczerbku w wizerunku polityka. Chyba, że ktoś się boi konfrontacji z lekarzami.

Minister Zdrowia postanowił napisać list do przyjaciół lekarzy. Co postanowił to uczynił, a biorąc pod uwagę głosy swoich doradców lub osobiste upodobania wysłał ten list do jednej z krajowych gazet codziennych. Nie wiem czy wpłynęło to na wzrost sprzedaży piątkowego wydania, ale nie widziałem aby lekarze wyrwali sobie z rąk ten list. Może lekarze czytają inne gazety. A może ten list był tylko zaadresowany do lekarzy, a jego prawdziwym odbiorcą miał być schorowany, stojący w kolejce po numerka do lekarza POZ pacjent. Może przed zapowiadaną na lipiec tego roku rekonstrukcją rządu ważniejsze od przyjaciół lekarzy są słupki poparcia społecznego i to jak Pana Ministra będzie postrzegał Pan Premier. Minister Zdrowia jako odpowiedzialny za ochronę zdrowia w Polsce, w tym za bezpieczeństwo pacjentów ma spory problem. Obecny system opieki zdrowotnej (lub jak niektórzy twierdzą jego brak) nie gwarantuje bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom. Pan Minister twierdzi, że system ochrony zdrowia jest dobry, a błędy tworzą lekarze. To stanowisko Pana Ministra, jeśli nie jest próbą ratowania własnego stołka, bardzo źle świadczy o postawie naszego przyjaciela lekarza. List też jest jednym z elementów tej postawy. Medialne działania Ministra Zdrowia mają na celu ukrycie braku efektów reformowania ochrony zdrowia, a jednocześnie podważają zaufanie do zawodu lekarza. List Pana Ministra był moim zdaniem próbą zantagonizowania dwóch grup społecznych, którym zależy na sprawnie funkcjonującym systemie opieki zdrowotnej - pacjentów i lekarzy. Na co dzień zmagamy się z biurokracją i bra-

kiem należnego czasu na rozmowę z pacjentem. Lekarze i pacjenci w takim samym stopniu są ofiarami fatalnego systemu ochrony zdrowia. Wskazywanie palcem pojedynczych lekarzy, których często jedyną winą było to, że akurat w feralnym dniu to oni mieli dyżur, nie zmieni faktu, że cały system wymaga natychmiastowych działań naprawczych. A może

to jest również ostrzeżenie dla nas wszystkich, że będąc częścią wadliwie funkcjonującej struktury nie powinniśmy zgadzać się na pracę w takich warunkach. Przecież widzimy na co dzień luki prawne, wady systemu, czujemy nawet w którym momencie z uwagi na źle funkcjonujący system istnieje realne zagrożenie dla chorego, który powierzył swoje zdrowie w nasze ręce, ale czujemy również zagrożenie dla nas samych. A mogłoby być tak pięknie. Wszak zawód lekarza jest postrzegany jako wolny zawód. Często mając poczucie braku wpływu na otaczającą nas rzeczywistość rezygnujemy nawet z protestowania, robimy dalej swoje, czyli leczymy. Jednak jeżeli nie będziemy głośno krzyczeć, protestować przeciwko nonsensowności i bezdusznosci niektórych przepisów, Minister Zdrowia będzie wytykał brak etyki lekarzom i nie będzie nawet podejmował prób naprawiania systemu ochrony zdrowia w Polsce. Po co zmienić coś co dobrze funkcjonuje.

W pierwszych dniach czerwca Prezes NRL, w związku z zarzutami zgłaszanymi wobec rzeczników odpowiedzialności zawodowej oraz sądów lekarskich, zwrócił się do Ministra Zdrowia z prośbą o spłatę długu wobec izb lekarskich w wysokości 20 378 332 zł z tytułu prowadzonych spraw z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy i lekarzy dentyków. W trakcie kadencji obecnego Ministra Zdrowia, Okręgowe Izby Lekarskie nie otrzymały nawet 1 złotówki z należnej im dotacji za zadania przejęte przez izby od administracji państwowej. Ciekawe czy Pan Minister zdąży z przelewami przed końcem swojej kadencji.

Jeśli pamiętacie jeszcze co to jest urlop – życzę Wam udanego wypoczynku wakacyjnego.

Prezes
Rady Lekarskiej WIL
płk rez. dr n. med. **Piotr RAPIEJKO**



WYDAWCA:

Wojskowa Izba Lekarska

ul. Koszykowa 78

00-909 Warszawa

tel. (22) 621 12 11

(22) 621 04 93

tel. MON: 845 675

845 653

tel./faks MON: 845 580

e-mail: wojsko@hipokrates.org

www.wil.oil.org.pl

Konto WIL:

PKO BP S.A., IX O/Warszawa

50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Redaktor naczelny:

Zbigniew Ulanowski

e-mail: z.ulanowski@wp.pl

tel. (22) 621 04 93 w. 181

Sekretarz redakcji:

Ewa Kapuścińska

e-mail: ewka@naszemedi.com.pl

tel. (22) 621 04 93 w. 184

Rada Redakcyjna:

Piotr Rapiejko

Krzysztof Chomiczewski

Jan Wilk

Zbigniew Ulanowski

Kolegium redakcyjne:

Ewa Kapuścińska

Eugeniusz Dziuk

Jacek Woszczyk

Artur Płachta

Konrad Maćkowiak

Stefan Antosiewicz

Opracowanie graficzne, łamanie:

Ewa Kapuścińska

Foto na IV okładce: Z. Ulanowski

Druk: LM Promotion

tel. 663 664 440

e-mail: biuro@lmpromotion.pl

Nakład: 4000 egz.

ISSN 1230-493x

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów i zmian redakcyjnych w nadsyłanych tekstach. Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść listów do redakcji, ogłoszeń i reklam.

Spis treści

nr 4/2013

Szpalta Prezesa	1
Od Redakcji	3
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 19 kwietnia 2013 r.	4
Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL z 17 maja 2013 r.	5
Obwieszczenie Okręgowej Komisji Wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej.....	6
Uchwały RL WIL z dnia 21 czerwca 2013 r.	7
Dziesięciolecie Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej.....	8
X Sympozjum Wojskowych Lekarzy Dentystów	12
Tym razem w Spale.....	13
Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki	16
Holistyczna opieki paliatywna nad pacjentem terminalnie chorym	19
W drodze do Wojskowej Akademii Medycznej.....	25
Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej dla członków WIL.....	28
Genius loci – spotkanie w Poznaniu	30
XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie LEXUS Cup 2013	31
11 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym	31
Komisja ds. Rejestru, Wydawania PWZ i Praktyk Prywatnych przypomina!..	32

WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

Prezes WIL:	<i>dr n. med. Piotr Rapiejko</i>
Wiceprezes WIL:	<i>prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Dziuk</i> <i>lek. Artur Płachta</i> <i>lek. dent. Jacek Woszczyk</i>
Sekretarz WIL:	<i>lek. Konrad Maćkowiak</i>
Zastępca Sekretarza WIL:	<i>ptk dr n. med. Stefan Antosiewicz</i>
Skarbnik WIL:	<i>lek. Andrzej Galecki</i>
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:	<i>prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski</i>
Przewodniczący Sądu Lekarskiego:	<i>ptk dr n. med. Jan Wilk</i>
Przewodniczący Komisji ds. Rejestru Lekarzy, Wydawania Prawa Wykonywania Zawodu i Praktyk Lekarskich:	<i>dr n. med. Zbigniew Zaręba</i>

BIURO WIL

Dyrektor Biura WIL:	<i>lek. Zbigniew Ulanowski</i>	
Sekretariat Biura WIL:	<i>Ewa Petaś</i>	tel. (22) 621 12 11 tel. (22) 621 04 93 w. 179
Główna Księgowa:	<i>mgr Renata Formicka</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 174
Sąd Lekarski:	<i>mgr Bogdan Sieradzki</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 178
Rejestr lekarzy:	<i>mgr Edyta Klimkiewicz</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 186
Doskonalenie zawodowe:	<i>Marta Adamska</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 175
Praktyki prywatne:	<i>mgr Patrycja Wonatowska</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 175
Składki członkowskie:	<i>mgr Dominika Sałapa</i>	tel. (22) 621 04 93 w. 180

Godziny pracy biura WIL: poniedziałek-piątek: 8.00-15.00

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Nielatwy proces wyłaniania delegatów na Zjazd VII kadencji szczęśliwie dobiegł końca. Szczęśliwie, bo mimo wielu błędów popełnionych przez uczestniczących w tym przedsięwzięciu, zarówno w trakcie zgłaszania kandydatów na delegatów jak i w procesie samego głosowania korespondencyjnego, udało się nam wybrać wymaganą regulaminem liczbę delegatów z naszego środowiska. Dzięki Waszej aktywności nie trzeba będzie przeprowadzać wyborów uzupełniających, zwłaszcza w gorącym okresie wakacyjnym. W bieżącym numerze „Skalpela” publikujemy pełną listę delegatów na Zjazd. Są wśród nich osoby od lat związane z działalnością samorządową, jak i debiutanci, na których zaangażowanie w nowej roli bardzo wszyscy liczymy. Chociaż delegatów będzie mniej niż w kadencjach minionych, nie powinno mieć to istotnego wpływu na zdolność funkcjonowania samorządu. Ilość przecież nie zawsze przekłada się na jakość. Gorąco zachęcam nowo wybranych delegatów do wcześniejszych przemyśleń - kogo i do jakich organów izby wybrać aby sprostać oczekiwaniom ogółu.

Na stronach naszego, lekarskiego pisma znalazła się informacja o utworzeniu w Łodzi, w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego, Ośrodka Symulacji Medycznej Pola Walki i rozpoczęciu w nim ćwiczeń symulowanych.

W warunkach, na tyle ile to możliwe przybliżonych do realnych, doskonaląc będą swoje umiejętności w zakresie niesienia pomocy na polu walki ratowniczej medycznej,

pielęgniarki i żołnierze. To ważne wydarzenie, bo chociaż nas, lekarzy wojskowych wprost nie dotyczy, to oczywistym jest, że dla osiągnięcia powodzenia w ratowaniu rannych i poszkodowanych niezbędne jest perfekcyjne przygotowanie wszystkich i na każdym z poziomów niesionej pomocy medycznej. Ten nowy Ośrodek szkoleniowy to także istotne osiągnięcie wojskowej służby zdrowia w ostatnim czasie.

Od pewnego czasu głośno jest w mediach o tragicznych zdarzeniach medycznych rzucających cień na wizerunek lekarzy i pracowników ochrony zdrowia oraz na pracę placówek medycznych. Przy okazji ostrze krytyki wbite zostało głęboko w samorząd lekarski, zwłaszcza w urzędy rzeczników odpowiedzialności zawodowej i sądy lekarskie, którym zarzucono niewspółmierną do przewinień i błędów lekarskich łagodność kar i przewlekłość prowadzonych postępowań. Środowisko lekarskie przedstawiono jako niezdolne do samooczyszczenia z jednostek mu szkodzących. To przykre i szkodliwe, gdyż stopień uogólnienia zjawisk opisywanych osłabia tak niezbędne w procesie leczenia zaufanie pacjentów do lekarzy. Nie wskazuje się przy tym

źródła i prawdziwej istoty problemów. Tragedie jakie dotknęły rodziców dzieci zmarłych w opisywanych okolicznościach nigdy nie powinny się oczywiście wydarzyć. Opisy tych dramatów mogą bulwersować opinię publiczną, tym którzy stracili co było im najdroższe należy jest współczucie, jednak to sądy są od rozstrzygnięcia kto zawinił. Uważam, że do tych dramatów doszło wskutek zderzenia się ze sobą bezdusznego, zurzędnionego i opartego wyłącznie na rachunku ekonomicznym systemu ochrony zdrowia z niedostateczną wrażliwością i nadmierną gorliwością w respektowaniu absurdalnych przepisów przez lekarzy, którzy tym samym stali się zakładnikami swojego dalszego losu. Jednak odium opisanego zła nie może spadać wyłącznie na lekarzy i na samorząd lekarski. Źródła złego dla pacjentów i lekarzy prawa biją na Miodowej, w Ministerstwie Zdrowia, które zdaje się być głuche na krytyczne oceny i uwagi artykułowane przez NRL. Pan Minister zamiast z lekarzami rozmawiać woli jednak słać do nich listy otwarte, które tak naprawdę kierowane są do zupełnie innego adresata.

Redaktor naczelny
Zbigniew UŁANOWSKI

VIII Zjazd Polskiego Towarzystwa Badania Bólu

W imieniu Komitetu Organizacyjnego serdecznie zapraszamy do uczestnictwa w VIII Zjeździe Polskiego Towarzystwa Badania Bólu.

Zjazd odbędzie się w dniach 25-28 września 2013 r. w Hotelu Mercure „Kasprowy” w Zakopanem, ul. Szymaszkowa.

Szczegółowe informacje oraz formularz rejestracyjny dostępne są na stronie www.zjazdptbb.pl.

Kontakt z organizatorami: e-mail: bizon@fundacjabolu.pl,
tel.: 789 088 497.

SPROSTOWANIE

W sprawozdaniu z posiedzenia Rady Lekarskiej WIL w dniu 14.03.2013, opublikowanym w nr 3/2013 „Skalpela” na str. 4, omyłkowo podaliśmy imię Pana mjr. dr. n. med. Mariusza Sulika jako - Marek.

Za pomyłkę serdecznie przepraszamy.

Redakcja

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 19 kwietnia 2013 r.

W posiedzeniu Prezydium RL, w składzie poszerzonym o 6 członków Rady Lekarskiej, uczestniczyło 5 członków Prezydium oraz członek Okręgowej Komisji Wyborczej, kol. Piotr Sokół i radca prawny WIL, mec. Andrzej Niewiadomski. Przewodniczył posiedzeniu wiceprezes RL WIL, kol. Jacek Woszczyk, który przekazał informację o działalności Prezesa WIL od poprzedniego posiedzenia RL.

Następnie informację o stanie realizacji przedsięwzięć związanych z wyborami przekazał przewodniczący Komisji Wyborczej WIL, kol. Andrzej Gałęcki. Poinformował, że zadania są realizowane zgodnie z przyjętym harmonogramem, oraz że do komisji wpłynęło 215 zgłoszeń kandydatów na delegatów na Zjazd, z czego komisja zatwierdziła 120 (pozostałe nie spełniały wymogów regulaminowych), a z tej liczby może być wybranych 99 delegatów. Zjazd odbędzie się w IV kwartale br. (data ostateczna i miejsce Zjazdu będą określone odrębną uchwałą). Stwierdził też, że z 4 rejonów wyborczych nie zgłoszono kandydatów, zatem nie będą one miały wybranych swoich przedstawicieli. Głosowanie korespondencyjne zakończy się ma 16 maja, a głosowanie „do urny” w rejonach do 23 maja br. Prezydium zaakceptowało zgłoszonych przez kol. A. Gałęckiego Przewodniczących Komisji Skrutacyjnych w rejonach.

Następnie przewodniczący Komisji Kształcenia i Komisji Stomatologicznej przedstawili wniosek Fundacji Be Active o potwierdzenie spełniania przez nią warunków kształcenia podyplomowego i o dokonanie wpisu do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia lekarzy.

Na wniosek obu przewodniczących komisji Prezydium RL WIL podjęło **uchwałę nr 3914/13/VI** w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy dentystów i wpisu organizatora kształcenia do rejestru podmiotów uprawnionych do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Na wniosek przewodniczącego Komisji Kształcenia, kol. S. Antosiewicza Prezydium zaakceptowało przyznanie 3 punktów edukacyjnych uczestnikom III Konferencji naukowej im. gen. bryg. dr. hab. n. med. Wojciecha Lubińskiego, organizowanej przez Otwocki Oddział Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.

W dalszej części posiedzenia, na wniosek Przewodniczącego komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich, kol. Zbigniewa Zaręby, zostały podjęte:

- **uchwała nr 3915/13/VI** w sprawie przeniesienia i wpisania na listę członków oraz do rejestru WIL lek. Szczepana Sagana;
- decyzja o wydaniu lek. Andrzejowi Krzywkowskiemu zaświadczenia o posiadaniu uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ;
- ogółem 208 uchwał w sprawach dotyczących dokonania wpisów do rejestru praktyk lekarskich, skreśleń praktyk i zmiany adresów praktyk.

Wnioski w sprawie wytypowania przedstawicieli WIL do komisji konkursowych omówił sekretarz RL WIL kol. Konrad Maćkowiak. Rada Lekarska wyznaczyła:

1. lek. Marka Femlaka – do komisji konkursowej na stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdzia-

łem Gastroenterologicznym, Reumatologicznym i Chorób Endokrynologicznych w 105 Szpitalu Wojskowym w Żarach;- 2. lek. Jerzego Chmielewskiego – do komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Kliniki Neurologii w 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym w Bydgoszczy.

Ponadto Prezydium rozpatrzyło:

- wniosek lekarza o udzielenie wsparcie finansowego na jego dalsze leczenie (na zakup leku, którego nie refunduje NFZ) i zdecydowało o wyasygnowaniu kwoty 10.000,00 zł. na ten cel;
- wniosek lekarza Karola War-da w sprawie wsparcia finansowego na pokrycie kosztów uczestnictwa w kursie podyplomowym (podjęta została **uchwała nr 4124/13/VI**)
- wniosek ppłk. rez. lek. Tomasz Graneckiego w sprawie pomocy finansowej na zakup leku nierefundowanego przez NFZ (podjęta została **uchwała nr 4123/13/VI**)

W części końcowej posiedzenia Prezydium zdecydowało o:

- rekomendacji prof. dr. hab. n. med. Zbigniewa Rybickiego do zespołu ekspertów przy NIL ;
 - delegowaniu kol. dr. n. med. Stefana Antosiewicza jako przedstawiciela WIL do uczestnictwa w posiedzeniach Rady mazowieckiego Oddziału NFZ
- Posiedzenie Prezydium RL WIL, na wniosek kol. Jerzego Chmielewskiego, uczciło minutą ciszy pamięć poległych w powstaniu w getcie warszawskim w kwietniu 1943 r., po czym prowadzący zamknął jego obrady.

Z. U.

Posiedzenie Rady Lekarskiej WIL

z dnia 17 maja 2013 r.

W poszerzonym posiedzeniu Prezydium RL WIL uczestniczyło 7 członków prezydium i 7 członków Rady Lekarskiej oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej WIL, prof. dr hab. n. med. Krzysztof Chomiczewski, dyrektor Biura WIL, Zbigniew Ulanowski i radca prawny WIL mec., Andrzej Niewiadomski. Przewodniczył posiedzeniu wiceprezes RL WIL, kol. Jacek Woszczyk. Zaproponowany porządek posiedzenia przyjęto ze zmianą kolejności omawiania kilku jego punktów.

Na wstępie wysłuchano informacji o dotychczasowych ustaleniach Zespołu do opracowania koncepcji reorganizacji wojskowej służby zdrowia, którą przedstawił kol. S. Antosiewicz reprezentujący WIL i uczestniczący w pracach tego zespołu. Przyjęte na obecnym etapie ustalenia można uznać za zadowalające – tak mówił S. Antosiewicz, zastrzegając, że ostateczne mogą jeszcze się zmienić. W dalszej części swojego wystąpienia, jako przewodniczący Komisji Kształcenia, kol. S. Antosiewicz zaproponował zaakceptowanie przyznania uczestnikom X Sympozjum Wojskowych Lekarzy Dentystów 10 punktów edukacyjnych, Międzynarodowego Kongresu „XV-lecie Polskiego Towarzystwa Studentów Stomatologii” – 20 pkt edukacyjnych i szkolenia Implantologicznego – 30 pkt edukacyjnych, co też Prezydium uczyniło. Przedstawił też wniosek ppłk. lek. Sławomira Pieniuty o dofinansowanie na realizację studiów doktoranckich. Wniosek został zaakceptowany i podjęto **uchwałę nr 4207/13/VI** o przyznaniu wsparcia finansowego w wysokości 2200,00 zł.

Z kolejnej informacji przedstawionej przez przewodniczącego Komisji Wyborczej WIL kol. Andrzeja Gałęckiego Prezydium RL dowiedziało się, że wybory na VII kadencję powinny odbyć się zgodnie z planem, liczba złożonych

głosów drogą korespondencyjną daje podstawy by sądzić, że w zdecydowanej większości rejonów wyborczych delegaci zostaną wyłonieni.

Następnie, na wniosek Przewodniczącego komisji ds. rejestru, wydawania PWZ i praktyk lekarskich, kol. Zbigniewa Zaręby, Prezydium podjęło:

1. uchwałę w sprawie udzielenia rekomendacji **lek. Bartłomiejowi Szablewskiemu**, kandydatowi na funkcję lekarza sądownego (**uchwała nr 4125/13/VI**);
2. ogółem 76 uchwał w sprawach dotyczących dokonania wpisów do rejestru praktyk lekarskich, skreślenia praktyk i zmiany adresów praktyk.

Prezydium zdecydowało też o wydaniu **lek. Dariuszowi Rusek** zaświadczenia potwierdzającego posiadanie uprawnień do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ.

Wnioski o zaopiniowanie kandydatów na stanowiska kierownicze w wojskowej służbie zdrowia zreferował kol. J. Sapieżko, a Prezydium udzieliło jednogłośnie swojego poparcia dla kandydatury **ppłk. Grzegorza KADE** na stanowisko głównego specjalisty w Wojskowym Instytucie Medycznym. Prezydium RL WIL jednogłośnie udzieliło też rekomendacji **prof. dr. hab. n. med. Andrzejowi Malinowskiemu** na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie ginekologii onkologicznej dla województwa łódzkiego.

Sekretarz RL WIL, kol. Konrad Maćkowiak omówił wnioski w sprawie wytypowania przedstawicieli WIL do komisji konkursowych, a Prezydium wyznaczyło do nich:

1. **lek. Mirosława Błońskiego** – do komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ginekologicznego SP ZOZ MSW w Opolu;

2. **lek. Dariusza Janickiego** – do komisji konkursowej na zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.

Ponadto Prezydium rozpatrzyło:

- wniosek **lek. Piotra Świniarskiego** o dofinansowanie uczestnictwa reprezentacji WIL w X Ogólnopolskich Mistrzostwach Izby Lekarskich w klasie Omega (**uchwała nr 4202/13/VI**);
- wniosek **kpt. lek. Marcina Sobotki** o dofinansowanie uczestnictwa reprezentacji WIL w VI Mistrzostwach Polski Lekarzy w Piłce Nożnej 6-osobowej (**uchwała nr 4203/13/VI**);
- wniosek w sprawie wsparcia finansowego na wydanie książki „Rapsodia Gdyńska” autorstwa członka WIL, **kmdr. rez. lek. Zbigniewa Jabłońskiego** i zamieszczenia logo WIL na okładce książki (**uchwała nr 4204/13/VI**);
- wniosek w sprawie wsparcia finansowego na organizację VIII Światowego Kongresu Polonii Medycznej w Krakowie w dniach 23-26 maja 2013 r. (**uchwała nr 4205/13/VI**);
- wniosek lekarza Zbigniewa Kaczorowskiego o rekompensatę z tytułu utraconych zarobków w związku z udziałem w posiedzeniu Sądu Lekarskiego WIL w dniach 26-28.04.2013 r. (**uchwała nr 4206/13/VI**);

W końcowej części posiedzenia Prezydium dyrektor Biura WIL zapoznał zebranych z ofertą współpracy zaproponowaną przez firmę TAMAL Gras Savoye, dotyczącą udostępnienia w serwisie internetowym dedykowanej dla członków WIL oferty ubezpieczeniowej. Prezydium zdecydowało o rekomendowaniu swoim członkom usług tej firmy.

Z. U.

Obwieszczenie

Okręgowej Komisji Wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej

Na podstawie Uchwały Nr 9/OKW-VI/2013 Okręgowej Komisji Wyborczej Wojskowej Izby Lekarskiej w Warszawie z dnia 6 czerwca 2013 r. ogłasza się wyniki wyborów delegatów na Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej VII kadencji:

Lp.	Nazwisko i imię	Symbol rejonu
1	Aleksandrowicz Jerzy	K7.SYM/08A
2	Aleksandrowicz Włodzimierz	K7.SYM/17F
3	Antosiewicz Stefan	K7.SYM/07A
4	Augustyn Czesław	K7.SYM/12
5	Bartnik Jarosław	K7.SYM/05
6	Barut Bogdan	K7.SYM/16C
7	Bąk Marcin	K7.SYM/17E
8	Białokozowicz Jan	K7.SYM/07D
9	Białokozowicz Piotr	K7.SYM/07D
10	Błaszczyk Jan	K7.SYM/08B
11	Brocki Marian	K7.SYM/08A
12	BudziHo Remigiusz	K7.SYM/16B
13	Bukwald Jarosław	K7.SYM/10C
14	Cabala Marian	K7.SYM/15B
15	Cesarz Ryszard	K7.SYM/07F
16	Chciałowski Andrzej	K7.SYM/07A
17	Chmielewski Jerzy	K7.SYM/14
18	Chodakowski Stanisław	K7.SYM/16A
19	Chudzicki Walenty	K7.SYM/06A
20	Dębski Tomasz	K7.SYM/17C
21	Dójczyński Marian	K7.SYM/08B
22	Drzewiecki Remigiusz	K7.SYM/01D
23	Duda Maciej	K7.SYM/17E
24	Durda Grzegorz	K7.SYM/15B
25	Dziekiewicz Mirosław	K7.SYM/07B
26	Dzięgielewski Piotr	K7.SYM/17F
27	Dziuk Eugeniusz	K7.SYM/07A
28	Formuszewicz Radosław	K7.SYM/04A
29	Galecki Andrzej	K7.SYM/10B
30	Gawlik Jan	K7.SYM/10B
31	Gielerak Grzegorz	K7.SYM/07A
32	Goniewicz Mariusz	K7.SYM/09B
33	Gobelny Adam	K7.SYM/16B
34	Hałasa Krzysztof	K7.SYM/09A
35	Haus Leszek	K7.SYM/17A
36	Hęsiak Marek	K7.SYM/04A
37	Hilmantel Karol	K7.SYM/04C
38	Jakubiec-Norton Sabina	K7.SYM/16A
39	Jamrozik Piotr	K7.SYM/08D
40	Janicki Dariusz	K7.SYM/03C
41	Janicki Kazimierz	K7.SYM/06B
42	Januchta Maciej	K7.SYM/02B
43	Józefowicz Maciej	K7.SYM/01B
44	Kaczorowski Zbigniew	K7.SYM/07C
45	Kalewski Andrzej	K7.SYM/07D
46	Kapłon Aleksander	K7.SYM/07G
47	Kawecki Krzysztof	K7.SYM/04A
48	Konarski Maciej	K7.SYM/17B
49	Kordeczka Krzysztof	K7.SYM/07G
50	Kruszewski Jerzy	K7.SYM/07A
51	Krysa Marian	K7.SYM/01C
52	Krystek Ryszard	K7.SYM/17F
53	Kuta Włodzimierz	K7.SYM/17A
54	Maćkowiak Konrad	K7.SYM/17A
55	Małecki Janusz	K7.SYM/15A
56	Mokwa-Krupowies Marzena	K7.SYM/16A
57	Muczyński Czesław	K7.SYM/10B
58	Mysliński Dariusz	K7.SYM/16A
59	Najdecki Marek	K7.SYM/07B
60	Olejniczak Wiesław	K7.SYM/02B
61	Ostrowska Aleksandra	K7.SYM/17E
62	Owczarek Sławomir	K7.SYM/03C
63	Paczosa Witold	K7.SYM/10C
64	Pakszys Waldemar	K7.SYM/07E
65	Plewa Zbigniew	K7.SYM/09A
66	Płachta Artur	K7.SYM/10C
67	Powierża Sławomir	K7.SYM/10A
68	Probucki Andrzej	K7.SYM/02B
69	Radwański Wojciech	K7.SYM/16B
70	Rapiejko Piotr	K7.SYM/07B
71	Rydzik Artur	K7.SYM/15A
72	Sapieżko Jan	K7.SYM/02A
73	Sapieżko Sławomir	K7.SYM/17A
74	Seliga Walenty	K7.SYM/03B
75	Serwin Dariusz	K7.SYM/15A
76	Skupiński Waldemar	K7.SYM/08C
77	Sokół Piotr	K7.SYM/16C
78	Spaleniak Sebastian	K7.SYM/17E
79	Staroń Krzysztof	K7.SYM/03A
80	Staszczyk Jerzy	K7.SYM/13
81	Stępień Andrzej	K7.SYM/10A
82	Szczur Krzysztof	K7.SYM/01C
83	Szuba Marek	K7.SYM/17A
84	Teter Zbigniew	K7.SYM/07F
85	Theus Roman	K7.SYM/02A
86	Toczewska Beata	K7.SYM/16C
87	Ułanowski Zbigniew	K7.SYM/17F
88	Warno Otton	K7.SYM/17F
89	Wasilewski Janusz	K7.SYM/07E
90	Wilk Jan	K7.SYM/04A
91	Wołyński Krzysztof	K7.SYM/01A
92	Woszczyk Jacek	K7.SYM/16B
93	Zachar Ryszard	K7.SYM/03B
94	Zaręba Zbigniew	K7.SYM/07B
95	Żmuda Stanisław	K7.SYM/16B

Przewodniczący
Okręgowej Komisji Wyborczej
Wojskowej Izby Lekarskiej
Andrzej GAŁECKI

**Uchwała nr 4305 /13/VI
Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 21 czerwca 2013 r.**

*w sprawie zwołania XXXI Zjazdu Sprawozdawczo-
-Wyborczego Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej*

Na podstawie art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 17257 z późn. zm.) Rada Lekarska WIL postanawia:

§ 1

Zwołać XXXI Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej w dniach 25-26 października 2013 r. w Warszawie, w Centrum Konferencyjno-Szkoleniowym „Boss”, ul. Żwanowiecka 20

§ 2

Do realizacji uchwały powołuje się Komitet Organizacyjny Zjazdu w składzie:

Przewodniczący

– kol. Piotr Rapięjko;

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

członkowie:

- Andrzej Galecki
- Konrad Maćkowiak
- Stefan Antosiewicz

pracownicy Biura WIL:

- Zbigniew Ułanowski
- p. Renata Formicka
- p. Ewa Petaś
- p. Edyta Klimkiewicz
- p. Elżbieta Walczak
- p. Bogdan Sieradzki
- p. Jarosław Wojciechowski.

§ 3

Komitet Organizacyjny zapewni realizację całokształtu przedsięwzięć związanych z przygotowaniem i przeprowadzeniem Zjazdu.

§ 4

Nadzór nad realizacją uchwały i rozliczeniem kosztów Zjazdu powierza się Skarbnikowi, Sekretarzowi oraz Dyrektorowi Biura WIL.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

**Uchwała nr 4306/13/VI
Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 21 czerwca 2013 r.**

*w sprawie powołania Komisji Programowej XXXI
Sprawozdawczo-Wyborczego Zjazdu Lekarzy
Wojskowej Izby Lekarskiej*

Na podstawie art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U.nr 219, poz.17257, z późn. zm.) Rada Lekarska WIL uchwała co następuje:

§ 1

Powołuje się Komisję Programową Wojskowej Izby Lekarskiej, zwaną dalej „Komisją”, której zadaniem jest przygotowanie projektów:

1. porządku obrad XXXI Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Lekarzy WIL,

SEKRETARZ
RADY LEKARSKIEJ WIL
Konrad MAĆKOWIAK

2. programu działania Wojskowej Izby Lekarskiej w VII kadencji (2013-2017).

§ 2

W skład Komisji wchodzi:

1. Przewodniczący WIL
2. Zastępcy Przewodniczącego WIL,
3. Przewodniczący komisji problemowych WIL.

Komisja na pierwszym posiedzeniu dokonuje wyboru przewodniczącego i sekretarza Komisji.

§ 3

Komisja przedstawi Radzie Lekarskiej WIL projekty, o których mowa w § 1, do końca września 2013 r.

§ 4

Obsługę organizacyjno-techniczną Komisji zapewnia Biuro WIL.

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

**Uchwała nr 4307/13/VI
Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 21 czerwca 2013 r.**

*w sprawie ustalenia terminów posiedzeń
Rady Lekarskiej/ Prezydium RL WIL
w okresie lipiec - październik 2013 roku*

Na podstawie art. 25 pkt 10 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz.U. Nr 219, poz. 1708) oraz § 7 ust.1 Regulaminu Rady Lekarskiej WIL (Uchwa-

ła Nr 10/10/VI XXVII Zjazdu Lekarzy Wojskowej Izby Lekarskiej z dnia 26 marca 2010 r.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Ustala się terminy posiedzeń Rady Lekarskiej/Prezydium Wojskowej Izby Lekarskiej w 2013 roku:

19.07.2013
23.08.2013
20.09.2013
24.10.2013

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PREZES
RADY LEKARSKIEJ WIL
Piotr RAPIEJKO

Dziesięciolecie Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej



Osiągnięcia w komunikacyjnej technice lotniczej przełomu XX i XXI wieku dotyczyły głównie coraz większych osiągnięć w prędkości i długości lotu z jednoczesnym zwiększeniem ładowności, co wyrażało się większym zasięgiem bez międzylądowania. Praktycznie dążono do zabierania na pokład statku powietrznego jak najwięcej pasażerów przy jednoczesnym zmniejszeniu spalania paliwa lotniczego a tym samym uzyskiwania jak najłagodniejszych wskaźników degradacji środowiska bytowania człowieka. W lotnictwie wojskowym wdrożono tworzenie „zaawansowanego myśliwca taktycznego” na pokładzie, którego pilot stanie się operatorem skomplikowanej platformy systemów komputerowych. W lotnictwie rekreacyjnym nastąpiło doskonalenie konstrukcji statków powietrznych o łatwym pilotażu. Ten intensywny rozwój lotnictwa napotkał w Polsce skomplikowaną sytuację medyczną niesprzyjającą a czasami hamującą rytmie zastosowanie nowości konstrukcyjnych. Ważną przyczyną takich dysproporcji było skreślenie medycyny lotniczej z wykazu specjalności lekarskich.

Narastające udoskonalenia techniczne oraz sukcesy eksploatacyjne statków powietrznych pociągały za sobą konieczność prowadzenia badań wydolnościowych, a w ich wyniku treningów adaptacyjnych pilotów. Fizjologiczna i psychiczna wydolność organizmu człowieka mogła, bowiem istotnie ograniczać możliwości techniczne do osobniczych granic ich tolerancji. Przekroczenie

tego progu powodowało spadek efektywności pracy pilota na pokładzie statku powietrznego. Trening lotniczy był skutecznym sposobem dostosowywania pilota do narastającego wysycania lotnictwa finezyjną techniką. Wykorzystywanie symulatorów lotniczo – lekarskich pozwalało na bezpieczną pracę lotnika w sztucznie wytwarzanych ekstremalnych warunkach lotu. Na początku XXI wieku coraz powszechniej wykorzystywano sterowanie wielkością wysiłku wskaźnikami wydolności ustroju. Takie postępowanie ukazywało badanemu nie tylko jego możliwości fizjologiczne a także, poprzez stopniowanie wysiłku, zauważalnie zwiększało tolerancję organizmu człowieka na, coraz bardziej skomplikowane, warunki pracy w przestrzeni powietrznej. W każdym przypadku potrzeby zwiększania możliwości intelektualnej, psychicznej i fizycznej lotników występowała konieczność aktywnego współdziałania lekarzy lotniczych z inżynierami oraz instruktorami lotniczymi dla osiągnięcia oraz utrzymywania optymalnego bezpieczeństwa lotniczego pilotów i pasażerów. W Polskich warunkach organizację bezpiecznego lotnictwa spłycały pogarszające się zasoby ludzkie. Corocznie zmniejszała się liczność specjalistów z zakresu medycyny lotniczej, wskutek naturalnej wykruszalności. Ubytki te nie były uzupełniane, bowiem nie było lekarskiej specjalizacji w tym zakresie. Niedobory lekarzy lotniczych negatywnie wpływały i nadal wpływają na zabezpieczenie medycznych potrzeb lotnictwa. Szczególnie trudnym było utrzymywanie optymalne-

go wykorzystywania lotnictwa bojowego, w którym to piloci wykonywali manewry na granicy bezpieczeństwa lotniczego. Niedobory wyspecjalizowanych lekarzy lotniczych w lotnictwie cywilnym i wojskowym utrudniały utrzymywanie na optymalnym poziomie efektywności wysiłku personelu lotniczego. Narastała uciążliwość pracy w powietrzu powodowana niedosytem treningu lotniczego z zastosowaniem symulatorów lotniczo-lekarskich typu Flight Training Device (FTD, urządzenie treningowe lotu). Taki brak powiązań zwrotnych pomiędzy zwyżkującą wymagalnością finezyjnego wykorzystywania sprzętu lotniczego a łagodzeniem wysiłku intelektualnego użytkowanego treningiem, pogarszało osiągnięcie satysfakcji z tzw. dobrej roboty. Opisany brak lub zawieszenie pozytywnych relacji w osi wysiłek ↔ trening występował wówczas zapewne z niedostatku nakładów finansowych. Jednocześnie brak specjalistów z zakresu medycyny lotniczej oraz niedobory ekonomiczne jeszcze bardziej komplikowały następujące relacje zwrotne: techniczne osiągnięcia ↔ możliwości psychofizyczne człowieka ↔ sukces tzw. dobrej roboty, czyli wzrost bezpieczeństwa lotniczego. Na opisanym tle, szczególnie w lotnictwie wojskowym, coraz bardziej dokuczliwie ujawniały się odległe skutki likwidacji WAM-u. Jak się wydaje ówczesna restrukturyzacja sił zbrojnych mająca prowadzić do maksymalnej skuteczności bojowej; szczególnie w lotnictwie zauważalnie była hamowana niedoborem wysoko wyspecjalizowanej kadry lekarskiej

i słabnącą skutecznością wojskowej służby zdrowia.

W opisanej sytuacji techniczno-społeczno-zawodowej wielu lekarzy zatrudnionych w lotnictwie bądź też uprawiających latanie sportowe lub rekreacyjne usiłowało czynić, co tylko możliwe, aby maksymalnie łagodzić brak zbieżności pomiędzy pragnieniem stosowania nowoczesnego sprzętu a wydolnością personelu lotniczego wykonującego czynności lotnicze, które powinny być porównywalne, a także wymienne z innymi cywilnymi załogami Unijnymi czy wojskowymi NATO-wskimi.

Pasjonaci doskonalenia rodzimego lotnictwa narzekali na rozproszenie terytorialne oraz różność zawodową, co nie ułatwiało docierania ich postulatów do odpowiednich czynników decyzyjnych. Pośród nich, bowiem byli: chirurdzy, laryngolodzy, okuliści, interniści, orzecznicy, dentyści, fizjologodzy, psychologodzy, lotnicy, inżynierowie i wielu innych specjalistów lub praktyków powiązanych z lotnictwem zwyczajnym umiłowaniem lub pełnią tam funkcję. Podczas narad czy dyskusji wszczynanych z okazji zjazdów, konferencji lub szkoleń, organizowanych w środowisku lotniczym, podnoszono konieczność utworzenia organizacji stanowiącej załączek stowarzyszenia łączącego wszystkich tych, dla których zdrowotne bezpieczeństwo latania było celem maksymalnego wysiłku intelektualnego. Najczęściej wyrażano pogląd, że powinna to być organizacja ogólnopolska. Dyskutowano, spierano się, popierano, negowano aż wreszcie wyłoniono grupę ludzi najwyższego zaufania środowiskowego. Byli to nie tylko specjaliści z zakresu medycyny lotniczej, ale również wieloletni pracownicy lotnictwa, znani z teoretycznych oraz praktycznych dokonań w zapobieganiu, leczeniu i rehabilitacji załóg statków powietrznych zarówno cywilnych jak wojskowych a także sportowych i rekreacyjnych. Osobom

tych Grupa Inicjatywna zaproponowała zaszczytną honorową funkcję „Członka Założyciela Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej”. Godności tej dostąpiły następujące osoby wymienione w kolejności alfabetycznej: Ryszard BIENIEK, Mieczysław **CHORMAŃSKI**, Janusz **DOMANIECKI**, Paweł **DOMAŃSKI**, Artur **DOMIN**, Piotr **DZIĘGIELEWSKI**, Bogdan **EFFENBERG**, Lucjan **GOLEC**, Józef **HORNOWSKI**, Adam **JASKOWSKI**, Bożena **KAJFASZ**, Tadeusz **KILIAN**, Wiesław **KLUCH**, Lech **KOPKA**, Krzysztof **KOWALCZUK**, Zbigniew **KOZAK**, Danuta **KUZAK**, Janusz **KWASUCKI**, Joanna **ŁASZCZYŃSKA**, Jarosław **MARCINKO**, Romuald **MIKULISZYN**, Lech **MAR-KIEWICZ**, Andrzej **ORZEŁ**, Leszek **PARUCKI**, Robert **POWIERZA**, Marek **PROST**, Halina **RAJSKA**, Jacek **ROŻYŃSKI**, Adam **SKRZYPKOWSKI**, Roman **STABLEWSKI**, Jan **STADNICKI**, Jan **SZYMAŃSKI**, Romuald **ŚWIERŻEWSKI**, Olaf **TRUSZCZYŃSKI**, Bronisław **TURSKI**, Mieczysław **WOJTKOWIAK**, Ewelina **ZAWADZKA-BARTCZAK**, Mariusz **ŻEBROWSKI**.

Zebranie Założycielskie z udziałem wyżej wymienionych osób odbyło się na terenie Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie dnia 28 listopada 2002 roku. Pułkownik profesor Lech Kopka, z właściwym sobie zaangażowaniem, przedstawił zebraniem złożoność zaistniałych warunków organizacyjnych do powstania Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej, a także przewidywane możliwości oraz przyszłe cele i zadania. Po dyskusji, obecni na zebraniu członkowie założyciele uchwalili jednogłośnie konieczność powołania Towarzystwa. Podjęto stosowną uchwałę, następującej treści:

Uchwała (cytat):

1. W trosce o rozwijanie wiedzy z medycyny lotniczej na terenie całej Polski oraz podnoszenie poziomu naukowego i kwalifi-

kacji zawodowych lekarzy zajmujących się zawodowo, bądź będących sympatykami dziedziny nauki wchodzącej w zakres medycyny lotniczej i medycyny kosmicznej,

2. W trosce o popularyzowanie wśród personelu lotniczego wojskowego jak i cywilnego oraz personelu technicznego lotnictwa podstawowych wiadomości z medycyny lotniczej oraz zasad ochrony zdrowia w lotnictwie,
3. W trosce o rozwój i właściwe inspirowanie prac naukowo-badawczych z dziedziny medycyny lotniczej, jak również o właściwe wprowadzanie do pracy w dziedzinie medycyny lotniczej, młodych lekarzy.

My, zebrani w dniu 28 listopada 2002 roku, jako członkowie założyciele podejmujemy uchwałę o powołaniu **Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej**, uchwalamy Statut Stowarzyszenia oraz wybieramy Komitet Założycielski w składzie (alfabetycznie):

- doc. dr hab. n. med. Lucjan **GOLEC**
- prof. dr hab. n. med. Lech **KOPKA**,
- prof. dr hab. n. med. Lech **MAR-KIEWICZ**
- doc. dr hab. n. med. Adam **SKRZYPKOWSKI**

Zebrani członkowie założyciele wybrali, spośród wielu propozycji logo Towarzystwa (ryc.1). Desygnowano również kol. Lucjana Golca, jako osobę kierującą rejestracją Stowarzyszenia w odpowiednim sądzie oraz organizatora pierwszego zebrania wyborczego. Komitet opracował statut Towarzystwa. Po dokonaniu rejestracji sądowej i zapisie w Krajowym Rejestrze Sądowym, Polskie Towarzystwo Medycyny Lotniczej nabyło osobowość prawną. W dniu 30 października 2003 r odbyło się Walne Zebranie Wyborcze, które dokonało statutowego wyboru pierwszego zarządu. Władze

Jubileusz PTML

Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej ukonstytuowały się następująco:

Zarząd:

Prezes:

kol. Adam SKRZYPKOWSKI

Zastępca Prezesa:

kol. Artur DOMIN

Sekretarz:

kol. Halina RAJSKA

Skarbnik (pełniący również obowiązki zastępcy sekretarza):

kol. Roman STABLEWSKI

Członek Zarządu:

kol. Marek PROST

Członek Zarządu:

kol. Olaf TRUSZCZYŃSKI

Członek Zarządu:

kol. Bronisław TURSKI

Komisja Rewizyjna:

Przewodniczący:

kol. Mieczysław WOJTKOWIAK

Członek Komisji Rewizyjnej:

kol. Jacek ROŻYŃSKI

Członek Komisji Rewizyjnej:

kol. Jan SZYMAŃSKI

Koleżeński Sąd Honorowy w składzie koleżdy doktorzy:

Ryszard BIENIEK

Leszek PARUCKI

Z dniem 31 października 2003 roku Polskie Towarzystwo Medycyny Lotniczej (PTML) rozpoczęło swoją działalność. Statutowy obowiązek nakazał walne wybory nowych władz w cyklu trzyletnim.

Od pierwszych dni swego istnienia PTML rozpoczął intensywną działalność doskonalącą wiedzę niezbędną do sprawowania opieki medycznej nad personelem lotniczym. Zebrania naukowo – szkoleniowe odbywały w każdym kwartale kolejnego roku działalności. Tematami cyklicznych spotkań były edukacyjne potrzeby środowiskowe albo informacje o światowych osiągnięciach medycyny lotniczej. Do wygłaszania prelekcji lub wykładów zapraszani byli członkowie naszego Towarzystwa, ale również znane osoby reprezentujące krajowe i zagraniczne ośrodki kształcenia podyplomowego zarówno technicznego, jak i medycznego. To-

warzystwo podjęło szeroko zakrojoną współpracę z Wojskowym Instytutem Medycyny Lotniczej. Wyrażało się to wspólnymi poczynaniami naukowo-dydaktycznymi oraz współudziałem, początkowo finansowym oraz merytorycznym a następnie tylko fachowym, w redagowaniu kwartalnika pn. „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej”^{*}), który stał się organem prasowym Towarzystwa. Wiele publikacji tam drukowanych było autorstwa lub recenzowania przez członków PTML. Istotnym wkładem w doskonalenie polskiego lotnictwa była współpraca członków naszego Towarzystwa w pracach nad doskonaleniem przepisów lotniczych, które stały się pn. „Prawo Lotnicze” obowiązującymi mocą ustawy z dnia 3 lipca 2002 roku.

W pierwszym roku działalności Towarzystwo nasze podjęło decyzję o stałym umieszczaniu różnych doniesień w dziale Polskiego Przeglądu Medycyny Lotniczej (PPML) pn. „Z Życia Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej”. Zadanie to realizowano poprzez publikacje nie tylko tekstów informacyjnych, ale również innych form literackich noszących cechy esejów lub prac o charakterze popularyzatorsko-szkoleniowym najczęściej powiązanych ze światowymi trendami lotnictwa i medycyny lotniczej. Starano się, aby swym przesłaniem lub bezpośrednim przekazem publikacje te dotyczyły szeroko pojętego zagadnienia efektywnego latania. Szczególne zainteresowanie dotyczyło tzw. czynnika ludzkiego w bezpiecznym odbywaniu podróży lotniczych. Przyjęto, że kwartalne publikowanie w PPML było ubogającym poszerzeniem zebrań a w niektórych przypadkach ich zamiennikiem. Wydaje się, że forma drukowania konspektów wykładów, czy też publikacja opracowań tematów mogących zainteresować członków i sympatyków Towarzystwa posiadała praktyczną zaletę możliwości sięgnięcia do zawar-

tych tam wiadomości wielokrotnie i w różnym czasie (wykład jest jeden i w określonym przedziale czasu). Zebranie wymaga, dla nabycia wiedzy, obecności fizycznej w czasie nie dla wszystkich najbardziej wygodnym. Być może taka forma krzewienia wiedzy będzie kontynuowana, a może w przyszłości zostaną wypracowane nowe, lepsze metody oddziaływania środowiskowego. Wydaje się uzasadnione poszukiwanie optymalnej formy edukacji internetowej. Tym sposobem można skutecznie prowadzić cykliczne a może lepiej permanentne szkolenie związane i niezbędne dla potrzeb wznowionej możliwości specjalizowania się w medycynie lotniczej.

PTML uchwałami prezydium udzielało poparcia wysiłków zmierzających do przywrócenia specjalności z zakresu medycyny lotniczej. Stanowisko takie wyrażono pisemnie w dwóch przypadkach Pierwszy raz, kiedy to wspierano wystąpienie Komendanta WIML. Stosowne uzasadnienie skierowano do Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego (2005 rok). Drugiego wsparcia udzielił Krajowemu Konsultantowi Medycyny Transportu; kierując uchwałę zarządu PTML do Ministerstwa Zdrowia (2009 rok).

Przyjęcie przez Polskę rozporządzenia nr 1592/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady Europy w sprawie wspólnych zasad w zakresie lotnictwa cywilnego i utworzenia Europejskiej Agencji Bezpieczeństwa Lotniczego wymagało przedkładania wniosków dotyczących m.in. kodyfikacji orzecznictwa lekarskiego dotyczącego licencjonowania personelu lotniczego. Wartość opracowania zależała od obustronnej współpracy: legislatorów, lotników oraz placówek medycznych świadczących usługi dla polskiego lotnictwa. Dobrym i naturalnym łącznikiem, pomiędzy krajowymi placówkami świadczącymi usługi z zakresu medycyny lotniczej, stało się Polskie Towarzy-

stwo Medycyny Lotniczej (PTML), które posiadało i nadal posiada:

- Osobowość prawną
- Jest członkiem ESAM (Europejskie Stowarzyszenie Medycyny Lotniczej)
- Trzech przedstawicieli PTML zgłoszono do Rady Programowej umiejętności z zakresu medycyny lotniczej w ramach szkolenia i certyfikacji CMKP
- Stałe uczestnictwo programowe dotyczące szkolenia podyplomowego w Ministerstwie Zdrowia
- Bieżący, wszechstronny kontakt z Wojskowym Instytutem Medycyny Lotniczej
- Udział w organie prasowym „Polski Przegląd Medycyny Lotniczej”
- Czynne uczestnictwo w badaniach naukowych WIML
- Czynne uczestnictwo (poprzez członków Towarzystwa) w tworzeniu lotniczych medycznych procedur orzecznich.

Opisane możliwości PTML były wykorzystywane podczas prac nad umiejętnościami lekarskimi opracowywanymi przez Ministerstwo Zdrowia przy udziale naukowych towarzystw lekarskich.

W czasie dwóch pierwszych kadencji zarządu PTML wystąpiła potrzeba aktualizacji przepisów lekarskich dotyczących globalnego licencjonowania załóg lotniczych. Wstępem a następnie istotnym wkładem do tych poczynań stało się opracowanie w WIML przez członków PTML procedur badań wstępnych, okresowych i okolicznościowych pilotów wojskowych [Postępy Medycyny Lotniczej 1 (15) 2008].

Ostatnie lata nie charakteryzowały się nadmierną aktywnością. Jednak Towarzystwo nie popadło w błogi sen. Wszystkie szkolenia z zakresu medycyny lotniczej dla wojskowych zastępów poszukiwawczo – ratowniczych, czy też ratowników medycznych prowadzone były w oparciu o programy edukacyjne opracowywane przez członków PTML lub otrzymywały reko-

mendację Towarzystwa. Programy i wykłady kursów doskonalących z zakresu medycyny lotniczej dla lekarzy specjalizujących się w medycynie transportu tworzone były i wykonywane na potrzeby Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego przez naszych kolegów zrzeszonych w PTML.

Czas przełomu pomiędzy zanikającą specjalizacją z zakresu medycyny transportu a tworzeniem zrębów przywracanej specjalizacji z zakresu medycyny lotniczej nie sprzyjał osiągnięciu wzmożonej aktywności Towarzystwa. Teraz nadchodzi odpowiedni czas, aby zacząć działanie intensywne. Specjalizacja zmierza forsownym wysiłkiem do rychłego przywrócenia.

Przywrócenie specjalności nie oznacza powrotu do tego, co było. Nastąpiły jednak nowe możliwości i potrzeby a dawne programy edukacyjne i niezbędny zakres wiedzy dotyczyły ubiegłego wieku, co praktycznie oznacza brak symetrii w ówczesnych wymogach odnoszonych do aktualnych potrzeb. Wyłania się pilna konieczność utworzenia nowego programu specjalizacyjnego. Program taki powinien spełniać wymogi zalecane przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP), ale również utrzymywać się na poziomie współczesnej światowej wiedzy medycznej. W niektórych przypadkach, szczególnie w zakresie fizjologii oraz wydolności lotniczej, musi wyprzedzać współczesność. Zatem, jak się wydaje, nastąpiła odpowiednia pora do nawiązania obustronnych kontaktów Towarzystwa z CMKP a dalej z: Urzędem Lotnictwa Cywilnego, Wyższą Szkołą Oficerską Sił Powietrznych, Uniwersytetem Medycznym Wojskowym w Łodzi i innymi placówkami celem zebrania potrzeb szkoleniowych mogących stanowić optymalną kanwę do tworzenia nowych programów edukacyjnych. Innym powodem do wszczęcia większej

aktywności PTML jest potrzeba opracowania i publikacji podręcznika medycyny lotniczej, przynajmniej w dwóch wersjach:

- 1) przeznaczonego dla lekarzy,
- 2) dla lotników i innych pasjonatów lotnictwa.

Dawne podręczniki, coraz trudniejsze do pozyskania, pod redakcją St. Brańskiego (1977) oraz W. Kowalskiego (2002) nadal służą zainteresowanym dobrą bazą kanonów sztuki lekarskiej w służbie lotnictwa, ale wiedza tam zawarta wymaga pilnej aktualizacji. Podręczniki te już nie wypełniają potrzeb wizjonerów lotniczych, bardziej przydatne mogą być historiom awiacji i kosmonautyki.

Krótkie opisanie mijającego dziesięciolecia PTML miało na celu jedynie zasygnalizowanie tego, co było przed, w trakcie i co, jak się wydaje, powinno nastąpić w najbliższej przyszłości. Jeszcze są dostępne materiały w postaci sprawozdań, uchwał, i innych dokumentów aktywności, gotowe do wykorzystania dla tworzenia historii PTML.

Autor pozostaje w nadziei, że przyszła okrągła rocznica istnienia naszego Towarzystwa stanie się powodem rzetelnego opracowania dziejów i wkładu PTML do nauki polskiej. Niechaj się spełnia w codziennej pracy antyczne porzekadło: **PER ASPERA AD ASTRAM** (przez trudy do gwiazd = sukcesu). Zatem do dzieła koleżanki i koleżdy rozkochani w lotnictwie!

Adam SKRZYPKOWSKI

- *) *Polski Przegląd Medycyny Lotniczej od 2012 roku ukazuje się pod tytułem Polski Przegląd Medycyny i Psychologii Lotniczej Organ Polskiego Towarzystwa Medycyny Lotniczej; ostatnio w wersji angielskiej The Polish Journal of Aviation Medicine and Psychology Official Organ the Polish Aviation Medicine Society.*

X Symposium Wojskowych Lekarzy Dentystów



Wykład mgr E. Mazur-Piotrowskiej

- lek. dent. Paweł Zaborowski „Sensodyne – nowoczesne rozwiązanie problemów naszych pacjentów”.
Po przerwie obiadowej rozpoczęła się druga część symposiumu. Wygłoszono następujące wykłady:
- „Łączniki indywidualne w implantoprotetyce” – lek. dent. Jacek Woszczyk;
- „Laseroterapia w stomatologii: nowe możliwości i wyzwania” – płk dr n. med. Stanisław Żmuda;
- „Zęby zatrzymane, postępowanie ortodontyczne” – lek. dent. A. Grobelny;
- „Uzupełnienia protetyczne z pełnej ceramiki, wskazania, możliwości, estetyka” – ppłk lek. dent. Remigiusz Budziłło;
- „Zaburzenia wymiany uzębienia w odcinku przednim” – lek. dent. A. Żmuda, lek. dent. A. Król-Sykut, lek. dent. A. Wierusz.

W dniach 7-9.06.2013 r., w Krynicy Morskiej, w hotelu Kahlberg odbyło się X Symposium Wojskowych Lekarzy Dentystów. Tematem przewodnim szkolenia była „Ekonomia, prawo i psychologia a codzienna praktyka lekarza dentysty”.

Patronat naukowy nad spotkaniem objęli: prof. Jan Trykowski i prof. Grzegorz Krzymański. W symposium uczestniczyło ok. 80 lekarzy dentystów. Obecni byli także lekarze dentyści będący w służbie czynnej. Jeszcze nie tak dawno „mundurowych” było znacznie więcej, ale „rozsądne” decyzje decydentów znacznie uszczupliły to grono. W dniu 7.06.2013 r. odbyła się uroczysta kolacja, a dnia następnego rozpoczęły się wykłady. W pierwszej części zajęcia poprowadzili:

- lek. dent. Dorota Rybak „Jak być współczesnym dentystą i nie zwariować”;
- mgr Ewa Mazur-Pawłowska „Sanepid – kontrole, jak je przejść bez problemów”;
- mgr Jolant Średnicka-Piotrowska „Czy wprowadzenie zmian w praktyce dentystycznej spowoduje ominięcie kryzysów?”;



Dzień wykładów zakończyła biesiada przy ognisku i piosenkach żeglarskich. W dniu 9.06.2013 r., po śniadaniu, uczestnicy z żalem opuścili gościnne progi Hotelu Kahlberg oraz Krynicy Morską.

lek. dent. **Jacek WOSZCZYK**



Na zdjęciu obok stoją (od lewej):
ppor. lek. dent. M. Poulakowski,
mjr lek. dent. B. Toczewska,
ppor. lek. dent. M. Czaplejewicz,
ppłk dr n. med. B. Kamiński,
prof. G. Krzymański,
ppłk lek. dent. M. Krupowies-Mokwa,
por. lek. dent. M. Warczak,
prof. J. Trykowski, ppłk lek. dent. P. Sokół,
kmdr por. lek. dent. S. Jakubiec-Norton,
ppłk lek. dent. R. Budziłło,
mgr J. Średnicka-Piotrowska,
płk dr n. med. S. Żmuda, lek. dent. J. Woszczyk

Tym razem w Spale

Tym razem absolwenci 1-go Kursu Fakultetu Lekarskiego Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, rocznika 1954-1960/61 spotkali się w Spale.

Na spotkanie zaprosiliśmy kolegów, którzy studiowali z nami przez 6 lat. Z 240 kursantów, którzy rozpoczęli studia, ukończyło je 142, a dotychczas żyje 77. Pierwsze spotkanie słuchaczy 1-go Kursu Fakultetu odbyło się w 25-lecie, w 1985 r., w Łodzi i w Uniejowie. Przybyło wtedy 86 kolegów. Drugie, z okazji 45-lecia, odbyło się w Łodzi przy 42 obecnych, a na uroczyste, jubileuszowe, 50-lecie – 18 września 2010 r. – przybyło 52 absolwentów. Na towarzyskie spotkanie do „Spały”, które odbywało się pomiędzy 30.04. a 2.05 2013 r. przybyło tylko 17 absolwentów wraz z członkami ich rodzin. Postanowiliśmy więc odbywać spotkania towarzyskie częściej niż jubileusze, aby powspominać lata studiów, pracę po otrzymaniu dyplomów, awanse naukowe i wojskowe.

Z naszego rocznika wywodzi się 10 profesorów medycyny, 1 docent habilitowany i 14



Pałac myśliwski

kolegów, którzy uzyskali stopień naukowy doktora medycyny. Zajmowaliśmy zaszczytne, znaczące stanowiska w wojskowej służbie zdrowia w kraju jak i zagranicą – w wojskach ONZ, w Egipcie, Korei, Libii, Wietnamie. Po rozwiązaniu Wojskowej Akademii Medycznej w 2002 r. nadal pracujemy w resorcie zdrowia MON czy cywilnej służbie zdrowia zajmując kierownicze stanowiska.

Na spotkanie celowo wybraliśmy Spałę, aby odświeżyć w pamięci historię znaczących dla naszego kraju zdarzeń i dat. Do tu-

tejszych lasów na polowania przybywali Władysław Jagiełło, Kazimierz Jagiellończyk, car Aleksander II (1874 r.), który na pamiątkę pierwszego upolowanego jelenia postanowił postawić, do dzisiaj zachowany, pomnik z głazów kamiennych w lesie na lewym brzegu Pilicy. Tu Car Aleksander II, zachwycony pięknym brzegiem Pilicy, wyraził życzenie wzniesienia skromnego pałacyku myśliwskiego (1884 r.) Spała była rezydencją cara Aleksandra II i jego syna Mikołaja II do 1912.r. Niektóre z zabudowań w stylu podmoskiewskim dla oficerów i służby zachowały się do dziś.

Po I Wojnie Światowej pałac został przeznaczony do celów reprezentacyjnych Rzeczypospolitej. W latach 1921-1922 był tu na rekonwalescencji Marszałek Józef Piłsudski. Często gościł w Spale, w latach 1923-1926 był Prezydent RP, prof. dr Stanisław Wojciechowski, który był inicjatorem wybudowania kościółka drewnianego p.w. Matki Boskiej Królowej Polski. Ołtarz wywieźli Niemcy, w pięknym wnętrzu zachowały się witraże zaprojektowane przez Jana Wieniarza w 1927 r. Od 1927 do 1939 r. organizowano w Spale centralne dożynki, na które zapraszano organizacje rolnicze z całej Polski.



Bunkier w Konewce – „Anlage Mitte”

Spotkanie w Spale

W tym celu wzniesiono w 1928 r. stadion z trybunami oraz nieco później wielką salę dla 38 000 osób, którą rozbudowano i przeznaczono dla lekkoatletów, obecny Centralny Ośrodek Sportów – COS.

Od 1935 r. odbywa się w Spale Światowy Złot Skautingu. W Spale bywali na polowaniach członkowie rządu II RP: prof. dr Władysław Grabski, minister ds. wojskowych – gen. Władysław Sikorski, marszałek sejmu – Maciej Rataj.

W latach 1934-1935 z inicjatywy prezydenta RP, prof. dr Ignacego Mościckiego ustawiono rzeźbę spiżowego żubra naturalnej wielkości sprowadzoną z Białowieży, której to hitlerowcy opuszczając Spalę odcięli głowę. Przechowali ją partyzanci i po II wojnie światowej rzeźbę odtworzono. Posąg ten stanowi nieoficjalny herb Spali.

Od 1926 r. do 1 września 1939 r. prezydent RP, prof. dr Ignacy Mościcki przeważnie stale przebywał w Spale, skąd w dniu wybuchu II Wojny Światowej udał się na emigrację.



Grób mjr. Hubala

Po wkroczeniu wojsk niemieckich Spalę włączono do Generalnej Guberni. Od listopada 1939 r. Oddział Sztabu Generalnego Ober-Ost miał swoją siedzibę w Spale. Z początku 1940 r. pod ścisłą tajemnicą hitlerowcy rozpoczęli roboty ziemne, rozbudowano lotnisko w Glinniku.

W lasach w Konewce i stacji Jeleń zbudowali wielkie podziemne schrony i magazyny. Zadaniem sztabu Ober-Ost było opracowanie planów podboju Związku Radzieckiego. Prace ziemne wykonywali sprowadzeni z Rzeszy robotnicy. W podziemnych schronach lokowano całe pociągi, cysterny z benzyną, składy bomb lotniczych. Bunkier w Konewce – „Anlage Mitte”, to największy obiekt betonowy – schron kolejowy długości 380 m, przeznaczony do ochrony pociągu sztabowego dowództwa armii „Środek”.

Pierwszymi żołnierzami walczącymi na tym terenie byli „Hubalczyki” – Oddział Wydzielony Wojska Polskiego pod dowództwem mjr. Henryka Dobrzańskiego „Hubala”. Znad granicy litewskiej przyszedł walczyć z wojskami hitlerowskimi w lasy spalskie w listopadzie 1939 r. Oddział liczył 320 żołnierzy. Broń zdobywali na wojskach hitlerowskich. Pod koniec marca i kwietnia 1940 r. hitlerowcy podjęli zdecydowaną walkę kierując do niej dywizję Wehrmachtu, brygady policji i służb bezpieczeństwa, które zastosowały bezwzględny terror w stosunku do ludności polskiej. W dniu 30 kwietnia 1940 r. w boju pod Anielinem, 12 km od Spali, poległ legendarny



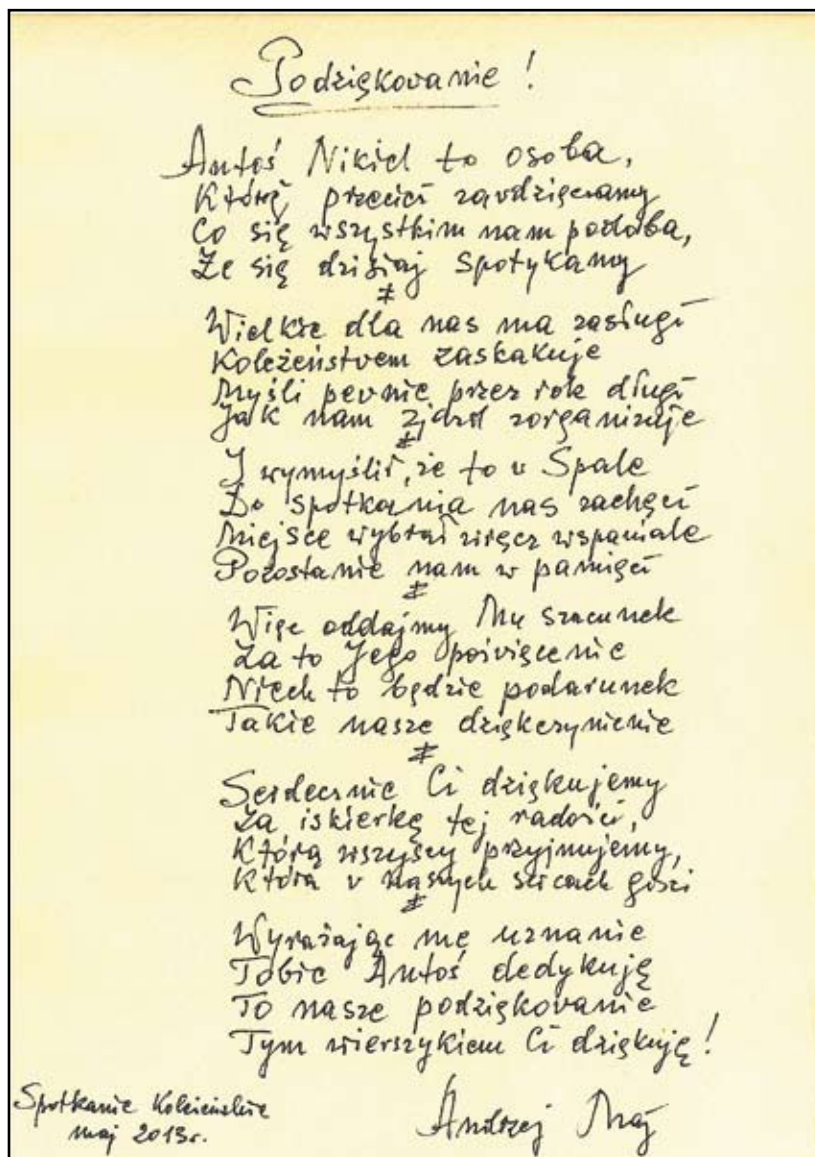
Uczestnicy spotkania

Hubal. Jego żołnierze kontynuowali walkę pod dowództwem por. Mar-ka Szymańskiego „Sęka” do 25.06.1941 r. Na rozkaz Komendy Głównej ZWZ Oddział się rozwiązał, a pozostała część „Hubalczyków” przeszła do konspiracji. Miejsce historycznej śmierci mjr. Hubala czczone jest do dzisiaj przez społeczeństwo. Tam też zapaliliśmy znicze.

Od 1939 r. zorganizowano ruch oporu ZWZ. Pracą komórki kierował Ignacy Studziński, dawny kamerdyner prof. dr. I. Mościckiego. Córka jednego z pracowników straży leśnej, która znała język niemiecki, p. Irena Poborcówna została zatrudniona przez hitlerowców w administracji spalskiej przez 2 lata. Dostarczała wiadomości do Okręgu ZWZ do Łodzi oraz aliantom. 2.10.1941 r. Niemcy aresztowali współpracowników ZWZ i skazali ich na śmierć.

W pierwszym dniu naszego spotkania urządzono kolację koleżeńską w kawiarni naszego domu „Żbik”. Spotkanie rozpoczęło powitaniem z lampką szampana, następnie uczciliśmy pamięć Kolegów, którzy odeszli na wieczną wartę. W przyjacielskiej atmosferze biesiadowaliśmy do północy dzieląc się wspomnieniami osobistych przeżyć.

W czasie tej kolacji kolega Andrzej Maj wygłosił swój laudacyjny wiersz ku czci organizatora spotkania. Owacji było co niemiara, toastów wiele, w tym jeden szczególnie, gdyż kolega Zygmunt Piasny w tych dniach kończył 89 lat. Następnego dnia udało się tylko (ze względu na pogodę) zwiedzić pozostałości carskich obiektów wokół miejsca zamieszkania, wykonać fotografię pod żubrem, zwiedzić most na Pilicy i kościółek drewniany, po czym udaliśmy się do Konewki zwiedzić bunkier ze starym uzbrojeniem. Ze względu na ulewny deszcz niektórzy udali się tylko do COS. Podczas pobytu w Spale indywidualnie korzystaliśmy z pływalni ośrodka.



W drugim dniu nadal towarzyszyła nam ulewa. Udaliśmy się do Carskiej Kawiarni przy historycznej wieży ciśnień z 1890 r. Tu zapadła decyzja o terminie następnego spotkania towarzyskiego w 2014 r. i o powiadomieniu o spotkaniu wszystkich 77 kolegów. Postanowiono spotkać się w Grodzie Kopernika na początku czerwca 2014 r. Organizatorem będzie Wiesiek Balcerak.

Wieczór drugiego dnia spędziliśmy przy grillu w naszej kawiarence, gdyż nadal padał deszcz. Rozbawione towarzystwo biesiadowało przy suto zastawionych stołach, przygrywała nam orkie-

stra więc balowaliśmy na parkiecie. Zabawa trwała kilka godzin. Następnego dnia niestety znowu padał deszcz. Odważni, indywidualnie udali się do Poświętne-ego, zwiedzić Bazylikę Najświętszej Maryi Panny, kościółek św. Idziego z X wieku oraz grób mjr. Hubala-Dobrzańskiego w Anielinie. Zapalono znicze pamięci. Ci, którzy nie udali się na tę wycieczkę, spotykali się w Carskiej Kawiarence gdzie dobiegł końca nasz pobyt w FWP w Spale.

Do zobaczenia za rok w Grodzie Kopernika, w Toruniu.

Antoni NIKIEL

Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki

W Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego w Łodzi, na bazie magazynu mundurowego o powierzchni 1 105 m² powstał Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki. Zakończyła się już pierwsza faza jego budowy i kompletowania wyposażenia, co pozwoliło na rozpoczęcie ćwiczeń symulowanych.

W kwietniu 2013 r. przeprowadzono kurs z zasad TCCC (Tactical Combat Casualty Care – opieka nad poszkodowanym na polu walki) z udziałem żołnierzy 10 grupy bojowej US Army, Wojsk Specjalnych oraz instruktorów i wykładowców Wydziału Dydaktycznego Centrum.

Dzięki zastosowaniu sprzętu multimedialnego i odpowiedniej infrastruktury podczas kursu możliwe było w pełni realne odwzorowanie wszystkich aspektów udzielania taktycznej pomocy medycznej na polu walki we wszystkich jej fazach tzn.:

1. Care under fire – lokalizacja i sposoby podejścia do rannego pod ostrzałem i bez ostrzału, zabezpieczenie krwotoków z kończyn zagrażających życiu za pomocą opaski zaciskowej (staza taktyczna), sposoby wynoszenia rannych spod ostrzału.

2. Tactical field medical care – badanie urazowe, udrożnienie i kontrola dróg oddechowych, rozpoznanie i zaopatrzenie odmy płucnowej, postępowanie z ranami drążącymi, postępowanie przy krwotokach, zaopatrywanie amputacji, złamań, zwichnięć i skręceń, zapobieganie rozwojowi i walka ze wstrząsem, zakładanie polowej karty medycznej.

3. Medical evacuation – procedury MEDEVAC i CASEVAC (zgłoszenie ewakuacji medycznej, kontrola stanu rannego, podejście z rannym do Wozu Ewakuacji Medycznej lub śmigłowca MEDEVAC).

Ponadto, w ramach utworzonego ośrodka powstanie sala ćwiczeń do udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej na poziomie 2 zabezpieczenia medycznego (tzw. Trauma Room).

Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki w swym docelowym modelu będzie w pełni funkcjonalnym obiektem do prowadzenia symulacji współczesnego pola walki w jego aspekcie medycznym, zarówno na obecnych teatrach działań jak i planowanych w przyszłości. Dzięki opcjonalnej

możliwości zmiany scenariuszy dla grup ćwiczących, istnieje możliwość dostosowania tematów ćwiczeń do kursów prowadzonych przez WCKMed, w tym również kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy (zdarzenia masowe, wypadki komunikacyjne itp.).

Wyposażenie Ośrodka (przy wykorzystaniu fantomów typu iStan czy CEZAR, zestawów symulacji ran oraz taktycznego sprzętu medycznego najnowszej generacji) pozwoli na dostosowanie stopnia realizmu i trudności ćwiczeń do wymagań każdego z kursów, od podstawowego (np. dla kursów CLS – ratownika pola walki) poprzez średni (np. kursy dla pomocniczego personelu medycznego kierowanego do służby w Polskich Kontyngentach Wojskowych, Grupach Bojowych UE i innych) do bardzo wysokiego (np. kurs Combat Medic czy kursy dla operatorów jednostek specjalnych).

W ośrodku zastosowana została zaawansowana infrastruktura (osiem głośników estradowych oraz listwy stroboskopowe sterowane centralnie, generatory dymu oraz dark room) pozwalająca na symulację całej gamy scenariuszy działania – od pełnej widoczności, poprzez działanie w warunkach zadymienia do ćwiczeń na noktowizji i przy całkowitym braku widoczności.

Obecnie rozpoczął się II etap prac nad budową i doposażeniem sprzętowym ośrodka, w którym powstaje Trauma Room, idealnie odwzorowujący tożsamy element polskiego szpitala II poziomu zabezpieczenia medycznego w Ghazni. Stworzenie tego elementu pozwoli na ćwiczenie i zgrywanie personelu Trauma Team'ów składającego się z lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek przygotowywanych do pełnienia służby poza granicami kraju.



Szkolenia prowadzone w ośrodku mają za zadanie uczyć i doskonalić umiejętności, umożliwiające wykonywanie zadań w elementach zabezpieczenia medycznego pola walki, w szczególności:

1. Zasad udzielania pomocy medycznej bezpośrednio na polu walki pod ostrzałem oraz bez kontaktu bojowego.
2. Sposobów ewakuacji rannych z pola walki.
3. Wykonywania procedur MEDEVAC i CASEVAC.
4. Współdziałania w zespole Trauma Team (umiejętność zaplanowania zadań i rozdzielania ich na personel, prawidłowego zaopatrzenia poszkodowanego, a następnie zaplanowanie ewakuacji na wyższy poziom opieki medycznej).

Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki stanowi zaplecze do szkolenia niemedyków oraz niższego, średniego i wyższego personelu medycznego z zakresu:

- 1) procedur wykonywania działań ratunkowych z pełną oceną sytuacji pod względem taktycznym,
- 2) umiejętności tworzenia procesu decyzyjnego i standardów postępowania w środowisku taktycznym w sytuacjach wysokiego ryzyka,
- 3) ewakuacji poszkodowanych z rejonu zagrożenia,



- 4) wydobywania rannych i poszkodowanych z pomieszczeń typu kontener mieszkalny, schron, transzeja, umocnienia ziemne i betonowe, checkpointy,
- 5) procedur doboru sprzętu ratowniczego, segregacji rannych, ustalania stopnia obrażeń (wykonywania szybkiego badania urazowego), rozpoznawanie i opatrywanie ran, urazów oraz podjęcia decyzji o kolejności udzielania pomocy rannym i kwalifikowania do transportu,
- 6) działania w warunkach zaciemnienia, zadymienia oraz bez możliwości użycia światła białego,

- 7) posługiwania się indywidualnym wyposażeniem medycznym (IPMed) oraz wszystkimi zestawami pierwszej pomocy,
- 8) udzielania kwalifikowanej pomocy medycznej (poziom 2 zabezpieczenia medycznego) i przygotowania rannego do ewakuacji (MEDEVAC) na wyższy poziom opieki medycznej.

Funkcjonowanie ośrodka

Ośrodek Symulacji Medycznej Pola Walki będzie posiadał możliwość realizacji zajęć w zakresie:

a) Symulatora Pola Walki obejmującego:

- udzielanie pomocy przedmedycznej i medycznej na polu walki w kontakcie i bez kontaktu z przeciwnikiem:
 - segregacja rannych;
 - badanie urazowe w warunkach bojowych;
 - zaopatrywanie urazów;
 - ewakuacja do placówek wyższych poziomów opieki medycznej;
 - wyszukiwanie, podchodzenie i wnoszenie rannych z pola walki z użyciem lub bez użycia etatowych środków ewakuacyjnych i improwizowanych.
- organizacji gniazd rannych oraz ewakuacji z wykorzy-





staniem dostępnego sprzętu.

- Pokonywania z noszami przeszkód terenowych, elementów zabudowy oraz zasieków.

b) Symulator Trauma Room w zakresie:

- badania urazowego rannych i poszkodowanych;
- opatrywania rannych;
- wykonywania zaawansowanych procedur ratujących

cych życie;

- wykonywania podstawowych zabiegów chirurgicznych.

Elementy ośrodka

W OSMPW szkolą się uczestnicy kursów realizowanych w Wojskowym Centrum Kształcenia Medycznego (kursy doskonalące i specjalistyczne dla żołnierzy korpusu osobowego medycznego oraz żołnierze bez wykształcenia/ przeszkolenia medycznego).

W ośrodku docelowo będą stworzone następujące obiekty:

1. Symulator pola walki.
 - 1) fragment drogi dojazdowej do bazy z pierwszym i drugim check-pointem wraz z zasiekami;
 - 2) wiatrołom leśny;
 - 3) ściana narożna budynku;
 - 4) schron;
 - 5) transeja;
 - 6) posterunek obserwacyjno-wartowniczy;
 - 7) kontener – kancelaria z wyposażeniem biurowym.
2. Symulator Trauma Room.
3. „Dark room” do ćwiczeń przy zastosowaniu noktowizji.
4. Sterownia multimedialna z mikserem elementów akustycznych, odtwarzaczem dźwięków, pulpitem sterowniczym i monitorami kontrolnymi.
5. Sala lekcyjna z rzutnikiem multimedialnym do omawiania prowadzonych zajęć.

Przygotowała:

ppłk **Joanna KLEJSZMIT-BODZIUCH**

Rzecznik Prasowy IWSZ

Źródło: Wydział Dydaktyczny WCKMed.

2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce

W dniach 24.08-25.08 na Stadionie Miejskim w Toruniu ul. gen. J. Bema 23/29 odbędą się 2 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce.

Zawody organizowane będą równolegle z 23 Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce.

Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów jak i lekarzy.

Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem.

Możliwe poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504101375 lub e-mail julek@onet.pl

Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie www.pzwla.eu.

Przewodniczący
Komitetu Organizacyjnego 23 MPW i 2 MPL
lek. med. **Julian PEŁKA**
K-P OIL Toruń

Na początku rozważań na temat opieki paliatywnej nad pacjentami terminalnie chorymi należałoby przybliżyć rozumienie pojęcia „pacjenta terminalnie chorego” i określić w czasie stan jego choroby. W opisie choroby prowadzącej do śmierci wyróżniamy kilka faz. Są nimi: faza przeddiagnostyczna, faza nasilenia się objawów, faza przewlekła, faza terminalna¹. Faza terminalna, trwająca dni, tygodnie lub miesiące może przejść w stan terminalny, który może przekształcić się w umieranie i agonię. Etapem umierania jest śmierć kliniczna, która jest jeszcze stanem odwracalnym dzięki technikom resuscytacji krążeniowo-oddechowej. Stanem nieodwracalnym i momentem śmierci jest śmierć pnia mózgu. W fazie terminalnej choroby lekarz lub konsylium lekarzy, kierując się własną wiedzą i sumieniem, podejmuje decyzje odnośnie interwencji proporcjonalnych do stanu i dla dobra pacjenta. W tym stanie leczenie przyczynowe najczęściej jest niemożliwe i pozostaje głównie usuwanie negatywnych skutków choroby, czyli stosowanie opieki paliatywnej.

Opieka paliatywna

We wstępie do najnowszego oxfordzkiego podręcznika opieki paliatywnej autor zamieścił takie słowa: „Medycyna paliatywna to przede wszystkim wiedza i miłosierdzie w działaniu”². Dzisiaj opieka paliatywna uczyniła wielki postęp. Mamy do dyspozycji wiele leków i różnych środków, żeby łagodzić cierpienie. Dokonano wiele odkryć i wynalazków, dysponujemy wieloma informacjami i wskazówkami odnośnie opieki nad terminalnie chorymi. Tak wiele osób dobrze wyszkolonych i troskli-

Holistyczna opieki paliatywna nad pacjentem terminalnie chorym

Poniżej zamieszczamy kolejny fragment pracy magisterskiej pt. „Godność człowieka terminalnie chorego w świetle nauczania Jana Pawła II”, tym razem dotyczący opieki paliatywnej

Autorem pracy jest pptk lek. mgr teologii Krzysztof Chabros, członek naszej izby, absolwent WAM i Uniwersytetu Opolskiego.

E. K.

wych jest zaangażowanych w opiekę nad umierającymi. Jednak zasady medycyny paliatywnej, jako troskliwej opieki nad chorym i umierającym są niezmiennie. Jest to nic innego jak praktyczne dzielenie się wiedzą i okazywanie miłosierdzia choremu.³

Rozwój medycyny paliatywnej i hospicyjnej

Rozwój opieki paliatywnej dokonany na przełomie XX i XXI wieku jest bardzo imponujący. Obecnie dziedzina ta jest coraz ważniejszym elementem systemu opieki zdrowotnej oraz dynamicznie rozwijającym się odrębnym działem wiedzy medycznej. Koncepcja opieki paliatywnej stopniowo przenosi się niemal na cały obszar praktyki medycznej, a szkolenia z medycyny paliatywnej włączane są do standardów edukacyjnych w zakresie intensywnego leczenia. Według aktualnych danych powszechna dostępność opieki paliatywnej dla mieszkańców naszego globu poprawiłaby istotnie jakość życia co najmniej 100 milionów ludzi.⁴

Aktualne tendencje rozwojowe opieki paliatywnej wynikają z potrzeb społecznych. Pacjenci szukają nie lekarza technika, urzędnika czy ekonomisty ukierunkowanego na sukces terapeutyczny i ekonomiczny, ale takiego który jest im w stanie pomóc w najtrudniejszych egzystencjalnych wyzwaniach życiowych takich jak ból, cierpienie oraz zbliżająca się śmierć. Na pewno rozwój koncepcji medycyny paliatywnej stwarza szanse na nadanie całemu systemowi opieki zdrowotnej, a w nim pozycji lekarza i pielęgniarki,

głęboko humanistycznego wymiaru.⁵ Również w Polsce medycyna paliatywna posiada dobrą perspektywę rozwoju dzięki znakomitej kadrze i pomimo wielu przeszkód administracyjnych i finansowych.

Przejdźmy jednak pokrótce do historii medycyny paliatywnej. Dziedzina ta jako odrębna specjalizacja istnieje zaledwie od połowy lat osiemdziesiątych dwudziestego wieku, jednak opieka nad chorymi i umierającymi jest stara jak cała medycyna. Rozwój ruchu tworzenia hospicjów w XIX i XX wieku opierał się na pewnych innowacjach wprowadzanych przez entuzjastów medycyny, którą wspólną cechą było „całościowe” traktowanie umierających pacjentów.⁶ Takie traktowanie określano jako „opiekę holistyczną”. Uwolnienie od bólu i dolegliwości miały takie samo znaczenie jak procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Dzisiejsza medycyna paliatywna opiera się bardziej na uporządkowanych doświadczeniach poprzednich generacji lekarzy i opiekującymi się chorymi niż na nowych założeniach opieki nad chorymi.⁷

Rozwój medycyny paliatywnej warto zobrazować niektórymi przykładami. Pierwszą mieszkankę przeciwbólową opracował Snow w 1890 roku, tzw. koktajl z Brompton. Następnie Barrett wprowadził regularne stosowanie morfiny umierającym w szpitalu św. Łukasza w Londynie. Natomiast Saunders upowszechniła tę ideę w hospicjach św. Józefa oraz św. Krzysztofa. W wykładach dla studentów medycyny w Bostonie Worcester zachęcał

1 P. ASZYK, Stan terminalny, w: A. MUSZALA, (red.), Encyklopedia bioetyki, Radom 2005, s. 419.

2 D. DOYLE, Wstęp, w: M. S. WATSON, C. F. LUCAS, A. KÜBLER (red.), Opieka paliatywna, Wrocław 2007, s. VI. Autora skłonił go do tego obraz Picasa pod taką nazwą Wiedza i miłosierdzie, który przedstawia starego lekarza siedzącego obok umierającego pacjenta, w ubogim domu. Postać lekarza wyraża współczucie, głębokie zamyślenie i być może bezradność wobec pacjenta którego znał przez wiele lat.

3 Por. Tamże.

4 Por. A. KÜBLER, Przedmowa do wydania polskiego, w: TENŻE, dz. cyt. s. XI

5 Por. Tamże.

6 Por. dz. cyt., Wprowadzenie, s. XXVI.

7 Por. Tamże.

Godność człowieka terminalnie chorego – cz. 2

do podejścia holistycznego z udziałem specjalistów z różnych dziedzin.⁸ Początkowo ruch organizowania hospicjów poświęcono opiece nad chorymi z nowotworami złośliwymi, którzy nie odnosili korzyści w leczeniu szpitalnym a następnie obejmował pozostałych przewlekle i nieuleczalnie chorych. Ruch ten doprowadził do uświadomienia w całym świecie ogromnych potrzeb w zakresie opieki paliatywnej. Szybko zwiększały się liczby placówek opieki paliatywnej głównie w Wielkiej Brytanii ale i na całym świecie, poczynając od otwarcia hospicjum św. Krzysztofa w Londynie w 1967 roku.⁹

Aktualnie należy się spodziewać dalszego rozwoju tej dziedziny medycyny. Aby te oczekiwania mogły być spełnione potrzebne jest szerzenie wiedzy wśród pracowników służby zdrowia na uczelniach medycznych, a także praktyka kliniczna pod okiem doświadczonych nauczycieli w tej dziedzinie. Holistyczna opieka paliatywna uwzględnia zagadnienia kulturowe, językowe oraz wspomaga ludzi w stawianiu przez nich czoła silnym emocjom związanym z chorobą i umieraniem, takim jak gniew, zaprzeczenie, depresja i lęk.¹⁰ W dzisiejszym świecie bardzo złożonym, nacechowanym ustawicznym postępem technicznym z możliwością przedłużania okresu umierania, pojawiają się liczne dylematy etyczne.

Medycyna tzw. zachodnia w sprawach zdrowia kieruje się takimi zasadami etycznymi jak: a) autonomia (obejmuje poinformowanie pacjenta i jego zaangażowanie w procesie podejmowania decyzji), b) dobroczynność (czynienie dobra), c) nieszkodzenie (nie wyrządzanie szkody), d) sprawiedliwość (zachowanie równowagi pomiędzy potrzebami jednostki a potrzebami społeczeństwa).¹¹ Zastosowanie tych zasad wcale nie jest proste w tak złożonej i delikatnej materii, nie mniej jednak ich znajomość jest bardzo istotna w podejmowaniu kluczowych decyzji etycznych.

Aktualna podręcznikowa defini-

cja opieki paliatywnej, obejmuje wiele jej aspektów: „Opieka paliatywna jest to aktywna, całościowa opieka nad pacjentem z zaawansowaną, postępującą chorobą. Podstawowe znaczenie ma leczenie bólu i innych objawów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego i duchowego. Celem opieki paliatywnej jest uzyskanie najlepszej jakości życia pacjentów i ich rodzin. Wiele aspektów opieki paliatywnej można zastosować we wcześniejszych etapach choroby, w połączeniu z innymi metodami leczenia”.¹² W definicji, jako lekarz zwróciłbym uwagę na słowo „aktywna”, gdyż pomimo postępującej choroby i zbliżającej się śmierci nigdy nie można zaniechać opieki nad pacjentem.

Opieka paliatywna opiera się na trzech podstawowych zasadach, takich jak:

- leczenie choroby podstawowej,
- łagodzenie objawów,
- opieka psychospołeczna.

Te zasady są współzależne ze sobą i wymagają współpracy specjalistów z wielu dziedzin. Krótko podsumowując „opieka paliatywna:

- afirmuje życie i akceptuje umieranie jako normalne zjawisko
- umożliwia złagodzenie bólu i innych objawów
- integruje zasady psychologiczne i duchowe opieki nad pacjentem
- oferuje system wsparcia dla pacjentów, aby pomagać im żyć aktywnie, jak tylko to możliwe do zgonu.
- oferuje system wsparcia dla rodziny, która wzmaga się z chorobą pacjenta oraz własnym otoczeniem”.¹³

Opieka paliatywna stara się więc respektować podstawowe prawa człowieka. Z jednej strony wynikające z prawdy o świętości i nienaruszalności, prawo do życia i obowiązek troski o życie, a z drugiej strony prawo do godnego umierania. Opieka paliatywna, rezygnuje ze stosowania środków nieproporcjonalnych, czyli takich gdzie nie zachodzi relacja proporcji między ich zastosowaniem a osiągniętym wynikiem leczenia,

kontynuuje natomiast stosowanie środków proporcjonalnych realizując program leczenia paliatywnego. Założycielka współczesnego ruchu hospicyjnego C. Saunders i prekursorka opieki paliatywnej, wyjaśnia, że w hospicjum dokonuje się przejście od „cure system”, czyli systemu uzdrawiania, aktywnego leczenia, do „care system”, czyli systemu polegającego na leczeniu objawowym, dążącym do usunięcia objawów choroby.¹⁴

Opieka paliatywna alternatywą eutanazji

W tej analizie opieka paliatywna nie zostanie przedstawiona jako jedno z wielu „alternatywnych”, możliwych do wyboru rozwiązań w sytuacji choroby i umierania, ale jako rozwiązanie, które w zestawieniu z eutanazją obala jej mityczne założenia i wyklucza uzasadnienia do jej zastosowania.¹⁵

– *Po pierwsze:* zwolennicy eutanazji powołują się na ogromny ból towarzyszący umieraniu. Aktualne możliwości leczenia bólu, choć nie są doskonałe, to zazwyczaj udaje się osiągnąć zadawalające ustąpienie dolegliwości bólowych. Na ten temat wypowiedział się M. Hilgier, anesteziolog i ceniony specjalista w leczeniu bólu: „Chory na raka nie musi cierpieć. Nie ulega wątpliwości, że tak może być, że taka jest prawda. Ale czy to wiedzą pacjenci cierpiący z powodu choroby nowotworowej? Czy tak myślą lekarze leczący tych chorych? Na te pytania odpowiedź nie jest jednoznaczna, bo wciąż u bardzo wielu chorych ból nowotworowy nie jest prawidłowo leczony. Wynika to m.in. z niewiedzy, że w Polsce są poradnie leczenia bólu przewlekłego, że możliwości nowoczesnej terapii są coraz większe”.¹⁶ W leczeniu bólu, zgodnie ze Światową Organizacją Zdrowia obowiązuje od 1986 roku tzw. drabina analgetyczna, czyli 3 stopniowe leczenie bólu:

¹⁴ Por. A. BARTOSZEK, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), Eutanazja w dyskusji, s. 152.

¹⁵ Por. M. S. WATSON, C. F. LUCAS, dz. cyt., s. 14.

¹⁶ M. HILGIER, O bólu do bólu. Nieodkończona rozmowa, Warszawa 2008, s. 77-78.

⁸ Por. Tamże.

⁹ Por. Tamże.

¹⁰ Por. Tamże., s. XXIX

¹¹ tamże., s. 1

¹² Tamże, Wprowadzenie, s. XXIV

¹³ tamże

- I nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający,
- II słaby opioid + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający,
- III silny opioid + nieopiodowy lek przeciwbólowy + lek wspomagający”.¹⁷

– *Po drugie:* zwolennicy eutanazji powołują się na lęk pacjenta przed sytuacją, w której jego życie będzie podtrzymywane za wszelką cenę. Aktualnie poza postępem wiedzy medycznej i możliwościami wydłużania życia, za cenę jego jakości, dokonał się także postęp etyki medycznej. Obecnie dopuszcza się możliwość odmowy leczenia przez kompetentnego i świadomego pacjenta oraz przyznaje się że leczenie nieproporcjonalne do jego efektów, obciążające i nieskuteczne jest po prostu złym leczeniem. Opieka paliatywna sprzeciwia się stosowaniu uporczywej terapii.

– *Po trzecie:* zwolennicy eutanazji określają ją jako jedyny sposób godnej śmierci. Eutanazja w żadnym wypadku nie jest „godną śmiercią”. Tą opinię podzielają w pełni osoby zawodowo zajmujące się opieką paliatywną i mające doświadczenie w opiece nad umierającymi. Naturalna śmierć oraz możliwość umocnienia i uzdrowienia więzów rodzinnych, co często się zdarza podczas ostatnich dni życia, są godnym oraz wartym wysiłku celem opieki paliatywnej.

– *Po czwarte:* zwolennicy eutanazji uznają ją jako zgodną z zasadą autonomii pacjenta. Eutanazja jeśli miałaby być przeprowadzona w świetle takiej zasady to tylko wówczas gdy pacjent jest całkowicie świadomy i stale się jej domaga. Jednak pacjenci, którzy są często przykuci do łóżek nie są zdolni do samodzielnego dbania o siebie i są całkowicie zależni od opieki sprawowanej przez innych, mogą tylko odczuwać nacisk z zewnątrz na wyrażenie zgody na eutanazję. Niezależnie od argumentów, ogólna i fundamentalna zasada mówi, że życie jest nieskończenie cenne, a bez-

bronni zasługują na ochronę. Zawsze należy działać w najlepszym interesie oraz kierować się dobrem wobec tych, którzy nie mogą wyrazić swej woli.

Tak rozumiana opieka paliatywna jest rzeczywistą alternatywą dla eutanazji. Ewentualna prośba o eutanazję powinna być traktowana jako wołanie o pomoc. Jeśli chory ma złagodzony ból i inne objawy choroby oraz doświadcza towarzyszenia ze strony swoich opiekunów, wówczas najczęściej odstępuje od prośby o eutanazję.¹⁸

Jan Paweł II często zwracał uwagę na takie ludzkie wsparcie w stosunku do terminalnie chorych, nie pomijając roli dostępnych i skutecznych form terapii. **„Prośba, jaka wypływa z serca człowieka w chwili ostatecznego zmagania z cierpieniem i śmiercią, zwłaszcza wówczas, gdy doznaje on pokusy pogrążenia się w rozpacz i jakby unicestwienia się w niej, to przede wszystkim prośba o obecność, o solidarność i o wsparcie w godzinie próby”**.¹⁹

Istotne elementy opieki hospicyjnej – rola rodziny, wolontariuszy, psychologa, kapelana w opiece nad terminalnie chorymi

Pojęcie hospicjum ukształtowało się w Europie historycznej jako nazwa miejsca otaczającego opieką podróżnych, pochodząca ono od słowa łacińskiego „hospes” oznaczającego gościa.²⁰

Współczesny model opieki ho-

spicyjnej stworzyła wspomniana Cicely Saunders, Angielka, która w 1967 roku otworzyła w Londynie specjalistyczny ośrodek opieki nad chorymi umierającymi – Hospicjum Świętego Krzysztofa. Miejsca, w którym chorzy mieli być otaczani opieką, uwalniani od bólu. Sanders ukończyła studia medyczne i specjalizowała się w opiece nad umierającymi w szpitalu Świętego Józefa. Jej wizyta w Polsce w 1978 roku przyczyniła się do powstania pierwszego w kraju Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie w 1981 roku.²¹

Opieka hospicyjna zrodziła się jakby z pewnej niewystarczalności tradycyjnej medycyny, która dosyć dobrze radzi sobie z uśmierzaniem przewlekłych bólów i innymi objawami u terminalnie chorych, nie jest natomiast w stanie poradzić sobie z poczuciem osamotnienia, głębokiego smutku i potrzebą ułożenia relacji z tymi których się opuszcza. A to często jest przyczyną największego bólu odczuwanego przez pacjenta.

Opieka hospicyjna, określana również mianem paliatywnej (od słowa łacińskiego „palius” co oznacza płaszcz), oznacza aktywną i wszechstronną opiekę nad osobami cierpiącymi na postępujące i przewlekłe choroby o niekorzystnym rokowaniu. Według definicji WHO z 1990 roku opieka hospicyjna to „aktywna, dotycząca wszystkich sfer życia opieka nad pacjentem cierpiącym na schorzenie nie poddające się leczeniu przy czynowemu” a późniejszym czasie WHO dalej określa taką opiekę jako „podejście poprawiające jakość życia pacjentów oraz ich rodzin w obliczu śmiertelnych chorób”.²² W myśl zasad wypracowanych przez Cicely Saunders, opieką nad pacjentem hospicyjnym powinien zajmować się interdyscyplinarny zespół, składający się z lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty, psychologa, pracownika socjalnego, duchownego oraz wolontariuszy bez wykształcenia medycznego. Elementami opieki hospicyjnej

¹⁷ tamże, s. 84

¹⁸ Por. A. BARTOSZEK, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), dz. cyt. s. 150.

¹⁹ JP II, *Evangelium Vitae*, nr 67, 1995

²⁰ Por. Hospicjum, <http://pl.wikipedia.org/wiki/Hospicjum>, 07.06.2008. Pierwsze przytułki dla ubogich powstawały w IV wieku, a odnoszące się do nich regulacje znalazły się już wśród uchwał soboru nicejskiego z 325 roku. Każde miasto, pod nadzorem diakona miało stworzyć poza granicami miasta miejsce, gdzie znajdowałby schronienie wszyscy ludzie potrzebujący pomocy. Dużą rolę w zakładaniu przytułków odegrały zgromadzenia zakonne, w tym franciszkanie i dominikanie. Szczególnie to zjawisko rozwijało się w XI i XII wieku, w związku z migracją ludzi ze wsi do miast i rozkwitem ruchu pielgrzymkowego.

²¹ tamże

²² tamże

mogą być: terapia zajęciowa, akupunktura, muzykoterapia, masaże i inne.²³ Obecność psychologa, kapelana i wolontariuszy związana jest z przeżywaniem sytuacji w jakiej znajduje się chory, przez niego samego i jego otoczenie.

Pojęcie hospicjum oznacza również instytucję zajmującą się opieką paliatywną. I tak wyróżniamy dwa zasadnicze rodzaje działania hospicjum jako instytucji:²⁴

- a) hospicjum domowe, czyli opieka hospicyjna prowadzona w domu chorego, najbardziej typowa. Zwykle odbywa się po wypisaniu chorego ze szpitala i ostatnich zabiegach zwalczających chorobę jakie można było przeprowadzić z medycznego punktu widzenia. Hospicja takie zajmują się także wypożyczaniem specjalistycznego sprzętu i szkoleniem rodziny w postępowaniu z chorym.
- b) hospicja stacjonarne, dotyczą opieki prowadzonej w szpitalu bądź oddzielnym budynku przeznaczonym do tego typu opieki. Hospicja stacjonarne przeznaczone są głównie dla pacjentów, którzy wymagają – ze względu na ciężki przebieg choroby – stałej specjalistycznej opieki medycznej (dotyczy głównie chorych na nowotwory, takie jak białaczki, chłoniaki złośliwe itp.). Ten rodzaj opieki stosowany jest również wobec osób samotnych, nieposiadających swoich, którzy mogliby podjąć taką opiekę nad chorym.

Pewnym paradoksem w opiece paliatywnej jest to, że większość umierających pacjentów wolałaby pozostać w domu, ale większość z nich umiera w instytucjach.²⁵ Idealnym wyjściem według specjalistów medycyny paliatywnej byłoby wygospodarowanie środków do optymalizacji domowej opieki paliatywnej opartej na lekarzach rodzinnych, tak aby w zależności od miejsca, rodzaju choroby i przewidywanego czasu jej trwa-

nia pacjenci mogli otrzymać najwyższy standard opieki paliatywnej przez cały czas²⁶. Według angielskich specjalistów medycyny paliatywnej *opieka nad umierającym jest „testem doskonałości służby zdrowia”*.²⁷ Natomiast założycielka ruchu hospicyjnego Saunders wypowiedziała następujące motto swojej działalności: „Jesteś ważny, bo ty to ty. Jesteś ważny do ostatniej chwili swojego życia i zrobimy wszystko, co w naszej mocy, nie tylko aby ci pomóc spokojnie odejść, ale także abyś żył w pełni do końca”.²⁸

W opiece hospicyjnej możemy wyróżnić kilka elementów:

Rola rodziny i wolontariuszy

Rodzina w obliczu choroby i umierania bliskiej osoby często jest zaskoczona, osamotniona i bezsilna wobec nowej sytuacji. Pomimo szczerych chęci i pełnego zaangażowania się w opiekę bliskiej osoby, sama potrzebuje wsparcia, odciążenia w tej pracy, a także wielu informacji jak tą opiekę należyte sprawować. Członkowie rodziny muszą czuć się włączeni w proces opieki nad chorym i podejmowania decyzji, przekazywania informacji, umiejętności informowania innych członków rodziny w tym dzieci. Stąd wolontariusz niemedyczny często odgrywa istotną rolę w opiece hospicyjnej. Pomaga nie tylko samemu pacjentowi, towarzysząc mu w chorobie, pomagając w praktycznych czynnościach (płacenie rachunków czy przygotowanie testamentu), ale także pomaga rodzinie. Wyręcza często przemęczonych członków rodziny w opiece nad chorym, dzieli się swymi doświadczeniami związanymi z opieką i duchowym przeżywaniem okresu choroby i odchodzenia bliskiej osoby. Jest to wspaniała odpowiedź na negatywne przeświadczenie rodziny o nieporadzeniu sobie w zaistniałej sytuacji i niemożności zapewnienia odpowiedniej jakości opieki umierającemu.

Opieka psychologa

Pomoc psychologa jest czasem niezbędnym elementem terapii dla chorego, choć w praktyce nie zawsze możliwa, gdyż niewiele ośrodków medycznych dysponuje psychologiem klinicznym. Chorzy terminalnie często doświadczają lęku, objawów depresji i nawet myśli samobójczych. Właściwe zdiagnozowanie tych objawów oraz ich leczenie może zmniejszyć ból, poprawić sen, łaknienie czyli poprawić ich stan psychiczny i fizyczny. Zdaniem M. Hilgiera „ponad połowa chorych na nowotwory, mimo braku klinicznych objawów zaburzeń psychicznych, może odnieść ogromne korzyści z porady psychologa (...). W przewlekłych zespołach bólowych sama farmakoterapia rzadko bywa skuteczna. Ta grupa chorych wymaga do włączenia do programu leczenia technik relaksacyjnych, relaksacji przez oddychanie, muzykoterapię, zajęcia manualne, relaksację autogeniczną, psychoterapię indywidualną lub grupową”.²⁹ Bardzo ważne jest objęcie pomocą psychologa także rodziny terminalnie chorego. Doświadczenie straty wskutek śmierci bliskiego członka rodziny niejednokrotnie jest najbardziej stresującym momentem w życiu człowieka. Dlatego też, zajmowanie się pacjentami i ich rodzinami stojącymi w obliczu kresu życia stanowi centralną część pracy psychologa klinicznego w warunkach opieki hospicyjnej.

Opieka duszpasterska

Człowiek a tym samym każdy pacjent jest istotą psychofizyczno-duchową. Te dwie natury są ściśle związane ze sobą, są nieodłączne w człowieku żyjącym i człowiek żyje w pełni jeśli te oba wymiary człowieka są zdrowe. Znanе przysłowie mówi, że „w zdrowym ciele zdrowy duch”, ale jest też trochę i odwrotnie, jeśli duch jest zdrowy, człowiek chory jest pojednany z Bogiem i ma „czyste serce” to o wiele łatwiej znosi chorobę i dolegliwości jej towarzyszące. Pacjenci chcąc poradzić sobie z tym czego doświadczają podczas choroby, praktykują różne metody nieodłącznie

²³ tamże

²⁴ tamże

²⁵ Por. M. S. WATSON i inni., dz. cyt. s. 697.

²⁶ Por. Tamże, s. 698.

²⁷ Tamże s. 699.

²⁸ Tamże, s. 700.

²⁹ M. HILGIER, O bólu do bólu, dz. cyt. s. 75.

związane z ich życiem duchowym. Są to: modlitwa, medytacja, czytanie Biblii, rozwijanie swoich przekonań religijnych. Przeprowadzane badania dowodzą, że pozytywne podejście pacjenta do religii, może mieć bezpośredni wpływ na wyniki leczenia.³⁰ Wynika z tego, że wspomagając pacjenta w rozwoju jego drogi duchowej, osoby opiekujące się chorymi, szczególnie duszpasterze i kapelani wspierają go w radzeniu sobie z chorobą. Jeden z psychoterapeutów John Sanford twierdzi, że pomagając innym w ten sposób pomagamy samym sobie „zdobywając się na dojrzałe odpowiedzi w trudnych sytuacjach, sami stajemy się dojrzałi”³¹. Kapelani jako członkowie wielodyscyplinarnego zespołu opiekującego się terminalnie chorymi powinni dobrze znać potrzeby duchowe pacjentów i ich rodzin, szanować ich poglądy. Opieka duszpasterska powinna być dostępna całą dobę. W takiej sytuacji pojawiają się wielkie pola działania i zobowiązania dla duszpasterstwa Kościoła. O swoim doświadczeniu w pracy duszpasterskiej w hospicjum św. Wincentego w diecezji augsburskiej E. Kleindienst napisał tak: „Jeśli słyszy się, ilu ludzi właśnie w tej ostatniej fazie życia wewnętrznie znajduje równowagę, uzupełnia zaległości swego życia, na nowo znajduje pojednanie, to są to „małe cuda”. W tej działalności dokonuje się ważny przyczynek dla wiarygodności naszego chrześcijańskiego przezwyciężenia”³².

Podsumowanie

Na potwierdzenie powyższych refleksji warto przytoczyć znaną historię Janusza Świtaja, który jako pierwszy w Polsce złożył prośbę o eutanazję oraz jego przemianę po udzieleniu mu odpowiedniej pomocy przez fundację Anny Dymnej. Janusz Świtaj uległ wypadkowi motocyklowemu w 1991 roku. Doznał wówczas nieodwracalnego uszko-

dzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym. Od tamtej pory jest sparaliżowany poniżej odcinka szyjnego kręgosłupa, przykuty do łóżka i całkowicie był zdany na opiekę starzejących się rodziców. W lutym 2007 r. ten sparaliżowany 32-letni mężczyzna z Jastrzębia Zdroju złożył wniosek do sądu, z prośbą o wyrażenia zgody na przerwanie terapii (czyli o eutanazję). Zupełnie nieoczekiwanie ten desperacki akt rozpaczy stał się punktem zwrotnym w jego życiu.

W tamtym czasie z pomocą zgłosiła się między innymi Anna Dymna, która zaproponowała panu Januszowi pracę w swojej fundacji „Mimo wszystko”. Pojawiła się wtedy w jego życiu, jak sam wyznał „iskierka nadziei”. Od tamtej pory bardzo wiele się zmieniło w życiu jego i jego rodziny.

Dziś Janusz Świtaj powie, że nigdy tak naprawdę nie prosił o eutanazję ale o prawa do decydowania o swoim losie. Chciał zwrócić uwagę na los niepełnosprawnych ludzi w Polsce. Teraz dzięki otrzymanej pomocy myśli o życiu i o przyszłości. Mówi o sobie, że jest szczęśliwym człowiekiem.

Bardzo dobrze zna te problemy chorych Anna Dymna, aktorka i założycielka fundacji „Mimo wszystko”, o swoich spotkaniach z chorymi i umierającymi, tak pisze: „Od pięciu lat w TVP 2 prowadzę program „Spotkajmy się”. Siedzę naprzeciwko chorego, umierającego, niepełnosprawnego człowieka i staram się rozmawiać o tym co najbardziej go boli, co najbardziej go od życia oddala. Przeprowadziłam takich rozmów ponad sto i z wszystkich wynika, że każdy człowiek chory jest w stanie szczególnym. Jest przestraszony i bardzo samotny. I oczywiście potrzebuje pomocy. Niestety żyjemy w czasach jakiegoś kryzysu i odhumanizowania. W czasach, w których rozluźnia się więź między ludźmi (...). Tymczasem człowiek chory bardzo chce komuś zaufać (...). Potrzebuje przyjaciela, zwykłej rozmowy, nadziei. Ale niestety często jest całkiem sam. Rodziny zazwyczaj też są bezradne i przerażone. A lekarz? Lekarz nie

ma czasu, by posiedzieć z takim człowiekiem, popatrzeć mu w oczy, potrzymać za rękę i powiedzieć: „Słuchaj ja cię nie zostawię (...), wiem że cierpisz ale nadzieja jest zawsze, musimy tylko razem powalczyć. To może być trudna walka, ale warto ją podjąć. Razem będzie łatwiej i uda się na pewno”. Najgorsza jest dla pacjentów samotność i brak zaufania”³³. Taka jest perspektywa pacjenta chorego, cierpiącego, umierającego, to są jego oczekiwania, a szczególnie potrzeba obecności, porady specjalisty, i chociaż iskierek nadziei.

Czy lekarz w naszych realiach służby zdrowia jest w stanie mu to dać? Czy ma czas aby się zatrzymać nad chorym, porozmawiać, uśmiechnąć, natchnąć otuchą. Przede wszystkim sam musi być szczęśliwy w swojej pracy, znać ważność swojego działania, musi mieć odpowiednie warunki pracy i czas dla pacjenta. Nie może pracować, a to jest niemal norma w naszych szpitalach, jak na wojennym froncie, w pośpiechu, zawalony tonami papierów do wypełniania, z normami 10 minut dla pacjenta, pozbawiony zaufania, zagoniony, przemęczony, to są przecież nieludzkie warunki. Do tego dochodzą jeszcze problemy z brakiem kadry lekarskiej, co jest związane m. in. z wyjazdami lekarzy za granicę.

Z własnego doświadczenia wiem jak trudno jest w warunkach szpitalnych w zwykłych godzinach pracy znaleźć czas dla pacjenta, tak aby dokładnie wyjaśnić jego problem, rozwiać jego obawy, czy wątpliwości, dać szczegółowe zalecenia. Wszystko odbywa się w pośpiechu, gdyż biurokracja jest nieubłagana, czasochłonna i coraz bardziej szczegółowa. Są to jednak ważne dokumenty, których lekarz dla własnej ochrony nie może zaniedbać. Wyjątkiem od tej niemal reguły jest dla mnie całodobowy dyżur lekarski, który przy spokojnym przebiegu pozwala mi na dłuższą

30 30 Por. E. J. TAYLOR, Co powiedzieć?, Jak rozmawiać z chorymi o duchowości, Kraków 2008, s. 15.

31 tamże, s. 16

32 E. KLEINDIENST, Opieka paliatywna jako alternatywa dla eutanazji, w: P. MORCINIEC (red.), Eutanazja w dyskusji, s. 160.

33 A. DYMNA, „Ślicznie pani w niebieskim”, Czy lekarz może odmówić pacjentowi pomocy? Z perspektywy pacjenta, „Medycyna Praktyczna”, 2008, nr 9, s. 163.

rozmowę z pacjentem podczas obchodów, wysłuchania go i udzielenia rady według swojej wiedzy. Wracając do Anny Dymnej, aktorka tak konkluduje swoją ocenę: „Trzeba zrobić wszystko, aby atmosfera i warunki leczenia stały się bardziej ludzkie (...). Pacjent potrzebuje kontaktu, ciepła, nadziei i zaufania, a lekarz musi mieć czas i takie warunki pracy, by mógł mu to dać i mieć możliwość zaprzyjaźnić się z człowiekiem, któremu pomaga”.³⁴

Jest to też apel do polityków i decydentów służby zdrowia aby ekonomiczne podejście nie przedkładano nad jej wymiarem humanistycznym i było realizowane rzeczywiście dobro pacjenta.

Wracając do istoty opieki paliatywnej chciałbym przytoczyć krótkie świadectwo kobiety, matki, która przeżyła chorobę nowotworową i śmierć 22-letniego syna, tak to opisuje: „Najważniejszą rzeczą, jaką możemy ofiarować chorej osobie, jest nasza obecność. Usiąść przy łóżku, wziąć chorego za rękę, wysłuchać go lub wspólnie pomilczeć. To bardzo ważne i pomocne gesty. Wymagają od nas tylko jednej, ale jakże rzadkiej cnoty – cierpliwości. Znajdziemy ją w sobie, pod warunkiem, że przy łóżku chorego zapomnimy o naszym gniewie, poczuciu winy, o naszym strachu przed śmiercią, o zwykłych codziennych sprawach. Dzięki temu będziemy mogli się skupić na tym co naprawdę ważną umierającym człowieku.

A kiedy w końcu odejdziesz nie będziemy niczego żałować”.³⁵

Jan Paweł II przy okazjach spotkań z chorymi i służbą zdrowia, często apelował o rozwój opieki paliatywnej w strukturach nie tylko społeczeństwa ale i Kościoła- w diecezjach i parafiach, w tym rozwijanie opieki domowej. **„Trzeba wychowywać każdą wspólnotę diecezjalną i parafialną, aby umiała opiekować się swoimi starcami, leczyć i nawiedzać swoich chorych w domach i instytucjach służby zdrowia, na miarę potrzeb. Takie kształto-**

wanie świadomości w rodzinach i szpitalach z pewnością przyczyni się do szerszego stosowania terapii paliatywnej u osób ciężko chorych i umierających, która pozwoli na złagodzenie ich cierpień, a zarazem na zapewnienie im pociechy duchowej przez gorliwą i troskliwą opiekę. Należy tworzyć nowe dzieła, aby zadbać o samotnych ludzi starszych, którzy nie są już samowystarczalni, ale nade wszystko trzeba rozbudować struktury wspomagające ekonomicznie i moralnie opiekę domową: rodziny bowiem, które decydują się pozostawić w domu osobę poważnie chorą, czynią to nie raz za cenę ogromnych wyrzeczeń”.³⁶

Ten apel błogostawionego Jana Pawła II, sądzę że jest realizowany w strukturach naszego społeczeństwa.

Według danych z 2005 r. Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej, a badanie pt. „Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011 r.” klasyfikuje Polskę w grupie IVb, tj. kraju o najwyższym poziomie opieki

36 JAN PAWEŁ II, Godność człowieka umierającego, Z przemówienia do uczestników zgromadzenia ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita”, 27.02.1999, „Gazeta Lekarska” wyd. spec. (005), s. 5

paliatywnej na świecie. Z ostatnich raportów wynika, że nadal niewystarczająca jest liczba specjalistów z medycyny paliatywnej. Innym bardzo ważnym problemem jest niewystarczające finansowanie, wycena procedur specjalistycznych, a także zbyt późne kierowanie pacjentów do opieki paliatywnej.³⁷

Należy także pamiętać, że opieka paliatywna nie dotyczy tylko chorych w okresie umierania i niemających znikąd opieki lecz że są to wielodyscyplinarne, zespołowe ośrodki leczenia objawowego oraz miejsca wsparcia dla pacjentów i ich rodzin, niezbędnego na każdym etapie postępującej i nieuleczalnej choroby. Warto dodać, że wsparcie rodzin rozciąga się również na okres żałoby.

Pomimo wielu problemów natury ekonomicznej czy administracyjnej, co jakiś czas otwierane są nowe placówki hospicjów, m.in. w ramach „Caritasu”, przy poszczególnych diecezjach, również coraz bardziej rozwijają się hospicja domowe i pomoc wolontariatu.

Krzysztof CHABROS

specjalista chorób wewnętrznych,
diabetolog
st. specjalista CWKL w Warszawie

37 A. Ciałkowska-Rysz, Medycyna paliatywna – potrzebna jest zmiana stereotypów, „Gazeta Lekarska” nr 6/2013, s. 30

Komentarz

Autor w swoim artykule podjął ważną problematykę opieki paliatywnej, zwracając szczególną uwagę na godność człowieka umierającego. To właśnie utrata godności, ból egzystencjonalny, a nie fizyczny są największym dramatem człowieka w obliczu nieuleczalnej choroby i nieuchronnej śmierci.

Należy podkreślić, że celem medycyny paliatywnej jest afirmacja życia, w każdej jego chwili, jako wartości nadrzędnej. Przyjęcie takiego wyzwania, co Autor słusznie zauważył, wymaga wielkiego zaangażowania interdyscyplinarnego zespołu pracującego w hospicjum domowym czy stacjonarnym. Tak pojęta medycyna paliatywna jest rzeczywistą alternatywą dla eutanazji.

Publikacja w sposób wyczerpujący opisuje rozwój medycyny paliatywnej. Bolączką polskiej medycyny paliatywnej jest zbyt mała ilość miejsc specjalizacyjnych w ośrodkach akredytowanych w stosunku do ilości osób chcących podjąć kształcenie w tej dziedzinie medycyny.

Nie mniej ważnym podstawowym problemem polskiej medycyny paliatywnej jest skrajne niedofinansowanie świadczeń. Tylko dzięki ogromnemu zaangażowaniu ludzi z pasją, organizacji pożytku publicznego, organizacji kościelnych, wolontariuszy, sponsorów opieka nad pacjentem terminalnie chorym dość dobrze funkcjonuje. Pragnę podkreślić, że często naturalnymi ambasadorami opieki paliatywnej w swoim miejscu zamieszkania są rodziny osób, które korzystały z opieki hospicyjnej, zmieniając pozytywnie wizerunek hospicjów.

Barbara KOŁAKOWSKA

Kierownik Zakładu Zespołu NZOZ Caritas Archidiecezji Warszawskiej
specjalista anestezjolog
specjalista medycyny paliatywnej

34 Tamże, s. 164.

35 B. KANIŃ, Trzymając śmierć za rękę, Kraków 2008, s. 117-118.

W drodze do Wojskowej Akademii Medycznej

(Fragment książki „Chorzy i lekarze w moim życiu”, której 1-sza część ukazała się nakładem Wydawnictwa „Poligraf”)

Wiejsko-miejski okres mojego życia zakończył się egzaminem maturalnym. Tak dla moich Rodziców jak i dla mnie, nie było alternatywy. Chciałem i trzeba było iść na studia, zwłaszcza że młodsze o 12 lat bliźniaki, były już odchowane. Mogły to być oczywiście studia gdzie ubiorą, dadzą jeść, zapewnią książki. Musiała to być więc uczelnia wojskowa. Po pewnych proceduralnych zawirowaniach, o których opowiadam w wydanej książce, zdecydowałem się na studia medyczne w Fakultecie Wojskowo-Medycznym w Łodzi. Był to rok 1955.

Chętnych było kilkakrotnie więcej niż miejsc. Egzamin był więc konkursowy. Wyniki podawano na zbiórce wszystkich kandydatów. Przedstawiciel uczelni czytał nazwisko i po dramatycznym zawieszeniu głosu mówił „tak” lub „nie”. Napięcie rosło ponad wytrzymałość oczekujących. W przejmującej ciszy po wymienieniu nazwiska, jego posiadacz bywało zamiast „jestem” wyrzucał z siebie nabrzmiałym, wibrującym głosem upragnione „tak”. Po czym padało decydujące słowo z ust prowadzącego i często było to „nie”. Ci którzy zostali przyjęci, szczęśliwi wracali do domów, by po miesiącu stawić się, aby rozpocząć wojskową i medyczną część życia.

Zaczęło się na placu koszarowym strzyżeniem głów na pałę, grupową kąpielą, a następnie przydzieleniem sortów mundurowych.

– Panie sierżancie czapka za mała, nieśmiało reklamował adept na lekarza wojskowego.

– Czapka dobra, łeb za duży, następny!! – padała odpowiedź i podobnie było z resztą umundurowania.

W kolejnych dniach następowało stopniowe, dopasowywanie i wymiana między sobą przydzielonych

części garderoby i tak ten co miał łeb za mały, wymienił się czapką z tym co miał wodogłowie. Rozpoczęły się ćwiczenia wojskowe. Musztra, wiadomości teoretyczne i ich wcielanie w życie. Przede wszystkim jednak musztra: musztra w miejscu, musztra w marszu, z bronią i bez broni, po wielokroć musztra; przeplatana nauką grupowego śpiewu marszowych, budujących socjalistyczną świadomość, piosenek.

Wszystko robiono w pośpiechu i na rozkaz. Indywidualne poruszanie się po terenie zakwaterowania możliwe było biegiem, albo krokiem defiladowym, a w przypadku czynności wymagającej umiejscowienia się delikwenta, pozostawał tak zwany bieg w miejscu. Na stołówkę obowiązywał marsz plutonami i śpiew od pierwszego kroku. Do środka wpuszczano w zależności od udanego marszu i śpiewu.

Po ustawieniu się wzdłuż stołów padała komenda „baczość!, spocznij!, siad!, wolno nalewać!”, a po krótkiej chwili „kończyć jedzenie!, wstać!, wychodzić!, zbiórka przed stołówką!”. Zdarzyło się raz, że na poligon w Łagiewnikach gdzie odbywały się ćwiczenia nie zabrano sztuczków. Przez 3 dni, mimo ich braku, nie zmieniło to programu dnia- w tym żywienia. Takie same były procedury i komendy. Tak więc po „siad!”, „wolno nalewać!”, po chwili padało „wstać!”, „wychodzić!”. To co się zdążyło wypić z miski, to co się dało chwycić rękami to było Twoje. Ci co mieli scyzoryki porobili sobie łopatki z drzewa i radzili sobie nieźle. Po wyjściu ze stołówki rozlegała się komenda „Pluton baczość!, w czwórki!, w prawo zwrot!, od pierwszego kroku śpiew!”. „Pluton!!, na wprost!, krokiem marsz!! Marsz i śpiewanie trwały tak długo,

aż prowadzący uznał je za dostatecznie zadowolające. Śpiewaliśmy „Razprahajcie chłopczy koni, ta lahajcie spoczywać” i podobne w bratnim języku, była pieśń o marszałku Rokossowskim, a także „Nasz okręt mknie po srebrnej fali”, „Oka”, „Miliony rąk” itp. Doskonalenie marszu i śpiewania odbywało się kilka razy dziennie, obowiązkowo przed i po posiłkach, a ostatnie po apelu wieczornym trwające do zasłużenia, jakością marszu i śpiewu, na nocny odpoczynek. W ciemnościach marszerujący decydowali się na piosenki poza repertuarowe mówiące np. o tym jak Kasia wyganiała wołki, a potem zapraszała Jasia do piwnicy na piwko, przerywane krzykiem sierżanta. „Dość! Pluton stój! Baczość!, spocznij!. Następowała reprimenda. - Czyście słyszeli, żeby żołnierze Żwiązku Radzieckiego takie sprośne piosenki śpiewali. Teraz śpiwata piwka, a potem zaśpiewata dupy dam. Zaśpiewajta „Rascwietali jabłoni i gruszy”. Pluton baczość! Od pierwszego kroku śpiew. Pluton!!. Na wprost marsz!! „Wychadziła na bierog Katusza...” rozlegało się jeszcze jakiś czas w ciemności, aż do oczekiwanego „dość!!, pluton stój! Baczość!!”. Do miejsca zakwaterowania rozejść się!!”. Rozejść się trzeba było natychmiast, z tupotem i jak pouczał sierżant tak „jakby piorun strzelił”. W przeciwnym razie osadzał w miejscu krzyk sierżanta. Pluton stój!. Na poprzednim miejscu!, w dwuszeregu!, zbiórka!! Pluton baczość! Pluton rozejść się! I tak kilka razy, aż piorun by się nie powstydział. Następowała ci-sza nocna. Można było śnić o medycynie i buławie marszałkowskiej, chyba, że zaczynało padać. Wtedy trzeba było spodziewać się alarmu i wymarszu w teren z pełnym wyposażeniem, to znaczy ze wszystkim

Wspomnienia WAM-owca

co Ojczyzna dała. Marsz był długi, nieraz do rana. Podtrzymywaliśmy siły tasiemcem piosenkarskim. Chociaż treści mogły się też miejscami nie podobać sierżantowi, ale sytuacja i to że śpiewano w bratnim języku, powodowało, że nie przerywał. Zapiewają /solista/ śpiewał- „Poszła Dunia do piwnicy, a za niej porucznicy, a my na to- „Hej wy palia, zilonyje palia, krasna kawaleria sadzitsa na kania, ha, ha, ha...” „Poszła Dunia w pomidory, a za niej wsie majory”, a reszta - „Hej wy palia, zilonyje palia, krasna kawaleria sadzitsa na kania, ha, ha, ha...” Zapiewają- „Raspustila Dunia kosy, a za niej wsie matrosy”, a my to samo- „Hej wy palia, zilonyje palia...”

Dunia była bardzo aktywna i wykonywała różne czynności. Zapiewają miał tu nieskończone wręcz pole do popisu, tylko my niezmiennie zawodziliśmy to samo, że pola są zielone, kawaleria czerwona i dosiada koni. Przemoknięci, z coraz cięższymi plecakami, potykaliśmy się w kałużach i coraz słabiej reagowaliśmy na to co robi Dunia. Końcowe „ha, ha, ha” było coraz cichsze, aż zanikło zupełnie. Człapaliśmy umęczeni, ślizgając się po wertepach uczepteni myśli, żeby to już wreszcie się skończyło. Takie intensywne szkolenie wojskowe powtarzało się po zakończeniu kolejnego roku akademickiego, trwało miesiąc, w warunkach poligonowych, pod namiotami. Później był urlop miesięczny oczekiwany z utęsknieniem przez rodziców obciążonych nadmiernie pracami polowymi, a następnie miesiąc szkolenia z przedmiotów wojskowych.

Przejście na uczelnię i z powrotem było też okazją do ćwiczenia marszu, i śpiewu. Zbiórki, marsze, ćwiczenia z bronią i bez, były codziennością. Alarmy nocne nieco rzadziej. Zakwaterowani byliśmy w dawnych koszarach carskich, w salach na kilkadziesiąt osób. Sale ogrzewane były przez dwa piece, nazywane Wezuwiuszami, bo od czasu do czasu wybuchały. Obsłu-

giwane były przez wyznaczonych spośród nas palaczy. Kilkadziesiąt łózek w rzędzie, koce poskładane, prześcieradła złożone, ręczniki, poduszki, wszystko w jednej linii, pod sznurek. Przed łózkami taborety, na nich złożone w kostkę mundury, wszystko w jednej linii.

Drzemka poobiednia na rozkaz, często przerywana alarmem i sprawdzaniem porządku, i obecności. „Alaarm!!! Na korytarzu biegiem zbiórka!! Za wolno! Do łózek rozejść się!! Pluton powstań!! Na korytarzu biegiem zbiórka!!” i tak dowolną ilość razy.

Były też inne atrakcje. - Pluton!! W pełnym wyposażeniu, na korytarzu zbiórka!! Maski wyjm! Maski włoż! Od pierwszego kroku!!, śpiew! Pluton!!, w miejscu marsz!! To był dopiero muzyczny majstersztyk. „Dość! Pluton stój! Bacność!! Maski zdejm! Do łózek biegiem marsz!! Za wolno! Pluton!, na poprzednim miejscu zbiórka!! Maski włoż! Do łózek biegiem marsz! Reszta drzemki poobiedniej w maskach.

Czy byliśmy załamani? Pewnie tak, ale nikt tego nie okazywał. Były tragiko- komiczne próby ominięcia dokuczliwych poleceń. Przykładowo jeden z kolegów na czas drzemki poobiedniej w masce położył się odwrotnie, ze stopami z nałożoną maską na poduszce. Nie uszło to uwadze kontrolującego i była afera. Za przewinienia były kary, był też areszt nawet do 14 dni. Mógł być areszt zwykły, kiedy to można było zabrać ze sobą książkę, albo ścisły o zaostrożnym rygorze.

Trzeba przyznać, że nie zawsze przewinienie kończyło się aresztem. Dowódcy przeprowadzali również rozmowy wychowawcze, udzielali pouczeń, odraczali lub zawieszali karę. Ilustracją powyższego niech będzie wpadka z nieregulaminowym ubiorem. W zimie, na zaprawę poranną, którą odbywało się w koszulach, kolega i ja, pod koszule włożyliśmy swetry. Przyłapani przez dowódcę plutonu zostaliśmy

wezвани, co było oczywiste, do ukarania.

Weszliśmy i zameldowaliśmy się regulaminowo; tacy, a tacy meldują się do ukarania. Przełożony popatrzał na nas przenikliwie i ku naszemu zdumieniu powiedział łagodnym głosem „siadajcie”, i sam przysiadł delikatnie na krześle. Patrząc na nas badawczo i jednocześnie z wielką troską, zawiesił głos na dłuższą chwilę potęgując w nas poczucie niepokoju, oczekiwania, i winy. Zwracając się do kolegi zapytał dramatycznym, lecz cichym głosem- „Wyście podchorąży przysięgaliście Ojczyźnie? Tak jest obywatelu poruczniku, z głębokim przekonaniem potwierdził kolega, zrywając się z miejsca i stając na bacność. „Siadajcie” powiedział łagodnie i dobrotliwie przełożony. Po tej wymianie słów nastąpiła znowu przejmująca chwila ciszy. Po czym, zwracając się do mnie- „ A wyście podchorąży przysięgaliście Ojczyźnie? Tak jest obywatelu poruczniku, odpowiedziałem nie mniej zdecydowanie, zaczynając może nieco wolniej od kolegi, procedurę unoszenia się z krzesła. Jeszcze nie zdążyłem przyjąć postawy zasadniczej, gdy padło łagodne „siadajcie”.

Porucznik patrzył na nas z rozterką w oczach i wyraźnie ważył w sobie różne koncepcje postępowania z podpadniętymi. Po pewnym czasie zauważyliśmy, że twarz przełożonego powoli zaczyna zmieniać barwę i nagle sprawy potoczyły się dramatycznie. Przełożony zerwał się z krzesła. My zerwaliśmy się prawie jednocześnie ze swoich. Twarz porucznika napełniła się krwią, płuca powietrzem.

-I w cwetrach chodźcie kurwa wasza mac”?! wyrzucił gwałtownie, tłumione w sobie emocje. Postąpił krok do przodu, uniósł się na palcach przybliżając swoją nabrzmiałą twarz, wyrażającą pytanie i bezgraniczne zdumienie nad naszą niegodziwością. Nastąpiła cisza, dzwoniąca dramatyzmem,

narastająca do punktu kulminacyjnego, w którym mógł tylko nastąpić koniec świata. Staliśmy wyprężeni, do cna przemienieni w skruchę z powodu naszego, tak niecnego czynu. Stopniowo jednak napięcie i wszystko inne zaczynało opadać. Porucznik opadł na pięty, po czym opadł na krzesło i po chwili padło ciche „siadajcie”, i my nerwowo wyczerpani opadliśmy na nasze siedzenia.

Nastąpiło teraz normalne puczenie i zakończenie rozmowy. „Jeżeli jeszcze kiedykolwiek się to powtórzy, to kurwa tak wam dopierdołę, że rodzona matka was nie pozna! Odmaszerować!” A w ogóle, przełożonych wówczas dzielono, że użyję obecnie obowiązującej nazwy, na gejów i przeciwników tej orientacji seksualnej.

Ci pierwsi wygłaszając ostrą reprymendę temu, który coś przeszkobał grozili, albo może obiecywali- „ja się wam podchorąży kiedyś do dupy dobiore”, ci drudzy odwrotnie, zapewniali- „ja się z wami podchorąży pierdolił nie będę”. Tak czy owak podchorąży miał przechlapanie i nie tylko w sprawie seksu.

Dowódcy wojskowi niższych szczebli, którzy oficerami zostali wyłącznie z powodu szczyrych chęci, a nie wykształcenia, nie darzyli sympatią byłych maturzystów, przyszłych oficerów- lekarzy. Nie ułatwiali nam studiowania, często stosując areszt w wymiarze maksymalnym, a nawet zwiększając go przez „pożyczenie” uprawnienia do karania od wyższych przełożonych.

Stwarzało to pewne perturbacje, aby nie wypaść z toku studiów, które odbywały się na cywilnej uczelni; zwłaszcza ćwiczenia trudno było odrobić. Takie zaniedbania wynikające z naszego żołnierskiego losu były znane asystentom, kierownikom i profesorom. Czynili oni wiele ustępstw na naszą korzyść, tak aby umożliwić nadrobienie stąd wynikających zaległości. Niestety nie zawsze było to możliwe i wielu z nas odpadło, szczególnie na pierwszym

roku, kiedy to oblanie egzaminu równało się wydaleniu. Warunki były na tyle ciężkie i upodlające, że niektórzy koledzy sami rezygnowali i w tym celu oblewali egzaminy, aby wydostać się do cywila. Odejdźcie na prośbę nie wchodziło w grę. Stało się to na tyle częste, że władze wojskowe zmieniły postępowanie i oblewających nie zwalniali do cywila, lecz odsyłały do służby czynnej celem odsłużenia, i rekompensaty za darmowy wikt, i opierunek. Podobnie kończyło się dla rekordzistów w odsiadaniu aresztu. Z powodu zawałonych wielu ćwiczeń, nie do odrobienia, odpadali ze studiów i trafiali również do jednostki wojskowej celem odbycia służby czynnej. Ja, jeżeli chodzi o areszt, to tylko się o niego otarłem. Wracam spóźniony z przepustki. „Mieszkamy” na drugim piętrze w starym budynku. Wbiegam na schody i osadza mnie w miejscu głos meldującego kolegi o pełnym stanie kursu, o ciszy nocnej, i głos kontrolującego- „ano zobaczymy”. Co robić? Patrę w dół, ciemne schody do piwnicy, zbiegam uderzając się przy tym w czoło, rozbiegam się do spodenek, zawijam rękawy koszuli, mundur wciskam do niszy w załomie muru, robię szybkie pompki 10, 15, może więcej. Nie, nie więcej, bo po tych i zdenerwowaniu ledwo dyszę. Ziając wbiegam po schodach na drugie piętro i staję jak „wryty”, przed „wytrzeszczonym” kontrolującym. -Obywatelu kapitanie podchorąży, taki, a taki, podczas treningu kondycyjnego! Nie miałem zegarka!

-No i bardzo dobrze podchorąży, że ćwiczycie, tylko zaczynajcie wcześniej, bo już dawno obowiązuje cisza nocna. Marsz na salę, tylko bez hałasu. Kondycję potwierdziłem przy okazji zawodów WCWMed. w biegu na 3 czy 4 kilometry. Zdobyłem 3. miejsce, co przy braku treningu było dobrym wynikiem. Uległem dwóm kolegom ćwiczącym w klubach sportowych: jeden bieganie, drugi pływanie.

Innym razem wracam, też spóźniony z przepustki. Było to na ul. Źródłowej, w nowym, „akademickim” miejscu zakwaterowania. Przebiegam przez plac, z sąsiedniego budynku wygląda oficer dyżurny i woła mnie. Udaję, że nie słyszę sądząc, że z takiej odległości mnie nie rozpozna. Wbiegam do mojego bloku, mijam dyżurującego kolegę, zmierzam na górę, gdy zatrzymuje mnie dźwięk telefonu. Kolega melduje się i słyszę „tak jest!”, „tak jest!”. -Oficer cię zauważył, mówi kolega, nic nie mogę zrobić, musisz się u niego meldować, tylko nie polemizuj, nie tłumacz, zgadzaj się ze wszystkim. Sprawa stracona. Idę jak na zarznięcie. Melduję się przepisowo. -Spóźniłście się z przepustki, stwierdza odkrywczokapitan. - Tak jest!, obywatelu kapitanie. - Jesteście nie regulaminowo ubrani! -Tak jest! -Będziecie ukarani! -Tak jest! Co wy ciągle potakujecie?, za durnia mnie uważacie?! -Tak jest!, obywatelu kapitanie. -5 dni aresztu ścisłego!! -Tak jest! -Zameldować szefowi kursu. -Tak jest! -Odmaszerować! -Tak jest! Melduję szefowi kursu, u którego miałem fuchę pomocnika, coś tam zapisywałem, liczyłem gacie itp. Zatraskany zapisuje mnie na kolejkę. Areszt na szczęście przepełniony, na mnie wypadnie może za miesiąc, a jak się odwlecze to mam szansę załapać się na amnestię z okazji Święta LWP. Miałem dobrego szefa, miałem szczęście, załapałem się.

Szczególnie wyrzył się w mojej pamięci kapitan, Zastępca Kursu d/s Politycznych. Jeździł na motorze i wpadał w nieoczekiwanej porze dnia i nocy w stanie wskazującym na spożycie. Mając jakieś zastrzeżenia do dyscypliny grupy czy pojedynczego sprawcy, ogłaszał zbiórkę całości na placu alarmowym. Stawał rozkraczony przed frontem z przekrwionymi gałkami ocznymi, chrapliwym głosem, po uprzednim „zagięciu skrzydeł kursu”, wytykał jakieś nieposłuszeństwo przypominając

znane nam już przykazanie „ jak wół pierdzi to obora słucha”. Potem nakładał jakieś sankcje typu: zakaz opuszczania koszar, dodatkowe sprzątanie, musztrę, areszt itp. Wychowawcze misterium kończył przysłowiem „Jak Kuba Bogu tak Bóg Kubie”. Padała komenda: Kurs odgiąć skrzydła! Do zajęć- a jak była noc to- do łóżek- rozejść się!. Ryk motoru przełożonego, odjeżdżającego z piskiem opony i paleniem gumy potwierdzał ważność wydanych oświadczeń i dyspozycji. Wskazywał też na wysoki autory-

tet i pozycję Zastępcy Dowódcy Kursu d/s Politycznych. Swoją drogą powoływanie się na Boga i Kubę w ustach „politruka” brzmiało zastanawiająco, tak jak i w ustach duchownego, o czym wspominam przy okazji innych zwierzeń.

Na znak protestu przeciw urągającym warunkom bytowym, szkanowaniu, deptaniu godności osobistej cały nasz rocznik przeprowadził głodówkę. Było to wydarzenie w powojennym Ludowym Wojsku Polskim chyba jedyne tego rodzaju i to w czasach, gdy Infor-

macja Wojskowa działała aktywnie i nieskrępowanie.

W wyniku protestu warunki bytowe uległy pewnej poprawie i w niedługi czas potem otrzymaliśmy pierwsze stopnie oficerskie. „Pierdzący wół” ustąpił przed zdesperowaną „oborą”.

Ukończenie powołanej do życia 1.07.1958 roku Wojskowej Akademii Medycznej i zdobycie tytułu lekarza medycyny stało się bardzo realne.

płk rez. dr med.

Władysław AMIELAŃCZYK

Ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej dla członków Wojskowej Izby Lekarskiej

Poczawszy od lipca 2013 roku lekarze zrzeszeni w Wojskowej Izbie Lekarskiej będą mogli kupić obowiązkowe ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej jak i ubezpieczyć dom czy samochód korzystając z Serwisu Internetowego www.gsmed.pl

Serwis ten powstał z myślą o środowisku lekarskim. Wychodząc naprzeciw potrzebom lekarzy i lekarzy dentyistów Wojskowa Izba Lekarska zleciła konsorcjum firm brokerskich Gras Savoye – Tamal porównanie ofert ubezpieczonych dostępnych na rynku i wynegocjowanie najkorzystniejszego rozwiązania ubezpieczeniowego dla członków Izby. W wyniku tych działań zostało podpisane porozumienie z PZU SA – najbardziej doświadczoną, a zarazem największą firmą ubezpieczeniową, zarówno pod względem wielkości obrotów, liczby klientów, sieci placówek, jak i liczby zatrudnionych oraz współpracujących agentów. Oferta PZU została udostępniona na portalu www.gsmed.pl, gdzie każdy lekarz zrzeszony w Wojskowej Izbie Lekarskiej ma możliwość samodzielnego obliczenia składki, porównania warunków ochrony i zakupu ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej przez Internet. Ubezpieczenie to jest dla lekarzy obowiązkowe i zapewnia ochronę ubezpieczeniową w przypadku popełnienia błędu w wykonywaniu czynności zawodowych lekarza. Jako uzupełnienie obowiązkowego OC, dostępne jest również ubezpieczenie dobrowolne, które zapewnia ochronę ubezpieczeniową z tytułu Odpowiedzialności Cywilnej za szkody wyrządzone przez lekarza w zakresie nieobjętym obowiązkowym

ubezpieczeniem OC oraz ubezpieczenie nadwyżkowe, umożliwiające podwyższenie sumy gwarancyjnej o 500 000 zł, co łącznie z sumą gwarancyjną z ubezpieczenia obowiązkowego daje lekarzowi wysoki limit odszkodowawczy na zdarzenie 800 000 zł.

Wynegocjowana w PZU S.A. składka roczna dla Lekarza za obowiązkowe ubezpieczenie Odpowiedzialności Cywilnej lekarzy posiadających tytuł doktora nauk medycznych lub tytuł specjalisty prezentuje tabela poniżej:

Specjalizacja	Składka roczna
anestezjologia i intensywna terapia, chirurgia, neurochirurgia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, położnictwo i ginekologia, urologia, medycyna ratunkowa, neonatologia	763 zł
medycyna sportowa, ortodoncja, periodontologia, protetyka stomatologiczna, radioterapia onkologiczna, stomatologia	327 zł
Pozostałe specjalności	164 zł

Składka roczna z tytułu zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarza, który nie posiada specjalizacji wynosi 182 zł.

W ramach OC obowiązkowego (bez konieczności zapłaty dodatkowej składki) PZU zapewnia ochronę

prawną w zakresie pokrycia kosztów obrony w postępowaniu karnym i kosztów zastępstwa prawnego w postępowaniu cywilnym, a także zwraca koszty postępowania przedsądowego, postępowania cywilnego, w tym mediacji lub postępowania pojednawczego, prowadzonego w związku ze zgłoszonymi przez poszkodowanego roszczeniami odszkodowawczymi, oraz koszty opinii biegłych i rzeczoznawców.

Serwis ubezpieczeniowy www.gsmed.pl, oprócz ubezpieczeń Odpowiedzialności Cywilnej zawodowej lekarzy, oferuje także szeroką gamę innych ubezpieczeń, takich jak ubezpieczenie domu, mieszkania, samochodu, ubezpieczenie zwierząt domowych, NNW oraz ubezpieczenie utraty dochodów lekarza na skutek wypadku lub choroby. Warto zwrócić uwagę, że ostatnie wymienione ubezpieczenie gwarantuje wypłatę lekarzowi stałego miesięcznego świadczenia w wysokości do 65 % aktualnych przychodów netto w przypadku trwałej lub czasowej niezdolności do wykonywania zawodu lekarza, przez okres nawet do 3 lat. W serwisie dostępne są oferty różnych ubezpieczycieli, takich jak: PZU, Warta, Hestia, INTER Polska, Generali, Compensa, Europa, Gothaer, ACE, InterRisk, Lloyd's.

Wszystkie ubezpieczenia dostępne na portalu zostały wynegocjowane przez konsorcjum brokerskie Gras Savoye – Tamal dla grupy zawodowej lekarzy. Niewątpliwą zaletą portalu www.gsmed.pl jest forma prezentacji ofert ubezpieczeniowych na niej zawartych. Ubezpieczenia prezentowane są w formie zestawień porównawczych warunków i składek, co daje możliwość nie tylko porównania ofert ubezpieczycieli, ale również znalezienia ubezpieczenia dopasowanego do indywidualnych potrzeb. W celu przedstawienia tylko najkorzystniejszych produktów – w serwisie znalazły się tylko najlepsze oferty z rynku, co odróżnia serwis www.gsmed.pl od innych porównywarek ubezpieczeniowych dostępnych w Internecie.

Dzięki przejrzystości i czytelności serwisu zawarcie ubezpieczenia nie zajmuje więcej niż kilka minut. Należy wybrać ofertę, podać dane niezbędne do zawarcia ubezpieczenia, a system automatycznie wyliczy składkę. Po wypełnieniu formularza proponowane są dwie formy płatności – przelew tradycyjny bądź szybka i wygodna płatność internetowa.

Po ponownym zalogowaniu się do serwisu użytkownik, będący członkiem Wojskowej Izby Lekarskiej uzyska dostęp do swojego osobistego konta, na którym znajdzie dokumenty dotyczące wszystkich zakupionych ubezpieczeń, informację o terminach opłacenia składek, daty odnowienia zawartych polis. Wszystkie niezbędne dokumenty są wysyłane niezwłocznie po zakupieniu ubezpieczenia na wskazany w trakcie rejestracji adres mailowy.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom adresatów portalu mamy w planach udostępnić w serwisie

www.gsmed.pl tzw. "Bazy Wiedzy", w której umieszczone będą artykuły o ryzyku zawodowym, akty prawne, formularze i instrukcje potrzebne w praktyce lekarskiej.

Dodatkowo serwis www.gsmed.pl udostępnia lekarzom możliwość bezpośredniego kontaktu z wyspecjalizowanym Konsultantem. Wystarczy wybrać jedną z trzech form kontaktu: „umów się z doradcą”, „umów się na telefon” lub „kontakt mailowy”.

„Umów się z doradcą” umożliwia umówienie spotkania z Konsultantem w uzgodnionym terminie i miejscu. W przypadku, gdy lekarz preferuje kontakt osobisty – ta forma zakupu ubezpieczenia sprawdza się idealnie. Konsultant wypełni wraz z lekarzem wszystkie niezbędne dokumenty. Lekarz może opłacić składkę zarówno przelewem jak i gotówką.

„Umów się na telefon” pozwala uzyskać pomoc w przypadku jakichkolwiek pytań lub wątpliwości zarówno merytorycznych, jak i technicznych – do dyspozycji lekarzy uruchomiona została dedykowana Infolinia. Konsultanci służą pomocą w dni powszednie od godziny 9 do godziny 17. Lekarze mogą kontaktować się zarówno telefonicznie na numer 22 318 89 89 jak i mailowo info@gdirect.pl. Żadne pytanie nie pozostanie bez satysfakcjonującej lekarza odpowiedzi.

Poza Infolinią, do dyspozycji lekarzy pozostaje również Call Center. Pomoc konsultantów może okazać się niezbędna dla tych lekarzy, którzy nie mają czasu bądź ochoty na samodzielne zawarcie ubezpieczenia. W trakcie jednej rozmowy Konsultanci pomogą wybrać odpowiedni wariant ubezpieczenia, wypełnią wniosek i zawrą w imieniu lekarza ubezpieczenie. Lekarz otrzyma na wskazany adres e-mail wszelkie niezbędne dokumenty, a składkę może opłacić przelewem.

Portal www.gsmed.pl proponuje lekarzom zrzeszonym w Wojskowej Izbie Lekarskiej specjalnie dla nich wynegocjowane ubezpieczenia oferujące ponadstandardową relację ceny do jakości. Możliwość zawarcia ubezpieczenia przez Internet, telefon bądź bezpośrednio na spotkaniu z Konsultantem to maksymalne uproszczenie procesu zakupu ubezpieczenia, które oferuje www.gsmed.pl. Wszystko po to, aby członkowie Wojskowej Izby Lekarskiej otrzymali pełną ochronę ubezpieczeniową i płynącą z niej satysfakcję i poczucie bezpieczeństwa.

Profesjonalizm i kwalifikacje zawodowe są ważne w każdej branży, również w dziedzinie doradztwa ubezpieczeniowego. Będziemy dokładać wszelkich starań, aby członkowie WIL nie tylko mieli polisę, ale przede wszystkim mieli faktyczną ochronę ubezpieczeniową oraz najwyższej jakości obsługę – komentuje Alexander Konopka, Prezes Gras Savoye Polska, firmy dostarczającej rozwiązania ubezpieczeniowe dla lekarzy.

Genius loci – spotkanie w Poznaniu

Są takie miejsca (domy, ogrody, miejscowości, krajobrazy), w których obecność ich ducha opiekuńczego (*genius loci*) jest szczególnie wyczuwalna. Nie tylko cechy fizyczne, uroda, niezwykłość, ale i historia zakłeta w kamieniach i drzewach, teraźniejszość oraz kształtująca się przyszłość tworzą niepowtarzalną atmosferę. Poznań jest niewątpliwie takim miastem.

W tym roku Wielkopolska Izba Lekarska zorganizowała konferencję redaktorów biuletynów medycznych, dzięki czemu i my, przedstawiciele poszczególnych redakcji od 14 do 16 czerwca byliśmy pod wpływem *genius loci* starego, a jednocześnie dynamicznie rozwijającego się, grodu Przemysława.

Pierwsze popołudnie to zakwaterowanie w hotelu, wspólna kolacja i wyprawy w mniejszych lub większych grupkach na pobliski, tętniący nocnym życiem Rynek Poznański.

Drugi dzień upłynął bardzo intensywnie. Od śniadania do obiadu obradowaliśmy w hotelowej sali konferencyjnej. Wysłuchaliśmy dwóch bardzo interesujących wykładów: Jędrzeja Skrzypczaka, dr. hab. prawa prasowego, pracownika naukowego UAM na temat „Prawo prasowe w praktyce” oraz Andrzeja Piechockiego, dziennikarza i wykładowcy na wydziale dziennikarstwa UAM pt. „Papier swoje, Internet swoje”. Następnie

redaktorzy „Gazety Lekarskiej” przedstawili plany oraz stan aktualny tworzonego portalu GL. Na pendrive’ach otrzymaliśmy e-wydania ostatniego numeru GL, również w wersji tabletovej.

Wywiązała się ożywiona dyskusja na temat ewentualnej rezygnacji z papierowego wydawania naszych biuletynów na rzecz ich wersji elektronicznych (znacznie tańszych, poza tym na portalach internetowych szybciej można zamieszczać informacje). Redaktorzy z większości izb są zdania, że należy zostać przy wersji drukowanej, co nie wyklucza równoległego udostępniania wersji elektronicznych. Większość izb zresztą tak robi.

Poruszaliśmy również wiele innych tematów, na ogół wspólnych prawie wszystkim redakcjom izbowym, jak np. kwestie zamieszczania reklam, sygnałów zwrotnych od czytelników, jakości i tematyki publikowanych materiałów, itp.

Po obiedzie wyruszyliśmy na przygotowaną przez organizatorów wycieczkę na Ostrów Tumski, najstarszą część Poznania, gdzie 1000 lat temu znajdował się jeden z najważniejszych ośrodków tworzącego się państwa polskiego. Zwiedziliśmy najstarszą polską katedrę (Bazylikę Archikatedralną św. Piotra i św. Pawła), w której prawdopodobnie odbył się chrzest Mieszka I. Jest ona miejscem pochówku pierwszych władców i królów Polski,



Katedra w Poznaniu

członków wielkopolskiej linii Piastów: księcia Mieszka I, króla Bolesława I Chrobrego, króla Mieszka II, Kazimierza Odnowiciela, Władysława Odonica, Przemysła I, Bolesława Pobożnego, króla Przemysła II oraz biskupów, arcybiskupów i prymasów.

Obejrzelśmy też Rezerwat Archeologiczny – *Genius Loci*, nowoczesne i niezwykle muzeum, pokazujące konstrukcję starej warowni oraz inne relikty 1000-letniej historii tego miejsca, nie tylko w postaci wykopalisk, ale również hologramów oraz trójwymiarowego filmu. Podobno właśnie stąd, z Ostrowia Tumskiego, niegdysiejszej wyspy Ostrów, koło której (wg średniowiecznych kronikarzy) leżał gród Poznań wywodzi się *genius loci* miasta.

Ten pracowity i atrakcyjny dzień zakończyła kolacja w restauracji Browaria, gdzie dr Wiesława Klemens z Pomorskiej Izby Lekarskiej zadeklarowała zorganizowanie kolejnego spotkania redaktorów izbowych w przyszłym roku w Gdańsku.

Bardzo dziękuję organizatorom, Wielkopolskiej Izbie Lekarskiej, a szczególnie jej wiceprezesowi, **dr. Andrzejowi Baszkowskiemu**, wspaniale pełniącemu obowiązki gospodarza, za to spotkanie, które dostarczyło mi nie tylko nowej wiedzy, ale również niezapomnianych przeżyć estetycznych i duchowych oraz wiele radości ze spotkania ze znajomymi redaktorami z innych izb.

tekst i foto:

Ewa KAPUŚCIŃSKA
sekretarz redakcji „Skalpela”



XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie

LEXUS Cup 2013

Szczecin 30.05 – 2.06.2013 r.

W dniach od 30 maja do 2 czerwca 2013 roku na kortach Szczecińskiego Klubu Tenisowego odbyły się XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie. Organizatorem Mistrzostw była Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie we współpracy z Naczelną Izbą Lekarską i Polskim Stowarzyszeniem Tenisowym Lekarzy. Patronat nad turniejem objął Prezydent miasta Szczecin, sponsorem tytularnym była firma Lexus Polska.

Bogaty program sportowy, towarzyski oraz naukowy zapewnił uczestnikom turnieju dr Maciej Mrożewski – dyrektor turnieju. Pamiętamy, jakie wspaniałe turnieje tenisowe lekarze organizował kol. Mrożewski w m. Gryfino w latach 90 – tych ubiegłego stulecia. To dobrze, że po kilkunastu latach znów podjął się organizacji Mistrzostw Polski.

W Mistrzostwach uczestniczyło ponad 100 zawodników – lekarek i lekarzy z całej Polski oraz "Polonusów" z Niemiec. Przez cztery dni uczestnicy zawodów rywalizowali w grach pojedynczych, deblowych i mieszanych. W poszczególnych

kategoriach wiekowych do zdobycia było 36 pięknych pucharów za I i II miejsca. Najlepsi w 2013 tenisiści – lekarze za miejsca I – III otrzymali medale.

Podczas dwóch wieczornych spotkań towarzyskich był czas na długie rozmowy dobrych znajomych, którzy już od ponad dwudziestu lat spotykają się w święto Bożego Ciała, aby walczyć na korcie o najwyższe zaszczyty. W tym roku, co bardzo cieszy, dołączyła do nas spora grupa młodych lekarzy.

Prezes Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy dr n. med. Marcin Wroński wyróżnił dyplomami najlepszych zawodników w rankingu PSTL w 2012 roku. W trakcie Mistrzostw był również czas na zebranie naukowe, dotyczące urazowości w sporcie. Najlepiej serwujący lekarze mogli zdobyć ciekawe nagrody ufundowane przez firmę Lexus w mini turnieju „tenis na wesoło”, a w loterii wizytówkowej do wygrania był „tydzień z Lexusem”.

Pogoda nieco pokrzyżowała plany organizatorom i finały trzeba było rozegrać pod dachem. Mimo złej



Mistrz Polski Lekarzy 2013 w grze pojedynczej w kategorii +50, dr n. med. Marcin Wroński

pogody, XXIII Mistrzostwa Polski Lekarzy w Tenisie trzeba uznać za udane. **Szczegółowe wyniki mistrzostw wraz z drabinkami oraz galeria zdjęć znajdują się na stronie www.pstl.org**

Zgodnie z decyzją Zarządu Polskiego Stowarzyszenia Tenisowego Lekarzy w 2014 roku spotkamy się na kortach warszawskiej Legii, aby znów walczyć o tytuły Mistrza Polski Lekarzy.

dr n. med. **Marcin WROŃSKI**



Uczestnicy XXIII Mistrzostw Polski Lekarzy w Tenisie „Lexus Cup 2013”

11 Mistrzostwa Polski Lekarzy w Kolarstwie Szosowym Bychawa, 14-14 czerwiec 2013 r.

Wtym roku inaczej niż zwykle (w poprzednie lata wyjazd w Boże Ciało) szykowaliśmy się na zawody z 2 tygodniowym poślizgiem. Pogoda na szczęście dopisywała. Zima skończyła się a prognozy były „gorące”.

Teraz wiem dlaczego mistrzostwa są raz do roku – przez odległość jaką muszą odbyć niektórzy uczestnicy. 600 km robi swoje i trzeba zamiast dwa dni rozplanować z dojazdem cztery dni.

Piątek 14.06 to dzień rywalizacji na czas na dystansie 10 km. Początek o godzinie 18-tej. Pogoda super. Znosi się na to, że od wielu lat wiatr nie będzie tematem rozmów oraz przyczyną gorszych wyników. Ale..., no właśnie. Wystartowało kilku kolegów i o godzinie 18.05 zachmurzyło się i zaczęło wiać. A więc norma. Tradycji stało się zadość.

Do naszej grupy wiekowej dochodzi następny kolega dużo

młodszy, a że rozpiętość kategorii wynosi 10 lat więc jeszcze parę lat przyjdzie mi rywalizować z „młodzieżą”. Losuję nr 113. Dla mnie szczęśliwy. Jestem trzeci i zdobywam brązowy medal, czyli lepiej niż rok temu.

Sobota 15.06 planowany jest start wspólny nas godzinę 12.00. My czyli grupa D i najstarsza E jedziemy jedno okrążenie czyli ok 35 km. Godzina 10.00 zaczyna padać. Temperatura spada do 16 st. A miało być 26-28 st. Na szczęście przed startem przejaśniało, pogoda zaczęła się poprawiać i na start oczekiwaliśmy w przebijającym się przez chmury słończku. Piszę około 35 km ale jest to trasa bardzo wymagająca z trzema podjazdami, które czuje się w nogach. Tempo wyścigu waha się od 15 do 60 km/godz.

W tym roku niestety w młodszych grupach, a rywalizacja była bardzo zacięta, doszło do trzech kraks.

Na szczęście niegroźnych. Tylko rozległe otarcia kończyn i tułowia. W naszej grupie bez problemów, spokojnie i bez przepychanek na trasie.

Tym razem jestem piąty, co jest dobrym wynikiem i ogólnie w tym roku jestem usatysfakcjonowany.

Pomiar czasu elektroniczny. Obsługa imprez i organizacja jak zwykle sprawna i bez zastrzeżeń co jest zasługą kolegi Krzysztofa Matrasa i jego współpracowników. Spotkanie jak zwykle zakończyło się przy wcale nie skromnym poczęstunku oraz wręczeniu medali i dyplomów. Kto wyjeżdża niespełniony ma szansę na rewanż w roku 2014. Do zobaczenia. Znowu byłem jedynym z WIL za to wielkopolska izba liczyła 7 osób, zdobyła 10 medali prezentując się w ładnych strojach z logo swojej OIL.

Janusz PLESIEWICZ
e-mail:janple@wp.pl

Komisja ds. Rejestru, Wydawania PWZ i Praktyk Prywatnych przypomina!

Zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. art. 107 „wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek zgłaszać wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w ciągu 14 dni od dnia ich powstania”.

W przypadku niedopełnienia obowiązkowego dokonywania zmiany danych organ prowadzący rejestr może nałożyć karę pieniężną, której wysokość wynosi do 10-krotnej wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę

Poprzez zmianę danych objętych rejestrem należy rozumieć:

- dodanie kolejnego adresu praktyki lekarskiej (niezależnie od formy: praktyka na wezwanie, praktyka w gabinecie, praktyka w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego),
- wykreślenie z rejestru wcześniej zarejestrowanego adresu praktyki lekarskiej,

- wykreślenie praktyki lekarskiej z rejestru podmiotów leczniczych – zaprzestanie wykonywania działalności gospodarczej,
 - podpisanie nowej oraz każdej kolejnej umowy o ubezpieczenie OC (polisa),
 - zmiana adresu do korespondencji, zmiana nazwiska, poszerzenie praktyki o specjalizację.
- Jednocześnie informujemy, że niezbędnym jest składanie do biura WIL aktualnej kopii polisy ubezpieczenia OC.

Zwracamy także uwagę na fakt, że od 1 kwietnia 2013 r. wszelkie wnioski mogą być składane wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego profilu elektronicznego (podpis elektroniczny lub profil zaufany – ePUAP – wszelkie informacje można znaleźć na stronie głównej WIL www.wil.oil.org.pl w żółtej ramce „Pobierz informację zakładania konta ePUAP”.

I MIĘDZYNARODOWY SALON FOTOGRAFII ARTYSTYCZNEJ LEKARZY PHOTOARTMEDICA 2013 – Częstochowa

Organizator: OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA w CZĘSTOCHOWIE
ul. Zajączka 5, 42-200 Częstochowa, Poland
Komisarz wystawy: dr n. med. *Krzysztof Muskalski* – artysta fotografik
Patronat: Stowarzyszenie Twórców Fotoklub Rzeczypospolitej Polskiej
Patronat medialny: National Geographic Polska

Do udziału w konkursie zapraszamy lekarzy i studentów medycyny z kraju i zagranicy.

Tematyka dla lekarzy:

- TEMAT WOLNY (kolor lub czarno-biały)
- ŚWIATŁEM MALOWANE (kolor lub czarno-biały)

Tematyka dla studentów medycyny:

- ŚWIATŁEM MALOWANE (kolor lub czarno-biały)

Nagrody:

W kategorii dla lekarzy („Temat Wolny” + „Malowane Światłem” łącznie) – PhotoArtMedica 2013 GRAND PRIX
– nagroda rzeczowa (aparatury fotograficznej)

W każdej z 2 kategorii dla lekarzy i 1 kategorii dla studentów:

- I nagroda – Złoty Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa
- II nagroda – Srebrny Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa
- III nagroda – Brązowy Medal Fotoklubu RP i nagroda rzeczowa

Przewodniczący Jury: *Mieczysław Cybulski* – AFRP, AFIAP, zdfp, hon. GFA, WTF, LTF, TFIO – Prezes
Stowarzyszenia Twórców Fotoklub RP

Miejsce wystawy: Muzeum Częstochowskie – Ratusz, Sala Reprezentacyjna

Każdy z Uczestników konkursu otrzyma po jego zakończeniu katalog I Międzynarodowego Salonu Fotografii Artystycznej Lekarzy PhotoArtMedica 2013.

Termin nadsyłania prac: 26 sierpnia 2013 r.

Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy pod hasłem „Świat okiem lekarza”

W Klubie Lekarza w Łodzi przy ul. Czerwonej 3 odbędzie się w październiku, tradycyjnie jak co roku, powakacyjna Ogólnopolska Wystawa Fotograficzna Lekarzy tym razem pod hasłem „Świat okiem lekarza” – realizację tego tematu pozostawiamy inwencji i wyobraźni lekarzy i lekarzy dentyistów, chcących wziąć udział w tegorocznej Wystawie.

Nowością tegorocznej edycji Wystawy będzie przeprowadzenie konkursu, w którym prace oceni jury złożone z profesjonalistów.

Wernisaż wystawy planujemy na **20 października 2013 r.** (niedziela) o godz. 17. Wystawa potrwa do 25 października br.

Zapraszamy do udziału w prezentacji zdjęć Koleżanki i Kolegów nie tylko z łódzkiej OIL, ale ze wszystkich okręgowych izb w Polsce. Prace prosimy nadsyłać na nasz adres nie później niż do 4 października br.

Fotogramy winny być nie mniejsze niż w formacie A5, wykonane w technikach dowolnych, opatrzone następującymi informacjami: imię i nazwisko, specjalizacja i miejscowość zamieszkania Autora, a także ewentualnie tytułem.

Kontakt:

Iwona Szelewa
Sekretariat Okręgowej Izby Lekarskiej,
93-005 Łódź, ul. Czerwona 3, tel. (0 42) 683 17 01

