



Dodatek do Gazety AMG

Remedium



Lekarskie być albo nie być




Boy Żeleński - Paragraf a lancet

Wywiad z Janem Kaczkowskim

Smarzewska - sumienie młodej lekarki

Remedium

Polub nas na 

facebook.com/remedium.gumed

W TYM NUMERZE:

Wakacyjny koktajl	2
Ks. Jan Kaczkowski	3
Sumienie młodej lekarki	5
Co boli młodych lekarzy?	7
Zmierzamy donikąd	10
Bądźmy wszechstronni	11
Wstydem nie jest nie wiedzieć	12
Ciekawostki naukowe	15
Fun with English	16
Związek przyczynowo-skutkowy	18
Witamina D	19
Paragraf a lancet	20
Nowe Średniowiecze	23

Remedium ukazuje się dzięki wsparciu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Uczelnianego Samorządu Studentów GUMed



Redakcja zastrzega sobie prawo niewykorzystania materiałów niezamówionych, a także prawo do skracania i adiacji tekstów oraz zmiany ich tytułów. Wyrażane opinie są poglądami autorów i nie zawsze odzwierciedlają stanowisko redakcji oraz Uczelnianego Samorządu Studenckiego.

Wakacyjny koktajl



Wiktoria Filipkowska,
redaktor prowadząca
Remedium

Powietrze lekko drgało tak, w dzień gorącego lata – lata, które w tym roku faktycznie dość długo raczyło nas tropikalnymi temperaturami. Niemal każda piosenka o tej najcieplejszej, z definicji, porze roku reklamuje wakacyjne szaleństwo, relaks i błogostan, słowem wszystko, co nie kojarzy się z pracą lub nauką. No właśnie – reklamuje.

Generalnie nie lubię reklam. Przerwy programy telewizyjne, każą szukać tego małego iksa, by je wyłączyć i móc w spokoju marnować kolejne godziny serfując po Internecie, zabierają cenny antenowy czas radiowy, który powinien być poświęcony na muzykę. Jednak reklama lata tak sprytnie przemycana w tekstach muzycznych jest złotem w czystej postaci. Czyż nie jest to najlepszy czas na nadrobienie zaległości z dziedzin wszelkich, jakie zrobiliśmy sobie w ciągu roku akademickiego? Nieważne czy udajemy się na dalekie wojaże, pracujemy czy zwyczajnie się objamy – ważne by robić coś innego niż przez resztę roku. Może warto przeczytać książkę (niemedyczną oczywiście)? Może podszkolić język obcy albo odwiedzić kuzyna, który mieszka daleko i widzimy się raz na 5 lat? Ile głów, tyle pomysłów. Jednak czasem słyszę, że w tych szalonych wakacyjnych planach przeszkadzają praktyki wakacyjne. Niby to tylko jeden miesiąc w szpitalu na aż trzy, jakie mamy do dyspozycji każdego roku na studiach. Niby jest to czas, w którym mamy szansę zdobyć bezcenne doświadczenie i umiejętności praktyczne, na których *nomen omen* sami bez przerwy narzekamy. Zawsze jednak to MY musimy być głównym organem wykazującym zainteresowanie tematem, jeśli chcemy coś z tego wynieść. Jak to zrobić? Jak przestać być niewidzialnym podczas praktyk? Pytanie niby błahe, a jednak co rusz spotykam kogoś, kto ma z tym problem. W tym numerze prezentujemy krótki poradnik jak przetrwać na wakacyjnym obowiązkowym przesiadywaniu na oddziale, a nawet jak uczynić te godziny znośnymi, a może nawet ciekawymi!

Zmieniając nieco temat – te wakacje były jednymi z cięższych od kilku lat jeśli chodzi o tematykę codziennych wiadomości z kraju. Sumienie, etyka, deklaracja wiary, prawa pacjentów, obowiązki lekarzy – media zajmowały się tym tematem wyjątkowo namiętnie w ostatnich miesiącach. Słuchając głosów obu stron (bądź nie) każdy już pewnie wyrobił sobie swoje zdanie w tej kwestii. Dla niezdecydowanych w tym numerze przedstawiamy jeszcze kilka stanowisk. Przywołujemy m.in. głos Tadeusza Boya-Żeleńskiego, znakomitego polskiego pisarza, ale także lekarza i promotora świadomego macierzyństwa, który wypowiedział się w palącej dziś kwestii aborcji. Czy uznacie ten tekst za nadal aktualny? Sprawdźcie!

■

Redakcja: Wiktoria Filipkowska, Anna Ostapko, Sylwia Lipińska, Joanna Chełmieniewicz, Małgorzata Kacprzak, Paulina Kalinowska, Zuzanna Lewicka, Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Przemysław Waszak

Stali współpracownicy: Monika Gorzynik

Korekta: Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok

Okładka: Agnieszka Borowska



Młody arogancki ksiądz i młody arogancki lekarz są najgorsi...

youtube.com

Rozmowa Przemysława Waszaka z Janem Kaczkowskim, księdzem katolickim, dyrektorem hospicjum w Pucku

Prowadzi Ksiądz kursy z etyki adresowane do studentów kierunków medycznych – Areopag Etyczny. Na czym to polega?

W tym roku odbywa się siódma edycja Areopagu Etycznego. Niestety z GUMed-u napłynęło bardzo mało zgłoszeń. Nie wiem, co się Moi Państwo dzieje. Czyżby gdańscy studenci – przyszli lekarze – już wszystko wiedzieli na temat przekazywania trudnych wiadomości? Nieustannie zachęcam do wzięcia udziału w tym projekcie. W tym roku przyjedzie do nas prof. Zoll, prof. de Walden-Gałuszko (znana Państwu), dr Żylicz z hospicjum szwajcarskiego, dwóch znanych aktorów: Antoni Pawlicki i Ryszard Gonera, a także studenci aktorstwa, którzy będą wcielali się w role pacjentów i ich rodzin. Będą wykłady z bioetyki, gdzie ja się też „wyłożę”. No i będzie deska, jeśli tylko będzie porządnie wiało. Myślę, że to jest bardzo potrzebny moment, kiedy Państwo mogą spotkać się z żywym hospicjum, czyli miejscem, gdzie praktykowane jest przekazywanie trudnych wiadomości. Ale powiemy także o innych skomplikowanych etycznych problemach, zwłaszcza związanych z końcem życia.

A jak Ksiądz ocenia kompetencje komunikacyjne studentów medycyny? Czy w świecie stechnicyzowanej medycyny ta umiejętność już zanika?

Ja mam kontakt z bardzo wyselekcjonowaną grupą studentów, tymi, którzy odczuwają niedostatek tej wiedzy. Bardziej obawiam się tych, którzy nie odczuwają tego braku, bo takich też młodych lekarzy spotkałem. Dwóch najgorszych przedstawicieli zawodów odpowiedzialności społecznej to: młody, arogancki lekarz i młody, arogancki ksiądz. Oni mogą zrobić większej krzywdy. Więc tym bardziej, Moi Państwo, jeśli nosicie

wysoko głowy, mówię do seminarzystów i młodych medyków, tym bardziej bądźcie wobec siebie podejrzliwi.

Co według Księdza jest największą barierą uniemożliwiającą kontakt z pacjentem?

Na to składa się kilka rzeczy. Pierwsza to inteligencja interpersonalna. Nie należy jej mylić z inteligencją naukową. To jest taka wypadkowa intuicji, intelektu, empatii i przy czym nie można tej ostatniej mylić z sympatią, czyli wzruszeniem. Empatia to umiejętność wejścia w buty pacjenta i próba wyobrażenia sobie, co ten konkretny pacjent, który jest emerytką, byłym stoczniovcem, księdzem, młodą matką, młodym chłopakiem, co może odczuwać i co może myśleć. Ale nie po to żeby się wzruszać.

Druga rzecz to umiejętność odpowiedzi samemu sobie na pytania fundamentalne. Nie mówię tu wcale o sprawach religijnych. Przecież lekarzami są również osoby niewierzące, co wcale nie znaczy, że nieduchowe. Często gdy tacy lekarze będą spotykali się z pacjentami wierzącymi, to nie muszą wchodzić w przestrzeń religijną albo mogą bardzo otwarcie powiedzieć: *Wie Pani co, ja nie jestem ekspertem, jestem dość odległy w tych kwestiach, ale wydaje mi się to czy tamto.* Każdy z nas jakąś duchowość posiada. Rzadko kiedy określamy siebie jako najwyższą formę inteligencji białka. I na tej płaszczyźnie duchowości ludzkiej możemy właśnie coś zbudować.

A trzecia, której ludzie współcześni (nie tylko medycy) się boją to pewna konieczna, zawodowa umiejętność ekshibicjonizmu, tj. pokazania się i otwarcia. Nie da się dobrze leczyć, dobrze spowiadać ani nawet dobrze być z drugim człowiekiem, jeśli nawet minimalnie się nie otworzymy. Jeśli cały czas będziemy za sztywną ścianą procedur, biurka, tak naprawdę zostaniemy tylko kamienną twarzą. My, pacjenci, nie wymagamy od lekarzy, żebyście nas traktowali jak w Leśnej Górze, siedząc z nami i głaszcząc nas po ręce. My często wymagamy tylko tyle, żeby poświęcić trzy minuty skupionej uwagi. To jest tzw. czas wysokiej jakości, gdzie jest ►

wyłączony telefon, jestem tylko ja i ten pacjent, któremu nawet można powiedzieć: *Mam dla Pana pięć minut. Usiądźmy spokojnie.* Zadbajmy o ten czas dobrej jakości. Niech nie wchodzi pięć pielęgniarek, mówiąc: *Doktorze, wyniki!* albo cokolwiek innego. Zadbajmy o ten czas, tak jakbyśmy byli na miejscu pacjenta. To są takie rzeczy, na które nie potrzeba nakładów finansowych, tylko zwykłego ludzkiego myślenia.

Co Ksiądz sądzi o Deklaracji Wiary Lekarzy, patrząc nie tylko z punktu widzenia duchownego, ale i również będąc przecież często pacjentem?

Powiem szczerze, jestem bardzo krytycznie nastawiony do tego dokumentu, bo on zawęża myślenie nawet katolickie. Lekarzom katolikom wystarczy to, że są katolikami. Nikt nie musi podpisywać jakiejś dodatkowej, doprecyzowującej deklaracji, która też niestety teologicznie błędnie interpretuje nauczanie Stolicy Apostolskiej. Jeżeli ktokolwiek z katolików ma wątpliwość, może sięgnąć do bardzo precyzyjnego nauczania Watykanu, gdzie ma wszystkie odpowiedzi bardzo jasno podane. Gdybym ja był katolickim lekarzem, to tej deklaracji bym nie podpisał. Jest jeszcze klauzula sumienia, ale to jest zupełnie inna rzecz...

Ostatnio jesteście świadkami kwestionowania osiągnięć medycyny i nauki przy okazji takich zagadnień jak dyskusja o szczepionkach czy śmierci mózgowej. Znaczna część takich stwierdzeń pada z ust ludzi związanych z kościołem. Skąd się to bierze?

Nie wiem dlaczego mówią to ludzie związani z kościołem. Prawdopodobnie z braku wiedzy. To nie jest kwestia wiary czy niewiary. To jest kwestia wiedzy lub niewiedzy. To jest dokładnie tak samo, jakbym powiedział, że nie wierzę, że Ziemia jest okrągła, tylko płaska. Jeszcze 600-700 lat temu zmieściłbym się w ortodoksji, a teraz wiemy, że jest inaczej. Tak samo jeszcze 100 lat temu mieściłby się w ortodoksji ci, którzy twierdzili, że jedynym kryterium śmierci jest śmierć serca: prawnie, moralnie i medycznie. Obecnie medycyna tak się posunęła do przodu, że za kryterium śmierci – co zresztą Stolica Apostolska zaakceptowała – przyjmuje się kryterium neurologiczne, tzw. śmierć harwardzką. I to uznaje się za koniec istnienia osoby ludzkiej na ziemi. Ale nie koniec istnienia osoby, bo my katolicy wierzymy, że mamy perspektywy. Jestem oburzony tym, co ostatnio działo się, jeżeli chodzi o podważanie prawomocności śmierci mózgowej.

Sprawa 17-letniego Kamila z Wrocławia?

Tak. Jest ona dobrze stwierdzana. Nie jestem wyznawcą spiskowych teorii dziejów, że ktoś specjalnie przedwcześnie stwierdza śmierć, żeby pobrać narządy, Oczywiście gdzieś na świecie zawsze znajdzie się taki wyrwany, jednostkowy przypadek, że coś takiego się zdarzyło, ale nie można wyprowadzać z tego krzywdzących uogólnień.

Co do szczepionek to nie bardzo się na nich znam, więc nie chcę się wypowiadać, ale gdybym miał dzieci, raczej bym je szczepił.

Serdecznie dziękuję za rozmowę

■

Powiem szczerze, jestem bardzo krytycznie nastawiony do Lekarskiej Deklaracji Wiary, bo on zawęża myślenie nawet katolickie. Lekarzom katolikom wystarczy to, że są katolikami. Nikt nie musi podpisywać jakiejś dodatkowej, doprecyzowującej deklaracji, która też niestety teologicznie błędnie interpretuje nauczanie Stolicy Apostolskiej.

Jan Adam Kaczkowski (ur. 19 lipca 1977 w Gdyni) – polski prezbiter rzymskokatolicki, doktor nauk teologicznych, bioetyk, vloger, organizator i dyrektor Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio.

Studia filozoficzno-teologiczne odbył w Gdańskim Seminarium Duchownym, kończąc je w 2002 r. z magisterium z teologii. 15 czerwca 2002 r. otrzymał święcenia prezbiteratu. W 2007 r. na Uniwersytecie Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie na podstawie dysertacji *Godność człowieka umierającego a pomoc osobom w stanie terminalnym – studium teologiczno-moralne* uzyskał doktorat nauk teologicznych. W 2008 r. ukończył studia podyplomowe z bioetyki na Uniwersytecie Papieskim Jana Pawła II w Krakowie.

W 2004 r. był jednym z założycieli Puckiego Hospicjum Domowego. W latach 2007-2009 koordynował prace budowy Puckiego Hospicjum pw. św. Ojca Pio, a w 2009 r. został jego dyrektorem i prezesem zarządu. Utworzył program szkoleniowy w zakresie bioetyki chrześcijańskiej. Prowadzi wykłady i warsztaty z tematyki hospicyjnej. Organizuje warsztaty z komunikacji i etyki w medycynie dla studentów medycyny i prawa pod nazwą Areopag Etyczny. W wolontariat hospicyjny angażował tzw. trudną młodzież i osoby skazane.

Od urodzenia ma lewostronny niedowład i dużą wadę wzroku. Zdiagnozowano u niego nowotwór nerki (wyleczony) i gęłajaka mózgu.

Źródło: Wikipedia.pl

Polecamy również książkę *Szału nie ma, jest rak*. Z ks. Janem Kaczkowskim rozmawia Katarzyna Jabłońska, wydawnictwo Więż



Sumienie młodej lekarki

Sumienie i wiara lekarzy nie mają dla mnie znaczenia, dopóki medycy wykonują swoje obowiązki i szanują pacjentów. A to może się jeszcze zmienić.

Katarzyna Smarzewska,

V rok, kierunek lekarski

Uniwersytet Medyczny

im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Jestem studentką medycyny na Uniwersytecie Medycznym im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Poza Uniwersytetem prowadzę *peery*, czyli edukację rówieńniczą w liceach pod szyldem polskiego oddziału IFMSA – Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny. Te lekcje z licealistami i licealistkami to często po prostu rozmowy dotyczące HIV/AIDS, pierwszej wizyty u ginekologa, szeroko pojętego zdrowia dorastających dziewcząt i chłopców, których nikt z nimi nie przeprowadził. Uświadamianie, że jako pacjenci i pacjentki mają prawa, a także jakie prawa i obowiązki dotyczą lekarzy i lekarek. Odpowiadanie również na pytania, na które wcześniej nikt nie udzielił im szczerzej i kompetentnej odpowiedzi.

Jednym z tych pytań jest: co to znaczy że lekarz lub lekarka mają prawo odmówić wykonania świadczenia ze względu na swój światopogląd? A *in vitro*? A co z antykoncepcją? Te pytania nie pojawiają się bez powodu. Według raportu Pontonu z tego roku 8,7 % respondentek spotkało się z odmową wypisania tabletek antykoncepcyjnych. Sytuacja w warszawskim szpitalu im. Świętej Rodziny, gdzie dyrektorem był prof. Chazan, to tylko najnowszy przykład pokazujący niedostępność bezpiecznej i legalnej aborcji w Polsce. Debata o *in vitro* także nie napawa optymizmem. W polskiej rzeczywistości prawnej, politycznej i medialnej odpowiadanie na pytania i udzielanie rzetelnych informacji staje się obowiązkiem lekarzy i lekarek – w gabinecie, na uniwersytecie, wszędzie – o podstawowym wręcz znaczeniu. Przeraziłam się więc, gdy doszło do mnie, że stowarzyszenie Katolicka Wspólnota Studentów Medycyny, do którego dołączyłam, zajmuje się czymś dokładnie przeciwnym.

Nie ma w idei stowarzyszeń studentów katolickich studentów medycyny – bo istnieją także przy Warszawskim Uniwersytecie Medycznym i Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu – nic złego, przeciwnie. Wykonują wiele pożytecznej pracy, zajmują się promocją fundacji, poszukiwaniem wolontariuszy, zbieraniem środków na cele charytatywne. Organizują interesujące konferencje, np. *Patofizjologia Duszy* w Poznaniu. Obok tego spotykają się przy okazji wspólnych modlitw czy na Ogólnopolskiej Pielgrzymce Służby Zdrowia. Zresztą, istnieją przecież stowarzyszenia lekarzy katolickich, dlaczego nie mieliby organizować się w ten sposób studenci i studentki?

Działalnością wrocławskiej Wspólnoty zaczęłam interesowa-



Tymczasem można odnieść wrażenie, że coś się zmieniło, bo dziś nie wiedza i prawo, a wiara ma decydować o pracy lekarek i lekarzy. Nie wiem czy to jest coś, czego chciałabym się nauczyć.

wać się nie dlatego, że widziałam w tym skandal, ale dlatego, że chcę rozmawiać. Perspektywa wierzących studentek i studentów jest dla mnie interesująca i ważna, a w działalności stowarzyszenia widziałam przewagę elementów pozytywnych. I dalej by tak było, gdyby nie to, że te wspólnoty i organizacje zaczęły postępować wbrew zasadom lekarskiej etyki, za to w zgodzie z wybiórczo rozumianą etyką katolicką. Nie na rzecz dostępu do informacji, ale przeciw. Nie według stanu wiedzy medycznej, ale według własnych sumień.

Organizowanie marszów życia, projekcje filmów Grzegorza Brauna, podpisywanie petycji w sprawie zakazu promowania klinik aborcyjnych na Słowacji z informowaniem, ►

edukacją i debatą medyczną ma niewiele wspólnego. A publikowanie i promocja artykułów sprzecznych ze stanem wiedzy medycznej, tak jak wzywanie do podpisania deklaracji wiary mnie po prostu przeraża. A właśnie tego rodzaju dyskusja toczy się na forach wrocławskiego stowarzyszenia. *W związku z wielkim dylematem moralnym u studentów w kwestii procedury in vitro [...] udostępniam prace naukowe na ten temat. Nie mam zamiaru nikogo przekonywać, chcę pokazać po której stronie jest prawda* – pisze jeden z uczestników. Załączony plik wybrane prace naukowe dotyczące ryzyka związanego z *in vitro* zawiera jednak wybór prac i artykułów jednoznacznie przeciwnych tej metodzie. Jak mówią o zagadnieniu medycznym, można powiedzieć, że tu leży prawda? Jak można dowodzić prawdy w oparciu o jednostronne i wybrane pod tezę badania? Nie wiem. Nie o medycynę też w tym chodzi, podobnie jak w przypadku tendencyjnej i upraszczającej broszury prof. Marii Ryś na temat ideologii *gender* i promowaniu naturalnych metod rozpoznawania płodności jako skutecznej alternatywy do antykoncepcji, a to właśnie zawartość tego forum.

Z kolei strona Katolickiego Stowarzyszenia Lekarzy publikuje opinie o homoseksualizmie, które także trudno nazwać debatą medyczną. *Zachowania homoseksualne są w ujęciu psychiatrycznym dewiacją, zaliczaną do patologii ludzkiego zachowania, która podlegać powinna procesowi diagnostyczno-terapeutycznemu; przy odpowiednim szacunku, należnym tym ludziom i zrozumieniu ich problemów* – pisze tam dr Grażyna Stopecka-Borejko. Otóż nie. Dawno tak nie jest. Klasyfikacja zaburzeń mówi co innego i nie można w taki sposób stawiać sprawy, jeśli jest się lekarką, bo znów, nie chodzi jedynie o poglądy, ale o obowiązek podawania rzetelnych informacji.

Nie zgadzam się na wypowiedzanie się przez lekarzy i lekarki na tematy, o których nie ma się pojęcia. To też kwestia odpowiedzialności – nie zgadzam się na nieumiejętne powoływanie się na źródła albo o traktowanie ich jako podkładki pod swoje poglądy, bo to nadużycie i wypaczenie wiedzy medycznej – fundamentu zawodu lekarza. To uderza w zaufanie. Mówimy tu o lekarzach i lekarkach, zaufanie pacjenta czy pacjentki wobec nich jest integralną częścią procesu terapeutycznego.

Wreszcie: że lekarze i lekarki, katolicy czy nie, powinni być dla wszystkich i w wypowiedziach publicznych nie mogą choćby sugerować, że ich praca jest podyktowana ideologicznymi i religijnymi uprzedzeniami.

Wiara lekarza nie ma znaczenia ani dla mnie jako pacjentki, ani dla mnie jako studentki medycyny, gdy przestrzega on swoich obowiązków. Ale ja i ponad 10 000 innych osób na studiach medycznych uczymy się po to, by informować ludzi o możliwościach współczesnej medycyny, by na podstawie EBM (*evidence based medicine*) opowiedzieć im o wadach i zaletach postępowania – o możliwych konsekwencjach zdrowotnych czy powikłaniach – a nie wystawiać ocenę moralną. Nie chcę stawać się w pozycji osoby oceniającej wybory innych i nie chcę za nikogo podejmować decyzji. Rozumiem, że w momencie gdybym nie chciała brać udziału w danej procedurze, odesłałabym pacjenta do innego lekarza. Medy-



<http://pixabay.com>

cy w innych krajach europejskich też mają możliwość odmowy bezpośredniego udziału w zabiegu przerywania ciąży i nikt nie ma prawa ich za to dyskryminować, ale wtedy wykonuje to inny lekarz. Pacjent jest informowany, a procedura jest wykonana. Bo prawa pacjenta do informacji i uzyskania świadczenia są na równi z moim prawem odmowy jego wykonania.

Tymczasem można odnieść wrażenie, że coś się zmieniło, bo dziś nie wiedza i prawo, a wiara ma decydować o pracy lekarek i lekarzy. Nie wiem czy to jest coś, czego chciałabym się nauczyć.

Boję się, jak wpłynie to na moje koleżanki i kolegów, kolejnych przyszłych lekarzy i lekarki. Czy ulegną przekonaniu, że lekarz w imię własnego sumienia może łamać prawo i obietnicę złożoną pacjentowi?

■
Tekst ukazał się na stronach *Dziennika Opinii Krytyki Politycznej*

**DZIENNIK
OPINII**

— krytyka polityczna



Komisja Młodych Lekarzy Oil Gdańsk

Co boli młodych lekarzy? Zapytaliśmy, mamy odpowiedzi.

Specjalizacje modułowe, liczba miejsc rezydenckich i problemy w realizacji szkolenia specjalizacyjnego to tylko niektóre z wielu tematów omawianych na spotkaniu Komisji Młodego Lekarza Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku (OIL) z Elżbietą Mówińską, kierownikiem Oddziału Szkolenia Pracowników Medycznych Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego. Spotkanie odbyło się 22 maja br. w siedzibie OIL. Udział w nim wzięli lekarze stażyści oraz studenci ostatnich lat studiów kierunku lekarskiego. Pytań i wyjaśnień było tak wiele, że planujemy kolejne spotkania. Już dziś zapraszamy wszystkich zainteresowanych. Informacje o kolejnych spotkaniach pojawią się na stronie OIL w Gdańsku.

Komisja Młodych Lekarzy przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku, zredagowała Iwona Kur

Czy są jakieś zagrożenia związane z tymi specjalizacjami modułowymi?

Tak naprawdę obecne roczniki, które starają się o te specjalizacje będą rzucone na głęboką wodę. Nie wiadomo do końca czego można się spodziewać. Z drugiej strony pojawia się kolejny problem, np. gdy lekarz wybierze sobie specjalizację modułową, która jak wiadomo składa się z modułu podstawowego oraz szczegółowego i ten lekarz zostanie przydzielony do danej jednostki szkoleniowej, która prowadzi odpowiednią specjalizację, na początku będzie musiał zostać oddelegowany na około 3 lata na inny oddział. To może okazać się dużym problemem. Powinny być podpisane porozumienia między danymi oddziałami, ale jeszcze nikt nie wie dokładnie jak to będzie wyglądało w praktyce. Tym bardziej, jeśli po module podstawowym lekarz stwierdzi, że chce odbywać inną specjalizację szczegółową.

Czy istnieje możliwość, że dany oddział będzie miał akredytację na dwie specjalizacje?

Tak, jest taka możliwość, ale obecnie komisje akredytacyjne będą się szczególnie przyglądać jednostkom, które chciałyby prowadzić specjalizacje zarówno podstawowe, jak i szczegółowe.

Czy można rozpocząć trzyletni moduł z chorób wewnętrznych/chirurgii ogólnej, a następnie po trzech latach aplikować o dalszą rezydenturę szczegółową (np. chirurgia klatki piersiowej)?

Tak, ale w tym momencie trzeba będzie składać na nowo wnioski o specjalizację. Jednak czas przepracowany na oddziale akredytowanym w zakresie chorób wewnętrznych/chirurgii ogólnej można wstecznie zaliczyć jako moduł podstawowy, właściwy dla danego szkolenia specjalizacyjnego, jeśli złożony zostanie odpowiedni podanie do Urzędu Wojewódzkiego.

Jak będzie się nazywał lekarz specjalizujący się w danej dziedzinie po zakończeniu modułu podstawowego? Czy ma tytuł internisty bądź chirurga? ►

Nie, ten lekarz jeszcze nie skończył specjalizacji, więc nie można go nazywać specjalistą. Moduł podstawowy jest tylko częścią specjalizacji, jakby stażem specjalizacyjnym. Ten lekarz tak naprawdę nie ma żadnych uprawnień do nazywania się jakimkolwiek specjalistą.

Czy aplikując na daną specjalizację, podczas gdy już jedną robimy, musimy zrezygnować z tej wcześniejszej specjalizacji?

Teoretycznie tak właśnie jest, bo lekarz nie może jednocześnie realizować specjalizacji w dwóch różnych dziedzinach medycyny. Jednak, ponieważ rekrutacja na specjalizacje trwa miesiąc, składając dokumenty na daną specjalizację, należy napisać oświadczenie, w którym deklarujemy, że w momencie zakwalifikowania się na nową specjalizację, rezygnujemy z poprzedniej. Po pozytywnym zakwalifikowaniu się na nową specjalizację piszemy oficjalne pismo do Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego z prośbą o skreślenie z poprzedniej specjalizacji.

Czy Urząd Wojewódzki ma możliwość lub narzędzia wywierania wpływu na Zakłady Opieki Zdrowotnej, szpitale nieprzeznaczające prawa w zakresie kształcenia młodych lekarzy?

Wojewoda odpowiada za politykę zdrowotną w zakresie kształcenia młodych lekarzy, natomiast organem założycielskim dla szpitali jest marszałek województwa. I trzeba powiedzieć, że Urząd Marszałkowski jest bardzo pomocny, np. w sprawie zwiększania miejsc szkoleniowych i to on ewentualnie może wywierać wpływ na dane jednostki, jednak nie na wszystkie, to zależy od organów założycielskich szpitala. Część szpitali podlega pod starostwa, część pod powiaty czy pod prezydentów miast, a część jest szpitalami prywatnymi. W każdym razie najważniejsza jest tu współpraca Urzędu Wojewódzkiego z Urzędem Marszałkowskim. Tak więc, jeśli są jakieś problemy w tej kwestii, to przede wszystkim trzeba zwracać się do marszałka.

W takim razie co jest w gestii wojewody, jeśli chodzi o kształcenie?

Całe postępowanie kwalifikacyjne, wszystkie odwołania, akredytacja jednostek szkoleniowych.

Czy konsultanci wojewódzcy korzystają z monitoringu specjalizacji w województwie pomorskim (jest również dostępny na stronie internetowej Okręgowej Izby Lekarskiej) i czy uzależniają liczbę rezydentur od aktualnej sytuacji na rynku zdrowia?

Tak, konsultanci opierają się na tym monitoringu i z nielicznymi wyjątkami ściśle współpracują z Urzędem Wojewódzkim ustalając wspólnie ilość miejsc specjalizacyjnych. Natomiast jeśli widać ewidentnie, że konsultant zaniża ilość miejsc, to i tak UW ma prawo uruchomić odpowiednią ilość miejsc specjalizacyjnych, bo nie jest wymagana zgoda konsultanta. Inną sprawą jest to, że monitoring jest bardzo cenną wskazówką, ale trzeba brać też pod uwagę fakt, że wiele osób przedłuża swoje specjalizacje, co blokuje miejsca.

Na jakiej zasadzie są przyznawane miejsca rezydentkie, czy jest możliwość zwiększenia ich liczby i czy są jakieś

limity roczne?

Miejsca przyznaje Minister Zdrowia w zależności od posiadanych środków finansowych. Ale całościowo wygląda to w ten sposób: najpierw do końca lipca uwalniają się miejsca szkoleniowe, potem rozpatruje się, gdzie i w jakich jednostkach, ile jest miejsc szkoleniowych; UW aplikuje o daną ilość miejsc i zwraca się do konsultantów o ewentualne wskazania; następnie konsultant wspólnie z UW ustala ilość miejsc. Lista zbiorcza tych miejsc jest przesyłana do Ministerstwa, z każdego województwa osobno. Potem Minister, zważywszy na ilość dostępnych pieniędzy, dzieli je na poszczególne województwa, które te pieniądze rozdysponowują.

Dlaczego są takie dysproporcje między województwami w ilości miejsc szkoleniowych?

Zależy to od aktualnej ilości wolnych miejsc szkoleniowych w województwie na daną specjalizację. Np. jest wiele wolnych miejsc szkoleniowych w województwie mazowieckim z ortopedii, a mało wolnych miejsc w tej specjalizacji w województwie pomorskim.

Dyrekcja UCK obecnie deklaruje, że mają bardzo wiele miejsc szkoleniowych i chętnie przyjmą osoby, które chcą u nich robić specjalizację. Jednak na rezydenturę przyjmują tylko pojedyncze osoby, bo tracą przy tym finansowo. Za każdego rezydenta dyrekcja płaci z własnej kieszeni na świadczenia socjalne, bo na to Ministerstwo nie daje pieniędzy.

Jak radzić sobie z sytuacją, kiedy ordynator oddziału, w którym robimy specjalizację, nie zgadza się na odbywanie stażów kierunkowych na innych oddziałach lub wymaga skracania tych staży ze względu na brak kadry na oddziale?

Tak, jest to problem. Właśnie to jest częsty powód przedłużania specjalizacji. CEM nie przyjmuje dokumentów osoby chcącej zdawać egzamin specjalizacyjny, jeśli nie ma zaliczonego chociaż jednego kursu specjalizacyjnego. Zanim kierownik specjalizacji podpisze książeczkę specjalizacji, muszą być zrobione wszystkie kursy i staże cząstkowe. W związku z czym, gdy nie ma się jakiegoś kursu, to trzeba przedłużyć staż, a miejsce specjalizacyjne nadal jest blokowane. To kierownik specjalizacji wyraża zgodę na robienie stażów, ale tak naprawdę każdy ma obowiązek ustalić harmonogram stażów na początku specjalizacji z ordynatorem i kierownikiem. Natomiast jeśli ewidentnie kierownik utrudnia dostęp do stażów i kursów, można napisać na niego skargę.



A co się dzieje, gdy wolne miejsca specjalizacyjne nie zostaną rozdzielone do końca, czy pieniądze z tych miejsc mogą zostać przeniesione na inne specjalizacje?

Nie, nie mogą. Te miejsca nie zostają oddane z powrotem do Ministerstwa. W tym wypadku robi się listę rankingową wszystkich niezakwalifikowanych rezydentur. I aby dostać się na daną specjalizację z listy rezerwowej, trzeba mieć wysoką punktację i muszą być wolne miejsca specjalizacyjne w danej dziedzinie. Osoby z najwyższą punktacją, które spełnią te warunki dostają specjalizację z odwołania za te niewykorzystane miejsca z pierwszej kwalifikacji.

A co w sytuacji kiedy lekarz dostanie się na miejsce rezydenckie, a w jednostce, którą wybrał, są wolne miejsca szkoleniowe? Czy w takiej sytuacji musi zostać skierowany i przyjęty do tej jednostki niezależnie od tego czy uzyskał zgodę jej kierownika, czy jest możliwość, że kierownik jednostki nie przyjmie lekarza?

Owszem, zgoda kierownika nie jest wymagana, ale najlepiej by było, żeby wcześniej pójść do tej jednostki zapytać się o tę możliwość, bo ordynatorzy rzeczywiście się denerwują, gdy muszą przyjmować nieznaną sobie osobę. Tego wymaga grzeczność, aby się wcześniej pokazać, przynajmniej powiedzieć, że chce się tu aplikować i pracować na tym oddziale. To nie musi być zgoda pisemna, może być zgoda ustna. Wszystko po to, aby potem nie było niepotrzebnych nieporozumień.

Jak wygląda sprawa wirtualnych miejsc szkoleniowych? Dlaczego w wykazie Urzędu Wojewódzkiego jest ich tak wiele, a nie są obsadzone nowymi rezydenturami? Np. w UCK są miejsca na liście, a jednak szpital ten bardzo niechętnie przyjmuje nowych rezydentów.

Dyrekcja UCK obecnie deklaruje, że mają bardzo wiele miejsc szkoleniowych i chętnie przyjmą osoby, które chcą u nich robić specjalizację. Jednak na rezydenturę przyjmują tylko pojedyncze osoby, bo tracą przy tym finansowo. Za każdego rezydenta dyrekcja płaci z własnej kieszeni na świadczenia socjalne, bo na to Ministerstwo nie daje pieniędzy. Tak więc ta sprawa jest do wyjaśnienia bezpośrednio z dyrekcją szpitala lub tzw. drogą służbową, pisząc podanie do Urzędu Wojewódzkiego z prośbą ustalenie faktów.

Czy można podjąć specjalizację, podpisując ze szpitalem umowę cywilno-prawną, pomimo że nie ma wolnych miejsc szkoleniowych?

Generalnie nie można. Czasami się tak dzieje, głównie jeżeli lekarz jest zatrudniony w jednostce szkoleniowej na umowę o pracę lub na kontrakcie.

Czy można odbywać specjalizację robiąc studia dokto-

ranckie i rezydenturę, pobierając jednocześnie wynagrodzenie z obu tych trybów specjalizacji?

Można. Tylko trzeba pamiętać, że studia doktoranckie trwają zazwyczaj cztery lata, a specjalizacja co najmniej pięć.

Czy studia doktoranckie można robić tylko w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym?

Studia tak. Ale można robić studia w GUMedzie, a rezydenturę w innym szpitalu. Natomiast specjalizację w trybie studiów doktoranckich należy realizować tylko w UCK.

Czy możliwe jest odbywanie zagranicznych staży szkoleniowych w trakcie trwania rezydentury? Jak wygląda taka procedura? Czy wydłuża specjalizację?

Oczywiście, że jest taka możliwość. Ale kierownik specjalizacji i kierownik oddziału muszą wyrazić na to zgodę, najlepiej pisemną. A gdy wraca się z zagranicy, składa się wniosek o uznanie tego stażu do CMKP, które się tym zajmuje. Na stronie internetowej są już gotowe druki formularzy potrzebnych do uznania tych staży. Jednak zanim zwróci się z prośbą o uznanie tego stażu, to trzeba wnioskować o przedłużenie specjalizacji, aby potem można było ją skrócić, włączając w nią ten staż. Bo to też jest wszystko akceptowane decyzją Ministra Zdrowia.

Czy szpitale odsyłają pieniądze do Urzędu Wojewódzkiego w przypadku niewykorzystanych kwot, np. jeżeli nie wypłacają pieniędzy za dzień po dyżurze czy np. w przypadku niepłatnych urlopów szkoleniowych?

Szpital nie mogą tego robić. W takiej sytuacji trzeba pisać do Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego, przedstawiając daną sytuację. To są ważne rzeczy i należy o tym zawiadamiać poza Ministerstwem, również UW i Izbę Lekarską. Ministerstwo bardzo dokładnie rozlicza każdą rezydenturę, gdyż są to pieniądze publiczne.

Czy można uniknąć sytuacji tzw. podwójnych umów, kiedy lekarz oprócz umowy rezydenckiej nakłaniany jest do podpisania niekorzystnej umowy na dyżury?

Argumentem wykorzystywanym w tej sytuacji jest kwestia toku specjalizacji, w której nie odbyło się odpowiedniej liczby dyżurów. I wtedy kierownik specjalizacji może nie zaliczyć specjalizacji. Natomiast jest też taki przepis, że o momencie rozpoczęcia dyżurowania decyduje kierownik specjalizacji. W tej kwestii wypadałoby zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia o nowelizację rozporządzenia w zakresie dokładniejszego określenia dyżurów w ramach specjalizacji.

Zmierzamy donikąd

Od zawsze był srogim krytykiem polskiej rzeczywistości farmaceutycznej. Nie boi się używać ostrych słów, nie używa eufemizmów. Mowa oczywiście o nestorze polskiej farmakoekonomiki dr. n. farmaceutycznych Tadeuszu J. Szubie. Przez lata zajmował najwyższe stanowiska w światowej farmacji. Dziś, gdy może spokojnie odpoczywać na emeryturze, ze smutkiem patrzy na to się dzieje na rynku. Zapraszam do lektury!

wywiad

Damiana Karola Świeczkowskiego

z **Tadeuszem Szubą,**

prezesem Towarzystwa Farmaceutyczno-

Ekonomicznego,

redaktorem naczelnym

czasopisma *Aptekarz*

Od kilkudziesięciu lat obserwuje Pan polską farmację. Zapytam zatem - dokąd zmierzamy?

Farmacja polska, dokąd zmierzamy? Donikąd. W III RP, najlepszej Polsce w jej 1000-letnich dziejach, bo wolnej i demokratycznej, farmaceuci nie potrafią być politykami, uczestniczyć w kierowaniu państwem. Wskutek tego farmacją rządzą lekarze, spece od leczenia, ale analfabeci od gospodarki, od ekonomiki leku. Bardzo trudno o światłą przyszłość farmacji, gdy w ministerstwie zdrowia wiceministrem ds. farmacji oraz dyrektorem departamentu farmacji (polityki leków) nie są farmaceuci. Gdy w kancelarii premiera oraz prezydenta nie ma śladu eksperta ds. farmacji. Nawet szkoły farmacji utraciły niepodległość, zostały administracyjnie, a więc i kadrowo, podporządkowane lekarzom.

Co sądzi Pan o tym, żeby farmaceuci uzyskali uprawnienia do wypisywania recept? System taki funkcjonuje w wielu krajach na świecie. Wydaje mi się, że jeżeli komukolwiek poza lekarzami dać prawo wypisywania recept to właśnie farmaceutom, a nie np. pielęgniarce, jak to się niedawno stało...

Myśl uprawnień farmaceutów do pisania recept nie jest przednia. Jest logiczną konsekwencją bardzo dyskusyjnej myśli powierzenia prawa do pisania recept pielęgniarce, przy złej dostępności pacjentów do lekarzy. Mamy ich 160.000. Wystarczająco dużo do obsługi chorych. Nie wystarczy dlatego, że ministrem zdrowia jest lekarz zamiast menadżera, lekarz powinien być wiceministrem ds. lecznictwa.

Wielokrotnie krytycznie pisał Pan o firmach farmaceutycznych i badaniach klinicznych. Podtrzymuje Pan swoje negatywne zdanie o nich?

Od lat walczę z nieporadnością rządu (lekarzy) pozwalającego na sterowanie leczeniem lekami pod dyktando koncernów farmaceutycznych ubranych w togi zaprzyjaźnionych profesorów medycyny. Przemysł farmaceutyczny musi współpracować z profesorami medycyny. Bez tego nie byłoby postępu. Ale ta współpraca ma być konstruktywna. Dzięki niefachowości rządu (medycznego) bywa destruktywna. Rząd pozwala



Damian Świeczkowski,

V rok, farmacja

redakcja *Remedium*

biernie koncernowi farmaceutycznemu sprzężonemu z autorytetem medycznym na promowanie leku gorszego i droższego od leków innych firm, na wyrządzanie szkody zdrowiu i kasie zdrowotnej.

Krytykował Pan wielokrotnie polski system refundacyjny. Ustawa z 2011 roku zmieniła zasadniczo funkcjonowanie rynku leków w Polsce. Jest lepiej czy gorzej jak było?

Ustawa o refundacji leków (Dz. U. Nr 122/2011 poz.696), aczkolwiek daleka od doskonałości, projektowana m.in. za moim i moich kolegów z Towarzystwa Farmaceutyczno-Ekonomicznego podszeptem, *per saldo* jest pożyteczna. Stworzyła bodziec do temperowania łupieżstwa cenowego koncernów farmaceutycznych, lepszego wykorzystywania arsenału tańszych, przeważnie krajowych leków generycznych. Pożytek finansowy z ustawy szacuję na 3 mld zł rocznie, które można wykorzystać na pożytek lecznictwa zamiast wywożenia za granicę.

Dziękuję za rozmowę.

■

Bądźmy wszechstronni!

Niejednokrotnie spotykamy się z określeniem, że lekarz to człowiek renesansu, który powinien emanować wiedzą, nie tylko z wyuczonej dziedziny, ale i w innych aspektach życia codziennego. Niestety, smutna prawda jest taka, że nie zawsze tak jest. Nasze studia pochłaniają większość czasu, także i tego wolnego, co nierzadko nie pozwala nam się wykazać w dziedzinach, które nie dotyczą przyszłego zawodu. Ale nie dajmy się zwariować! Skoro Leonardo da Vinci, Albert Schweitzer czy Mikołaj Kopernik mogli wykorzystać całą swój potencjał, my też możemy.

Spotykamy na swojej drodze wiele osób, w tym także pacjentów, którzy nie mają bladego pojęcia o medycynie. Jak do nich wtedy zaga-
ić? Jak zjednoczyć do siebie osoby postronne? Wielu z nas ma z tym duży problem. Odpowiedzią na te nurtujące pytania mogą być nasze pasje lub codzienna prasówka przy śniadaniu. Ilu z nas nie ma pojęcia o bieżących wydarzeniach? Embargo na jabłka? Chazan? Ukraina? Zdziwilibyście się jak wielu z nas nie ma o tym pojęcia. Kręcimy się jedynie wokół zaliczeń, poprawek i egzaminów. A pasje? Często odchodzą w kąta na czas studiów, stażu i rezydentury. Moim zdaniem bardzo sobie tym szkodzimy. Unikamy wręcz wszystkiego niezwiązanego z medycyną. Jakby nas parzyło.



Sylwia Lipińska,

V rok, kierunek lekarski,
redakcja *Remedium*

Podczas praktyk wakacyjnych miałam okazję poznać wiele osób z innych uczelni medycznych w Polsce. Jakże wielka była moja irytacja, gdy usłyszałam od kolegi po fachu, że jedynym momentem kiedy zależy mu na ładnej pogodzie jest droga z mieszkania na uczelnię i z uczelni do mieszkania lub jak kto woli – podczas wakacji – droga do szpitala i z powrotem. Żeby tylko nie zmoknąć i nie zmarznąć. O zgrozo! Czy naprawdę nie masz ochoty w słoneczny letni dzień wyskoczyć nad morze, jezioro, spacer czy rower? Zbyt płytkie rozrywki dla kolegi? Ok, spróbujmy czegoś innego. Kiedy ostatnio odwiedziłeś teatr, operę, przeczytałeś dobrą książkę lub obejrzałeś film? Może warto pójść na wernisaż? A może na basen, siłownię, do Aquaparku? Skoro lubisz sport, dlaczego nie robić tego co się lubi? Może czas spotkać się ze znajomymi, których nie widziałeś od liceum, gdyż za każdym razem wykręcałeś się brakiem czasu? Jak spędziłeś wakacje? Siedziałeś trzy miesiące w domu, czekając od obiadu do obiadu aż zacznie się rok akademicki? Nie zamykajmy się na świat, nie zamykajmy się na ludzi. Co zrobisz ze swoim życiem po ukończeniu studiów? Czym się będziesz zajmować po powrocie z pracy? O czym będziesz rozmawiał z pozostałymi ludźmi?

Innym przykładem dysfunkcji w jaką popadamy jest totalnie uzależnienie naszych wszystkich spraw od rodziców. Nie twierdzę, że jest to złe. Lecz gdy 22-letnia dziewczyna

nie potrafi pójść dokonać wpłaty na pocztę, zadzwonić do lekarza i umówić się na wizytę albo do najemcy porozmawiać o mieszkaniu i warunkach umowy, bo jak twierdzi, wstydzi się... to krew mnie zalewa! Wiadomo, przed 18-stką było jej łatwiej, gdyż wszystko załatwiali za nią rodzice, ale czas dorosnąć. Kochana, młodszą już nie będziesz, a rodziców do dziekanatu czy opiekuna roku też nie wyślesz. Możesz spróbować, lecz wiedz, że zostaniesz zwyczajnie wyśmiana. Dorośli ludzie, a zachowują się jak dzieci. Patrę i przecieram oczy ze zdumienia.

Studia i samodzielnie życie z dala od garnuszka rodziców pozwalają także na rozwinięcie instynktu przetrwania. Te kilka lat ucieknie przez palce, zaczniesz pracę, będziesz podejmować decyzje, od których zależy ludzkie życie, a rachunku za prąd nadal nie będziesz potrafiła zapłacić?!

Na zakończenie chciałam tylko napisać: uczmy się! Nie tylko fachu, ale także jak żyć w społeczeństwie i jak wykorzystywać

czas wolny. Uczmy się godzić wszystko ze sobą, zarówno pasje, obowiązki życia codziennego i naukę. Interesujmy się nie tylko tym, co dzieje się w progach naszej uczelni, ale i w naszym mieście, kraju i na świecie. Rozwijaj pasje, także te niemedyczne. Żyjmy aktywnie, korzystajmy z możliwości Gdańska, a zyska na tym zarówno nasz umysł, jak i ciało.



Wstydem nie jest nie wiedzieć

Wstydem nie jest nie wiedzieć, ale nie chcieć się dowiedzieć, czyli mała rozprawka o tym, co robią studenci medycyny na swoich praktykach wakacyjnych

Nowy rok akademicki przed nami, co oznacza, że wakacje należą znowu do czasu upragnionego, a niestety nieobecnego. O tym że były, może nam wciąż przypominać opalenizna, wspomnienia z wyjazdów, nowe zdjęcia w albumie lub, co bardziej prawdopodobne, na Facebooku oraz nowo nabyte doświadczenia na praktykach wakacyjnych. Choć ten ostatni punkt może budzić największe kontrowersje, bo jak tak naprawdę coraz częściej te praktyki wyglądają i na co nasi opiekunowie najczęściej narzekają? Poniżej przytoczę parę wypowiedzi osób, z którymi w tym roku pracowałam. Nie podam nazwisk ani nazw ośrodków, bo nie ma to znaczenia. W tym wyjątkowym przypadku liczy się po prostu przekaz. Niestety problem sposobu odbywania przez nas praktyk staje się dość poważny, bo głosy niezadowolenia płyną już nie tylko z ust lekarzy, ale także, a może zwłaszcza, z ust pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych. W czym tkwi problem? W tym, że nam się nie chce.

Mój pierwszy raz

Coraz częściej po I roku studenci medycyny, którzy nie mają pojęcia o pracy szpitala, zamiast uczyć się wkluć, sposobów podawania leków, podejścia do pacjenta, wymigują się od pracy, szukając sposobów, by móc obserwować zabiegi w sali operacyjnej. W tego rodzaju ciekawości nie ma nic złego, ale sytuacja robi się nieciekawa, gdy całkiem zaniedbujemy nasze obowiązki. Na wszystko jest przeznaczony odpowiedni moment. Pierwsze praktyki to znamieny czas, bo tylko na nich mamy szansę naprawdę nauczyć się podstawowych czynności medycznych. Zwłaszcza, że mamy przy sobie osoby, które zajmują się tym już od długiego czasu, mogące nam pomóc, wytłumaczyć i wiele pokazać. Zwłaszcza tzw. med trików, o których się w książkach nie pisze.

Lekarz jest zbyt ważny, by pomóc nam umyć pacjenta

Z czego to wynika? Naprawdę już po I roku studenci cenią się tak wysoko, że nie wezmą w dłoń gąbki i mydła, a nawet strzykawki oraz rękawiczek? Niestety tego rodzaju zachowanie może w przyszłości dużo kogoś kosztować. Prawdopodobnie czy później przyjdzie czas, gdy każdy będzie zakładał, że dane czynności mamy opanowane. Ale czy tak będzie na-



Małgorzata Kacprzak,
III rok, kierunek lekarski,
redakcja Remedium

prawdę? Wystarczy przecież podać nie w to miejsce zastrzyk domięśniowy, by pacjentowi zrobić krzywdę... Warto odrobić swoje lekcje należycie, bo przecież za granicą często to właśnie lekarze wykonują sami wszystkie iniekcje.

Nie będę robił nic, czego nie robi lekarz

Zdanie, które do szwajcarskiej pasji doprowadziło już niejednego pracownika służby zdrowia. Nie chodzi tu tylko o komunikat, że dany praktykant zamierza robić tyle, ile musi i nic ponad to, ale także o ustalanie od początku hierarchii w kontaktach z personelem. Możliwe, że praktykanci nie zdają sobie sprawy, że tym jednym sformułowaniem dają do zrozumienia np. pielęgniarkom, że ich wiedza, doświadczenie, umiejętności, nic nie znaczą, bo nie mają w sobie lekarskiego piętna. Tworzy się bariera, przez którą wiele tracą tylko studenci. Chciałabym przytoczyć wypowiedź zasłyszaną z ust

zastępcy ratownika medycznego: *Jeśli słyszę takie zdanie od praktykanta, to jest już on dla mnie przegrany. Nie ma problemu, nie poproszę go o pomoc w przenoszeniu chorych lub noszenia sprzętu, przecież to nie będzie leżało w jego obowiązkach, w ogóle nie będę się nim zajmował. Dużo akcji mam już za sobą, prawdziwi lekarze często pytają się mnie o radę. Gdy trzeba szybko podjąć jakąś decyzję, by ratować czyjeś życie, liczy się wiedza, ale i doświadczenie. Wiem jak ratować ludzi, zabezpieczyć ich tak, by żywi trafili do szpitala. Taki praktykant zaś nie wie nic i niczego się nie dowie na własne życzenie.*

Nie chcę, bo się boję

Sorry Winnetou, ale skoro się powiedziało A i wybrało takie studia, to trzeba powiedzieć B i zacząć, poza wkuwaniem książek na pamięć, działać. Strach to nie usprawiedliwienie tego że nie mamy pojęcia, jak coś wykonać. Żadne podpunkty, wyrecytowane regułki nie wykonają za nas zastrzyków, szwów czy badań. Bez praktyki jesteśmy bezużyteczni. Choć każdy sobie z tego zdaje sprawę, gdy przychodzi co do czego, często wycofujemy się. *Nie wiem, z czego to wynika, możliwe, że przyczyna tkwi w naszej polskiej mentalności i wychowaniu. Gdy opiekuję się studentami z English Division wystarczy, że zapytam czy ktoś chce coś wykonać i mam las rąk. Oni muszą wszystkiego dotknąć, wszystko poznać. Nawet, gdy czegoś nigdy nie robili wcześniej, nie boją się próbować. Uważam, że to najlepszy sposób nauki.*



Druąa strona medalu
 Nie zawsze wina leży po stronie studentów. Ciemną stroną praktyk jest fakt, że często praktykanci są traktowani jak zło konieczne. Niekiedy da się odczuć, że jest się intruzem na cudzym terytorium i lepiej by było, gdyby nas nie było... Przykre są też głosy studentów opowiadających jak często ich obecność była wykorzystana do nadrabiania zaległości w wypełnianiu stosów kart, zleceń, dokumentów, utrzymywaniu porządku w salach czy wielokrotnym zajmowaniu się najbardziej problematycznymi pacjentami. To wszystko rodzi frustrację i napiętą atmosferę. Najczęstszą sytuacją jest jednak ogólne ignorowanie obecności studenta. Nikt się nie zaopiekuje,

<http://pixabay.com>

Polscy studenci są bardzo zachowawczy, wolą obserwować coś z daleka. Nie zdają sobie sprawy, że moja propozycja to okazja, która może się już nie powtórzyć. Zwłaszcza, że to są chwile, gdy mają kogoś, kto ich pokieruje, poprawi, gdy pójdzie źle. Pamiętam swoje pierwsze samodzielne dyżury. Przychodzili do mnie chorzy, którym musiałem pomóc, mimo że niektórych rzeczy nie robiłem nigdy. Żałowałem tego, bo choć jedna próba to więcej niż nic.

nikt się nie zainteresuje. Praktykant musi się wcielić w rolę żebraka, by ktoś się nad nim zlitował i cokolwiek raczył pokazać. Przed tym jednak trzeba się uzbroić w cierpliwość, no i oczywiście sporo naprosić.

Złota zasada praktyk: kręć się!

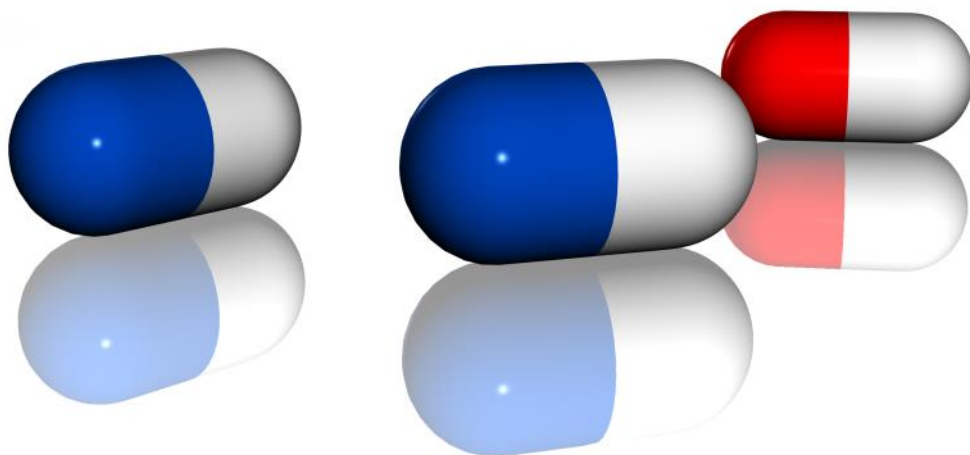
Doświadczenie samo do Ciebie nie przyjdzie. Możesz czytać ile wlezie, oglądać filmiki i brać udział w szkoleniach online. Nic to nie da, jeśli nie będzie się próbowało na żywo. Chodzi tu głównie o chęci. Bez nich nawet z najlepszymi pod słońcem opiekunami praktyk nic nie zyskamy. Ale jest coś jeszcze, mianowicie umiejętność tzw. zakręcenia się. Wiele osób, które spotykamy, może nam naprawdę wiele powiedzieć i pokazać. Sęk tkwi w tym, by je odszukać oraz umiejętnie poprosić. Co mamy do stracenia? Może ktoś nam najwyżej powiedzieć, że nie ma czasu albo nie chce, byśmy przeszkadzali w pracy. Ale może znajdzie się ktoś, kto nam poświęci swoją uwagę i da nam ona więcej niż niejeden skrypt. Nie bójmy się próbować oraz miejmy w sobie pokłady pokory. Czy nam się to podoba, czy nie, jesteśmy zieloni jak trawka na łące i bez względu na tytuł przed nazwiskiem musimy czerpać wiedzę skąd się da, bo nikt tego za nas nie zrobi.

Skoro się powiedziało A i wybrało takie studia, to trzeba powiedzieć B i zacząć działać. Strach to nie usprawiedliwienie tego że nie mamy pojęcia, jak coś wykonać. Żadne podpunkty, wyrecytowane regułki nie wykonają za nas zastrzyków, szwów czy badań. Bez praktyki jesteśmy bezużyteczni. Choć każdy sobie z tego zdaje sprawę, gdy przychodzi co do czego, często wycofujemy się.

Podoba Ci się to czasopismo?
Dołącz do redakcji

Remedium

Spotkanie inauguracyjne
16 października br.



GODZINA 17
KLUB MEDYK, POKÓJ NR 6

Ciekawostki naukowe

Joanna Chelmieniewicz,

II rok, kierunek lekarsko-dentystyczny,
redakcja *Remedium*

Śmierć rodzica w dzieciństwie lub w wieku nastoletnim może mieć wpływ na długość życia dziecka. Osoby, które doświadczyły takiego nieszczęścia częściej umierają w młodym wieku. Do takich wniosków doszli naukowcy z duńskiego uniwersytetu Aarhus, a swoją pracę na ten temat opublikowali na łamach lipcowego wydania czasopisma *PLOS Medicine*. Badania obejmowały dane dotyczące określonej grupy mieszkańców trzech wysoko rozwiniętych państw: Finlandii, Danii i Szwecji. Według wyliczeń osoby, które utraciły w wieku młodzieńczym matkę lub ojca są o wiele bardziej narażone na przedwczesny zgon. Zagrożenie to wzrasta nawet do 50%. Jeśli rodzic umarł z przyczyn naturalnych, ryzyko śmierci w młodym wieku wzrasta o 33%. Natomiast jeśli rodzic poniósł śmierć z innych przyczyn niż naturalne, na przykład w wyniku samobójstwa, ryzyko to wzrasta nawet do 84%. Ta zwiększona śmiertelność może nastąpić z jakiegokolwiek przyczyny, zarówno ważne są tu czynniki społeczne, jak i genetyczne. Naukowcy podkreślają w ten sposób, jak ważna jest opieka nad młodymi, którzy przeżyli takie doświadczenie, nie tylko w czasie żałoby, ale także w późniejszym okresie.



Czy patrząc na najśłynniejszy obraz świata również dostrzegacie u Mony Lisy pewne dolegliwości zdrowotne? Otóż włoski lekarz, dr Vito Franco z uniwersytetu w Palermo, na prawej powiece zauważył małego ksantomata. Może to świadczyć o tym, że kobieta cierpiała na hipercholesterolemię rodzinną, poważną chorobę genetyczną. Wysoki poziom cholesterolu potwierdza ponoć również słynny tajemniczy uśmiech, spowodowany tkanką tłuszczową odkładającą się w okolicach ust Mony Lisy.

W grudniu 1809 roku odbyła się pierwsza udana operacja usunięcia jajników. W tamtych czasach chirurdzy nie podejmowali się tego typu operacji, gdyż zwykle kończyły się one śmiercią pacjentek. Jednak w tym przypadku Amerykanka Jane Crawford w ciągu dwudniowej podróży konnej pokonała ponad 100 km by prosić doktora McDowell'a o pomoc. Pani Crawford zgłosiła się

do lekarza z oficjalną diagnozą przenoszonej ciąży. Ten jednak rozpoznał ogromną torbiel jajnika. Błagania pacjentki, która wolała ewentualną szybką śmierć zamiast powolnego konania, przekonały doktora McDowella. Operowanej podawano wyłącznie tabletki opium, które przynosiły tylko krótkotrwałą ulgę. Była więc przytomna podczas trwającego około 25 minut zabiegu i podobno przez cały ten czas śpiewała psalmy. Usunięto jej guz, który ważył ponad 10 kg oraz jajniki. Pani Crawford szybko doszła do siebie po operacji i żyła przez kolejne 32 lata.



Viagra, będąca pierwszym lekiem wzmagającym męską potencję, została wynaleziona przypadkowo. W 1989 roku dwaj brytyjscy naukowcy, Peter Dunn i Albert Wood, opracowali lek, który miał być stosowany w leczeniu dławicy piersiowej i nadciśnienia tętniczego. Specyfik okazał się nieskuteczny. Jednak u pacjentów poddanych badaniom klinicznym personel medyczny wkrótce zauważył niecodzienne zachowanie. Zawstydzeni mężczyźni na widok opiekuńczych pielęgniarek szybko przewracali się na brzuch, by ukryć nieco krepujący skutek uboczny. Dopiero po dłuższym czasie pacjenci opisali lekarzom dokładnie skutki zażywanego leku. Mimo że minęło już 25 lat, Sildenafil nadal jest poddawany testom. Spekuluje się, że viagra będzie skuteczna także w leczeniu nadciśnienia płucnego (lek pod nazwą Revatio), żeńskich zaburzeń seksualnych, zaburzeń pamięci lub jako przełomowy lek na alzheimera.

W sierpniu 2014 lekarze ze szpitala uniwersyteckiego w Pekinie wszczepili pacjentowi, chłopcu o imieniu Minghao, pierwszy na świecie implant fragmentu kręgosłupa, który został stworzony za pomocą drukarki 3D. Po sportowej kontuzji u 12-latkę wykryto złośliwego guza górnego odcinka kręgosłupa. Aby zapobiec rozprzestrzenianiu się nowotworu, lekarze zdecydowali się usunąć część drugiego kręgu. Brakująca część została zastąpiona specjalnie zaprojektowanym i misternie dopasowanym do sąsiednich kręgów implantem tytanowym, wydrukowanym w technice 3D. Takie rozwiązanie nie tylko umożliwiło dokładne odwzorowanie morfologii kości, ale także może wpłynąć na skrócenie czasu rekonwalescencji.

Fun with English

So is the next Fun with English class this Saturday?' asks a seven year old Hodgkin's Lymphoma patient of the Pediatric Oncology ward, Department of Pediatrics, Hematology and Oncology of the Medical University of Gdańsk. This enthusiasm always puts a smile on our faces.

Agata Bialek and **Caroline Mahajan**,
ED Pediatric Oncology Scientific Circle

Supervisors:
dr hab. med. Ewa Bień,
dr Małgorzata Krawczyk

For the last three years, the English Division Pediatric Oncology Scientific Circle has evolved greatly. Being started in 2011, by students and dr hab. Med. Ewa Bień and dr Małgorzata Krawczyk, we have accomplished many proud achievements that we wish to continue. Attending (and winning) conferences on an international level, organizing workshops for other medical students and events for the children on the ward, was just the beginning. Some of our most beautiful experiences come from the Fun with English classes organized for children with cancer, hospitalized at the Pediatric Oncology and Hematology wards.

Weekends at the Pediatric Oncology can be lonely and monotonous. The project Fun with English was started in 2011 to give children a chance for some other type of entertainment, a new learning environment, and a form of big brother/big sister bonding experience. A group of five to six medical students meet every weekend for a few hours in a seminar room in the clinic. We all bring materials such as paints, crayons, board games, books, sweets, treats and good music. Each week there is a new theme and a new way for the children to learn English, express creativity and simply just be 'young'. We travel around the world in the classroom, explore the seas, escape from the zoo and become kings and queens for the day. We get to know each child, learn about their likes and dislikes, their hobbies and even the names of all their siblings and pets. Some come down with IV pumps and masks, but that doesn't stop them or set them apart from each other. You can see their eyes smile as they make a mess with glitter and create a new craft to take upstairs for their hospital room.

When we started the program of Fun with English, we never thought that it would be such a success. As hesitant as the kids were to come down at first, we were also a bit scared. Many of us had never interacted with children outside of school exercises, or sick children for that matter. None of us knew if we would bring them joy, or if they would become more stressed. After a few classes, when we saw all the



smiles and laughs, we knew that what we were doing was exactly what the children were waiting for.

We are a group of students, all with different backgrounds and cultures. Yet, we have one thing in common, which is studying Medicine, in Gdansk, Poland, in the English Division program. Students from English Division are all from different corners of the world. We all have our unique cultures, traditions, languages and religions. There aren't many opportunities at the University for such diversity of students, getting together with patients outside of class hours. This project does not only teach the children English, but most of all teaches tolerance. Our little patients understand that being different is not actually scary, but natural. For some, it is the first time they have met people of a different culture and of a different race. Maybe thanks to this, in the future, they will not keep their distance from people who look different from them.

The parents of the patients also take part in a lot of the activities set up by us. In a sense, it is their way to get away from injections, medications, monitors and daily stresses. They share with us stories and create happy memories at the hospital with their children. They also get exposed to the interactions with foreign students. This opens their eyes to new cultures and religions, allowing them to see how similar and connected we all really are.

Despite the difficult studies in the Medical University, the entire project is doing their best to donate money, time and effort to arrange new activities. The projects effort was rec-



ED PAGES
Remedium




ognized at the ISSC conference in 2012 in Gdańsk, where it took first prize at the Paediatrics Session. Our helping hand has also been noticed by the Rector of MUG as the circle received a Rector's award in December 2013, where Fun with English contributed to this distinction.

Spending countless hours with the children made us more aware of the precautions that need to be taken when being around ill patients. Our patients are of greatest concern, as most are immunosuppressed. All of our students participating in the project readily went for the flu vaccination which showed much devotion and a new understanding for health awareness.

The children are giving us back something much greater. They show us what is really important in life, what really matters and how to grow together as a community. They open our eyes to see the world as beautiful, to appreciate the smaller things and most importantly to always smile and be grateful for every day that comes. With this program, we hope to continue to grow together, learn together and create lasting memories together.



Związek przyczynowo-skutkowy

Chciałem na wstępie zaznaczyć, że są to strony bardzo abstrakcyjne, więc jeśli *Remedium* znalazło się w Twojej ręce, bo chcesz poczytać coś lekkiego, przerzucić kartkę. Jeśli natomiast masz chwilę i chcesz pomyśleć o czymś ważnym, dalekim od wszystkiego z czym stykasz się na co dzień, zapraszam.

No to zaczynamy! W tym celu musimy się mocno cofnąć. Z czym kojarzy Ci się początek świata? Mi z pierwotną zupą. Bulgoczące molekule zderzające się ze sobą, tworząc, o dziwo, coraz bardziej skomplikowane twory. Ten przebieg zdarzeń nie będzie tak niesamowity dla fizyka czy chemika, każdy układ ma przecież prawo bytu, a czas jego istnienia będzie zależeć od tego, jak opłacalny energetycznie jest ten układ. Im wydajniejszy tym lepszy. W takim razie jak wytłumaczyć organizmy żywe? Jakie marnotrawstwo energii, mnożące się marnotrawstwo energii! Są to układy, które w całym tym szaleństwie wyrwały się rozrywającym materię wpływom. Losowe zderzenie stworzyły potwory na początku nie tak wielkie (dwie dziesiąte mikrometra dla małej bakterii), lecz z biegiem czasu urastające do imponujących rozmiarów (myślałem, że wieloryb wielkości 30 m będzie dostatecznym przykładem, ale trafiłem na doniesienia o zajmującej około 9 km² opieńce ciemnej...). I tak też my wyszliśmy z mitologicznego chaosu, pchani kolejnymi zderzeniami, sprawiającymi, że przy naszych wątych rozmiarach królujemy na Ziemi. Można by się wręcz oburzyć, jesteśmy pchani zderzeniami? Przecież my, dumni ludzie, mamy wolną wolę, jesteśmy ■



Łukasz Kutzke,
VI rok, kierunek lekarski

w stanie decydować o sobie! Ostatnio jednak nabrałem w tej kwestii wątpliwości... I nie zamierzam tu, broń Boże, poruszać żadnej metafizycznej tematyki! Wyjdę z dość odważną tezą. Wszystko jest sumą zderzeń albo, jak wolicie, zdarzeń. Zostawmy atomy i ich drżące cząstki. Teraz czas na skalę makro. Pomyśl o ostatniej nieprzyjemnej rzeczy, która Cię spotkała. Czy nie uważasz, że zmieniła ona twój kurs, a może sposób myślenia? Czy w takim razie masz wolną wolę, czy zostałaś po prostu pchnięty w kolejny tok wydarzeń, z którymi dasz sobie radę według tego, jakim uczyniło Cię życie, na podstawie tego co widziałaś i słyszałaś. Czyli na podstawie kolejnych zdarzeń z Twojego życia, czy powinienem powiedzieć zderzeń? Każda Twoja decyzja jest wynikiem wszystkich tych wpływów. Brzmi to trochę smutno. Na szczęście nie wszystko co nas spotyka jest negatywne. Skoro wiesz już to wszystko, na dodatek zderzyłaś/łeś się z tym co tu napisałem, zadecyduj by być tym pozytywnym wpływem na innych! Będzie to wolna wola czy kwestia tego, że poświęciłaś/łeś chwilę by przeczytać te strony? Szczerze? Sam nie wiem...

SKN Neurochirurgii

Zapraszamy na pierwsze spotkanie!

21 października 14:30

Sala seminaryjna Neurochirurgii, CMI



www.facebook.com/SKN.neurochirurgii

Witamina D – nowe horyzonty

Więści nadchodzące z randomizowanych badań sugerują, że niedobór witaminy D jest dość powszechnym czynnikiem ryzyka chorób z kręgow: autoimmunologicznych, metabolicznych, sercowo-naczyniowych, a nawet ogólniej śmiertelności. Witamina, dotąd wiązana jedynie z rolą w gospodarce wapniowo-fosforanowej, przeżywa obecnie rewolucję. W coraz większej liczbie krajów zostaje wdrażana polityka zdrowotna bazująca już nie na założeniu czy suplementować, tylko ile suplementować.

Aleksandra Gucka

IV rok, kierunek lekarski

Przemysław Waszak

VI rok, kierunek lekarski

Wiele razy antyczni i średniowieczni naukowcy/magowie podejmowali się wynalezienia panaceum – środka, który miałby likwidować wszelkie choroby, a nawet przywracać życie. W czasach bardziej współczesnych również tęskniono za takim rozwiązaniem, badając przeróżne mikroelementy, których niedobór miałby wiązać się z występowaniem całej gamy chorób. Wydawałoby się, że w obecnych czasach EBM koncepcja takiego środka nie ma szans na powodzenie. Jednakże liczne wieści nadchodzące z randomizowanych badań sugerują, że niedobór witaminy D jest dość powszechnym czynnikiem ryzyka chorób z kręgow: autoimmunologicznych, metabolicznych, sercowo-naczyniowych, a nawet ogólniej śmiertelności. Witamina, dotąd wiązana jedynie z rolą w gospodarce wapniowo-fosforanowej, przeżywa obecnie rewolucję. W coraz większej liczbie krajów zostaje wdrażana polityka zdrowotna bazująca już nie na założeniu czy suplementować, tylko ile suplementować.

11 lipca br. w Warszawie odbyła się I Konferencja Naukowa *Witamina D – eliksir zdrowia*, gdzie dyskutowano nad nową rolą witaminy D w polskiej populacji. Wśród prelegentów znalazło się liczne grono największych polskich ekspertów z dziedzin min. endokrynologii, promocji zdrowia, nauk podstawowych, farmacji oraz ginekologii.

Wśród ważnych do zapamiętania informacji znalazła się zależność między **wiekem pacjenta** a zawartością prekursora witaminy D w skórze. Okazuje się, że nastolatki (poniżej 20 r. ż.) mają 100% 7-dehydrocholesterolu, między 21 a 40 r. ż. posiadamy go 83%, a między 41 a 59 rokiem życia już tylko 66%. Tendencja jest wyraźnie malejąca.



Wskazano także na istotny wpływ witaminy D na środowiska **guza nowotworowego**. Zmniejsza ona proliferację komórek nowotworowych i angiogenezę, przez co zauważa się spadek śmiertelności, a także spadek liczby zachorowań na niektóre nowotwory wśród chorych suplementujących witaminę D.

Ciekawym omówionym zagadnieniem była rola witaminy D w **prokreacji**. Ze względu na zależność niedoboru witaminy D i wzrostu parathormonu, który pobudza do pracy androgeny, powinno zalecać się suplementację witaminą D kobietom cierpiącym na zespół policystycznych jajników. Co więcej, niskie stężenia witaminy D korelują z częstością występowania bakteriozy waginalnej. Okazuje się także, że wyższe stężenia witaminy D w płynie pęcherzykowym pozytywnie korelują ze skutecznością zapłodnienia pozaustrojowego na szkle. Jednak u chorych na endometriozę, wysokie poziomy witaminy D określa się jako niekorzystne. Właściwe stężenia witaminy D we krwi u mężczyzn wpływają pozytywnie na parametry nasienia, natomiast zarówno za niski (<20 ng/ml), jak i za wysoki (>50 ng/ml) poziom witaminy D mają negatywny wpływ na ruchliwość, morfologię i liczbę plemników.

Użycie kremów z filtrem zmniejsza syntezę witaminy D nawet o 90-95%.

W naszym położeniu geograficznym, wszyscy powinni suplementować witaminę D w okresie od października do kwietnia.

Dla sprawdzenia stężenia witaminy D oznaczamy poziom 25-(OH)-D.

Dla prawidłowej syntezy witaminy D wystarczy ekspozycja 18% ciała na słońcu przez 15 minut dziennie w godzinach od 10 do 15.

Paragraf a lancet

Skoro już zdecydowałem się poruszyć ten drażliwy temat, trzeba go oświetlić ze wszystkich stron, aby dać miarę trudności całej kwestii. Przejdźmy z kolei od prawników do lekarzy. Uderzyć może jedno; mianowicie, że na ogół lekarze są tu mniej liberalni od prawników. Na razie mogłoby to zdziwić: jak to, oni, którzy bardziej niż ktokolwiek znają bezmiar niedoli kobiecej? A jednak tak; faktem jest, że do tego zagadnienia społecznego, jakim jest niewątpliwie objaw masowego przerywania ciąży, lekarze odnoszą się niechętnie.

Składa się na to szereg przyczyn. Po pierwsze, nie są, jak prawnicy, z

zawodu swego zmuszeni ogarniać całości społecznego mechanizmu; trwają tedy, po większej części, w nawykach myślowych, w których wzrosli. Po wtóre lekarze mają w tej sprawie odrębne stanowisko: oni są tu *wykonawcami*. Otóż, gdyby nawet prawo zwolniło zupełnie zabieg przerywania ciąży od kar, zawsze zostanie w nim dla lekarza coś, przed czym będzie się wzdrygało jego poczucie lekarskie: jego zadaniem jest leczyć choroby, nie zaś — dla względów obcych na pozór [9] jego sztuce — przerywać stan fizjologiczny u osoby zdrowej, może narażając ją na chorobę. Lekarze wiedzą, że zabieg ten, mimo że, o ile wykonany umiejętnie, na ogół nie niebezpieczny, zawsze jednak jest zdradliwy i może mieć niepożądane skutki. Wprawdzie wzorowo wykonane przerwanie ciąży mniej — procentowo — przedstawia ryzyka od porodu, ale w przeciwnieństwie do porodu, całe spada na odpowiedzialność lekarza. Jest to więc zabieg, w istocie swojej, dla lekarza niesympatyczny; i słusznie. Na to ktoś patrzący szerzej odpowie: *Zapewne, zabieg jest nieobojętny i niesympatyczny, ale faktem jest, że istnieje; gdy go nie robi lekarz, robi go kto inny, i wówczas jest sto razy gorzej*. I też ma słusność.

Z drugiej strony, wchodzą tu w grę skrupuły etyki lekarskiej. Nie ma co obwijać w bawełnę: gdy pewna ilość lekarzy uprawia na wielką skalę przerywanie ciąży i czerpie stąd znaczne zyski, inni, widząc w tym igraniu z kodeksem umję dla stanu lekarskiego, podwajają swą surowość. W każdym razie, lekarze mają tendencję zamykać się w sferze względów ściśle lekarskich; *reszta, powiadają, nie należy do nas, niech się tym kłopotuje społeczeństwo*. Widzimy zgola ekscesy surowości takie, że w niektórych towarzystwach ginekologicznych stawiano wnioski, aby lekarze, poza swoją przysięgą lekarską, zobowiązali się *słowem honoru*, że nigdy, pod żadnym pozorem (oczywiście poza bezpośrednim niebezpieczeństwem matki), nie będą prze-

Tadeusz Boy-Żeleński,

lekarz pediatra, pisarz, tłumacz literatury francuskiej
1874-1914



Wikipedia.pl

rywali ciąży. I z pewnością niejedna kobieta pada ofiarą owej surowości, spo-

wodowanej tendencją do oczyszczenia stanu lekarskiego i obmycia go z krzywdzących podejrzeń. I oto tragiczny paradoks: gdy „nieetyczny” lekarz jest często zbawcą, lekarz etyczny bywa niemniej często zabójcą. Bo owa nieszczęsna sprawa ma tę właściwość, że często rzecz, dobrze i uczciwie pomyślana, działa w skutkach najfatalniej. Tak np. obowiązek lekarza donoszenia o wypadkach zakażenia, w praktyce okazuje się szkodliwy, bo kobieta, bojąc się lekarza, często nie wzywa go nawet w ostateczności.

Słusznie zaczyna swój wstęp do broszury prof. Glasera lekarz prof. Jakowicki, że *chcąc krótko scharakteryzować stosunek większości współczesnych społeczeństw do sprawy sztucznych poronień, musimy powiedzieć, że on jest przede wszystkim nieszczerzy*.

Nieszczerość ta odbija się poniekąd i na stanowisku lekarzy.

Nie może być inaczej. Lekarz, który chce być posłuszny ustawie i swojej lekarskiej przysiędze, musi być nieubłagany. Odmawia wręcz nieszczęsnej kobiecie, która błaga go o ratunek, odmawia biednej porzuconej dziewczynie lub ślubnej zbiedzzonej matce kilkorga dzieci niezdolnej udźwignąć jeszcze jednej ciąży. Lekarz odmawia; — gdzie ona pójdzie ze swoim kłopotem — do Wisły czy do „baby” — to nie jego rzecz. Często wraca w ręce lekarza, ale przywieziona w ciężkim stanie do kliniki lub wraca w jego ręce — na stole sekcyjnym. Toteż znamienne jest, że ten, który z zawodu swego ma sposobność spotkać się z tymi konsekwencjami „nieprzejednania” lekarzy, warszawski profesor medycyny sądowej, stanowczo wypowiada się za zniesieniem morderczego paragrafu i w ogóle „karalności”.

Lekarz, Obyczajne Czasem — właśnie jedna z matek zwierza mi listownie taki wypadek — lekarz, tknięty współczuciem,

mówi: *Ja tego zrobić nie mogę, ale niech pani idzie do aku- szerki, a jak się zacznie krwotok, niech pani mnie wezwie, albo niech pani jedzie na klinikę.* I ten sam lekarz udziela – wówczas z czystym sumieniem – pomocy, o ileż w gor- szych warunkach! Znowuż hołd obłudzie społecznej – ale jakim kosztem?

Otóż ta katońska surowość ma swoją mniej sympatyczną stronę. Jak każde „nieprzejednanie” – mówiliśmy o tym w dyskusji „rozwodowej” – tak i ta rzecz ma swoje „konsystorskie dziewice”. Nie dla wszystkich jest medycyna tak nieubłagana; istnieją sposoby obejścia jej skrupu- łów. Skoro inny lekarz – czy dwóch lekarzy – znajdą jakieś – bodaj fikcyjne – wskazanie lekarskie do przerywania ciąży, wówczas specjalista może go dokonać z czystym su- mieniem. Rozłożona niejako „na cztery ręce”, rzecz staje się o wiele mniej drażliwa. Ale furtka ta zachowana jest dla klas uprzywilejowanych. Stąd znowu paradoks: im kobieta, dzięki swemu położeniu, łatwiej mogłaby urodzić i wycho- wać dziecko, tym łatwiej jej się postarać o przerwanie ciąży.

Nie ma co obwijać w bawełnę: gdy pewna ilość lekarzy upra- wia na wielką skalę przerywa- nie ciąży i czerpie stąd znaczne zyski, inni, widząc w tym igra- niu z kodeksem ujmę dla stanu lekarskiego, podwajają swą su- rowość. W każdym razie, leka- rze mają tendencję zamykać się w sferze względów ściśle le- karskich; reszta, powiadają, nie należy do nas, niech się tym kłopotuje społeczeństwo.

ży; na te natomiast, które rzeczywiście są w położeniu przy- musowym i tragicznym, na te spada nieubłaganym cięża- rem surowość etyki lekarskiej. I to – powtarzam – ostudza nasze dla tej etyki uznanie.

Mam przed sobą przejmujący w swojej nagiej prawdzie list biednej pracownicy, mężatki, matki czworga dzieci, które stara się jak najlepiej wychować, ale piątego urodzić już nie czuła się na siłach, ani też nie widziała możliwości wy- chowania go. Z zaświadczeniem dwóch lekarzy udaje się do kliniki; świadectwo opiewa, że *wskazane jest przerwa- nie ciąży z powodu wady serca, ogólnego wyczerpania i anemii.* Idzie na klinikę, kliniczni lekarze obserwują ją dwa dni i – oświadczają, że może rodzić... Nie jest do pomysle- nia, aby z takim świadectwem – a nawet bez niego – ko- bieta z klas uprzywilejowanych nie znalazła pomocy lekar- skiej dla przerywania ciąży. Gdy się ma tę świadomość,

wówczas ta nadsumiennność lekarska, w tym wypadku po- nad wszelki obowiązek, wydaje się dość wstrętą.

Bo, gdyby nawet ta robotnica nie była chora, tylko po pro- stu wycieńczona i biedna, zachodziłoby tutaj typowe wska- zanie społeczne do uwolnienia jej od niepożądanego ciąży. Te wskazania społeczne coraz bardziej wdzierają się na- wet w najmniej dostępne pozazawodowemu myśleniu ciała lekarskie. Gdy „prawo wyższej konieczności” (tak jak je świeżo jeszcze pojmował projekt naszego kodeksu) doty- czyło tylko wskazań lekarskich, obecnie wszyscy zaczynają rozumieć, jak formalistyczne i nieludzkie jest to zasklepie- nie. Zaczyna się już potocznie – w teorii na razie – opero- wać nowymi pojęciami, jak *wskazania prawne* i *wskazania społeczne*.

Wskazania prawne, to przede wszystkim *gwałt*. Kodyfikato- rzy zaczynają czuć niemoralność tego, aby osoba, która niewinnie padła pastwą zbrodni, musiała następstwa tej zbrodni ponosić. Wyłoniła się ta kwestia zwłaszcza w cza- sie wojny, wobec częstych wypadków gwałtu przez nieprzy- jacielskich żołnierzy. Jak barbarzyńsko-formalistyczny był dawniejszy – i dotychczas obowiązujący – sposób patrzenia, niech świadczy wypadek, który się zdarzył w Niem- czech w r. 1924, cytowany przez prof. Glasera (*Kilka uwag o spędzeniu płodu*). Oto sprawozdanie lekarza okręgowego i sądowego: *Dziesięcioletnia dziewczynka, nadużyta płcio- wo przez swego ojczyma, zaszła w ciążę. Zarówno lekarz właściwego szpitala, jak i kierownictwo uniwersyteckiej kliniki kobiecej odmówiło pomocy, powołując się na §§ 218 niem. ustawy karnej. Również odniesienie się do mini- sterium sprawiedliwości pozostało bez skutku. Dziecko musiało płód donosić.* Cytują i inny wypadek, gdy dziecko, mniej więcej w tym samym wieku, zapłodnione przez wła- snego ojca, gdy mu odmówiono przerywania ciąży, skończy- ło samobójstwem! Dodajmy, że dziecko urodzone przez takie dziecko niezdolne jest do życia i rychło umiera; cała więc męczarnia jest „społecznie” daremna!

To są wskazania prawne, które dyskutuje się obecnie wszędzie, ale dla których dotąd nie widzimy miejsca w pro- jekcie naszej Komisji Kodyfikacyjnej. A cóż dopiero wska- zania społeczne! Tę drażliwą kwestię każdy chce zepchnąć na drugiego. Prawnik myśli tak: niech lekarz znajdzie jakąś chorobę, to zawsze można pod jej płaszczykiem przemycić wskazania społeczne do przerywania ciąży. Owszem, lekarz znajdzie, ale wtedy, kiedy zajdzie w ciążę panna hrabianka lub kiedy nie chce się dziecka pani bankierowej; ale, jak widzimy, nawet rzetelne świadectwo dwóch lekarzy nie wystarczy biednej wyrobnicy, aby skłonić bezduszną i cia- sną „etykę lekarską” do wykonania zabiegu, za którym w danym wypadku przemawia ludzkość i sumienie społecz- ne.

Są co prawda lekarze, którzy we własnym sumieniu znaj- dują wskazówki postępowania. *Kiedy widzę prawdziwą życiową konieczność, nieszczęście, wówczas nie waham się udzielić pomocy, ale czynię to bezpłatnie; ze złamania niedorzecznego i nieludzkiego prawa nie chcę czerpać zysku,* powiadał mi wręcz jeden z takich lekarzy. Na ogół jednak, tego, aby sami lekarze chcieli wziąć na siebie tę decyzję, tego, zdaje się, nie można się spodziewać. ►

Już wskazania lekarskie zaledwie są przemyczone w kodeksie elastycznym określeniem „prawa wyższej konieczności”, przy czym nigdy lekarz nie ma pewności, czy nie będzie włączony po sądach. Co do *wskazań społecznych*, odpowiada tedy stanowczo: to nie moja rzecz. Wprawdzie w szeregu odczytów urządzanych rok temu przez Warszawskie Towarzystwo Ginekologiczne znajdujemy piękny referat dr Zofii Garlickiej *Wskazania społeczne przerywania ciąży*, ale w dyskusji, jaka się na ten temat wywiązała, zapadła uchwała taka: *Warszawskie Tow. Ginekologiczne wyraża zapatrywanie, że ustalanie wskazań socjalnych do przerywania ciąży nie należy do zadań zreszezeń naukowo-lekarskich. Jednakże Warsz. Tow. Ginekologiczne uważa za konieczne, aby sfery kompetentne w możliwie krótkim czasie sprawę tę uregulowały.*

Tym wyraźniej zaznaczyłaby się kwestia: *Do kogo to należy?* – gdyby – po odpowiedniej reformie kodeksu – chodziło o rozstrzygnięcie poszczególnych wypadków. Światlejsi lekarze rozumieją oczywiście znaczenie wskazań socjalnych, które w niczym nie są mniej ważne od lekarskich; ale odpowiadają: *My nie jesteśmy powołani, aby to rozstrzygać; przekracza to nasz obowiązek, naszą kompetencję i nasze środki do ustalenia prawdy. Niech to rozstrzyga sędzia.* Inni (dr Altkaufer) proponują stworzone umyślnie komisje, składające się z sędziów, jako przedstawicieli sprawiedliwości i sumienia społeczeństwa, z przedstawicieli instytucji w rodzaju *Ochrony nad matkami i dziećmi*, i ze znanych społeczników (*pożądany w komisjach jak najliczniejszy udział kobiet*). To jest projekt dra Altkaufera, sformułowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Ginekologicznego.

Komisja! Zapewne, pięknie to wygląda na papierze, ale wyobraźmy sobie tego rodzaju zbiorowe ciało, mające rozstrzygać sprawy drażliwe, wymagające tajemnicy i szybkiej decyzji! Wyobraźmy sobie kobiety, które byłyby zmuszone przed taką komisją, złożoną z sędziów, społeczników i kobiet, odsłaniać swoje najtajniejsze niedole! Komisja, przypuśćmy, jej racji nie uzna, a to, co chciała właśnie utaić, stanie się publiczną tajemnicą. Aby takie komisje mogły funkcjonować, musiałaby się bardzo zmienić psychika społeczeństwa. A co będzie z tymi, których komisja nie uzna: czy wrócą do domu i będą czekały rozwiązania? Nie łudźmy się: pójdą do akuszerki, albo same będą próbowały wszelkich możliwych i niemożliwych środków. Więc co właściwie się wygra? Zapewne coś; to, że znaczny odsetek kobiet, które dziś ronią pokątnie, mógłby przejść ten zabieg w pomyślnych warunkach. I to, że ucyni się wyłom w istniejącym fałszu, że rzecz wyjdzie z martwego punktu. Zawsze to krok naprzód; jeżeli niepodobna zważyć wręcz morderczego paragrafu, niechby były komisje, pokaże [10] się, jaki dadzą rezultat.

Tak więc, w ostatnim czasie, zagadnienie narzuca się wszędzie; zmusza nawet lekarzy, aby wyszli ze swego ciasnego zawodowego stanowiska. Od sekretarza Naczelnej Izby Lekarskiej, dra Mozołowskiego, dowiedziałem się, że ta Naczelna Izba, która rok temu oddaliła w ogóle tę kwestię jako nie należącą do jej sfery działania, obecnie zamierza przystąpić do jej rozpatrzenia [11].

Na jedno niebezpieczeństwo trzeba tu jeszcze zwrócić

uwagę. W ostatnim czasie, kiedy w Komisji Kodyfikacyjnej powiał wiatr seksualnego liberalizmu, wysunął się projekt, aby zwolnić od odpowiedzialności karnej matkę, zawiesić natomiast nadal miecz prawa nad tymi, którzy jej do przerywania ciąży pomagają. Miałoby to ten skutek, że lekarz byłby podwójnie narażony. Obecnie, wspólność przestępstwa tworzy niejaką solidarność: w razie zapewnionej bezkarności matki, zawsze lekarz znajdowałby się pod grozą szantażu lub rekryminacji kobiety, której pomógł w niedoli. Tym bardziej lekarze wzdragałoby się dokonywać tego zabiegu, tym bardziej więc srożyłoby się pokątne partactwo. Usunięcie z kodeksu karalności matki, bez odpowiednich reform w innych punktach, byłoby dla kobiet zdobyczą czysto teoretyczną – bo i tak u nas się ich za to prawie nigdy nie karze – a mogłoby ogromnie pogorszyć higieniczną stronę tego „występku”.

Widzimy już z tego pobieżnego szkicu, jakimi trudnościami najeżona jest cała kwestia. I niech czytelnik sobie nie wyobraża, że ktokolwiek walczy z zapałem w obronie przerywania ciąży. Wręcz przeciwnie; wszyscy uważają to za ostateczność, która powinna by jak najrychlej zniknąć z życia społecznego. Zamiast przerywać i zabijać życie, powinno by się stworzyć warunki, w których matka mogłaby z radością dziecko urodzić. A tam, gdzie to niemożliwe, tam, zamiast przerywać ciążę, powinno by się nie dopuszczać do niej. I o tym interesującym ruchu, który pod mianem *neomaltuzjanizmu* [12] – jawnie lub tajnie, głośno lub milcząco, zależnie od warunków i możliwości – szerzy się w różnych krajach – pomówimy w jednym z następnych artykułów.

[9] *gdyby nawet prawo zwolniło zupełnie zabieg przerywania ciąży od kar, zawsze zostanie w nim dla lekarza coś, przed czym będzie się wzdragało jego poczucie lekarskie: jego zadaniem jest leczyć choroby, nie zaś, dla względów obcych na pozór jego sztuce, przerywać stan fizjologiczny u osoby zdrowej, może narażając ją na chorobę.* – Mówię na pozór, bo wszak nie tylko bezpośrednie zdrowie jednostki jest przedmiotem medycyny, ale i najszerzej pojęta higiena społeczna. [przypis autorski]

[10] pokaże się – dziś: okaże się.

[11] *Od sekretarza Naczelnej Izby Lekarskiej, dra Mozołowskiego, dowiedziałem się, że ta Naczelna Izba, która rok temu oddaliła w ogóle tę kwestię jako nie należącą do jej sfery działania, obecnie zamierza przystąpić do jej rozpatrzenia* – w następstwie, Naczelna Izba Lekarska powołała w tym celu osobną komisję; zaszczycono mnie zaproszeniem do wejścia w jej skład i... od tego czasu więcej o niej nie słyszałem! [przypis autorski]

[12] *neo-maltuzjanizm a. neomaltuzjanizm* – pogląd, według którego przeludnieniu należy zapobiegać za pomocą regulacji urodzeń; pochodzi od maltuzjanizmu, tj. statycznej teorii zasobów, głoszonej przez Thomasa Malthusa (1766-1834). Zauważył on, że przyrost ludności powoduje ubożenie społeczeństwa i dlatego należy mu zapobiegać, opóźniając zawieranie małżeństw i ograniczając pomoc społeczną dla uboższych tak, aby się nie rozmnażali.

Tadeusz Boy-Żeleński
Fragment książki *Pieśń kobiet*
[w:] *Wolne Lektury.pl*

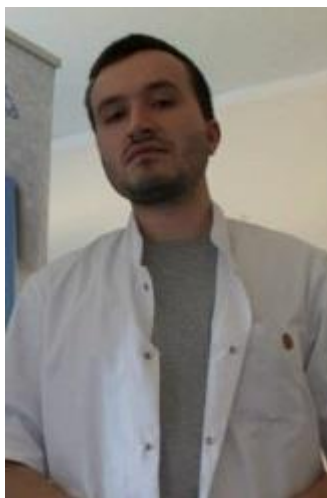
Nowe Średniowiecze – dlaczego edukacja medyczna powinna być kluczowa dla rozwoju w XXI wieku?

Jeszcze niedawno wydawało mi się, że medycyna jest dziedziną opartą wyłącznie na fundamentach naukowej wiedzy – dyscypliną, gdzie wszystko jest jasne, bo udowodnione za pomocą EBM. Wydawało mi się, że wszelkie ruchy antymedyczne, to jedynie socjologiczny folklor. Jednak wystarczyło dosłownie kilka letnich tygodni, żebyśmy wszyscy usłyszeli, że śmierć mózgu tak naprawdę jest fikcją wymyśloną przez handlarzy organami, szczepionki to element nowej eugeniki, a aborcja to wymysł krwiożerczych lekarzy-morderców.

Czy coś jeszcze może nas zaskoczyć? W pewnym sensie nie dziwi, że przyklaskuje tym pomysłom konserwatywne duchowieństwo. Jednak zupełnie niezrozumiałe jest to, z jaką łatwością podążają za tymi poglądami (a nawet je lansują) niektóre osoby związane z służbą zdrowia; często tytułujący się profesorskim stopniem.

Kiedy to wszystko się zakończy? Czy aby na pewno osiągnęliśmy już apogeum absurdu? Ja osobiście czekam aż podniesie się raban na neurochirurgów, że pod pozorem leczenia głęboką stymulacją mózgu, tak naprawdę wszczepiają ludziom do mózgu diabelskie urządzenia, które oddają ich umysły w ręce szatana... Czy naręcona spirala już nawet nie pseudomedycznych, ale jawnie antymedycznych frustracji zaprowadzi nas kiedyś z powrotem w samo serce średniowiecza? Dla niektórych wyżej wymienionych grup byłoby to chyba ucieleśnienie ich najszybszych marzeń. I może dopiero oprzytomnieliby, gdy stanęliby oko w oko z dżumą, wypalaniem ran i płonącymi stosami...

Myślę, że festiwal pseudonaukowej degrengolady wcale nie wygaśnie wraz z końcem wakacji. Jego wybuch nie był jedynie skutkiem tzw. sezonu ogórkowego w mediach. Jest elementem znacznie szerszego zjawiska społecznego, który można scharakteryzować zapożyczonym od Tofflera określeniem *szok przyszłości*. Jest to odpowiedź frustracją na pędzący postęp nauki, ale i wzrastającą rolę medycyny w biopolitycznym państwie (tym samym i władzę lekarzy!). Jak pokazują nam przykłady znacznej części państw OECD – ciężko jest takiego wybuchu szoku uniknąć. Część społeczeństwa w ten właśnie bezradny sposób reaguje na niezrozumiały (w warstwach podświadomości) postęp medycyny i jej wkroczenie niemal do każdej sfery życia. Przy tym nie jest to zjawisko wcale nowe w nowożytnej historii – pierwsze protesty antyszczepionkowe miały bowiem już miejsce w XVIII wieku!



Przemysław Waszak,
VI rok,
kierunek lekarski,
Erasmus+
University of Turku

Władza – myślę, że ten fakt bardzo pomijamy w naszym myśleniu o medycynie, ale czy chcemy tego czy nie, właśnie tak jest. Dowodzą tego zresztą kontrowersje wokół Deklaracji Wiary lub sprawy prof. Chazana – gdzie tak naprawdę chodzi po prostu o ideologiczną władzę nad pacjentem. Ale medycy na co dzień decydują o znacznie większej liczbie kwestii – począwszy od zwolnienia lekarskiego, a na stwierdzeniu śmierci skończywszy. Powinniśmy władzę umieć rozsądnie rozporządzać, tak, by nie narzucać się pacjentowi z kolejnym niezrozumiałym totalitaryzmem (po nazizmie, komunizmie, teraz nastał medykalizm – jak twierdzą niektórzy). Wymaga to nie tylko wyzbycia się lekarskiej wyższości, ale przede wszystkim wyjaśnienia celowości wykonywanych badań i zabiegów, na każdym kroku respektując zdanie pacjenta.

Jednak samo rzetelne tłumaczenie kwestii zdrowia i choroby na niewiele się zda, jeśli nie będzie uzupełnione szerszej zakrojonym projektem na rzecz poprawy edukacji zdrowotnej ludzi w Polsce. Powinny powstać programy edukacyjne adresowane do szerszej publiczności. Dziś biologia nauczana w szkole niestety nie spełnia swojego zadania. Wtłacza ludziom wiedzę o podziałach komórkowych, zamiast o szczepionkach, epidemiologii, procesach prowadzących do choroby i do śmierci. Ta luka potem musi być gdzieś zapełniona. I niestety przy braku odpowiednich działań, bywa zapełniana mrocznymi teoriami spiskowymi, których efekty możemy naocznie obserwować. Myślę, że zmierzenie się z tymi społecznymi problemami jest jedną z ciekawszych rzeczy, którą możemy zrobić w najbliższej przyszłości. I wydaje mi się, że również w tym duchu powinniśmy się przygotowywać do przyszłej zawodowej pracy.

Remedium



Współtwórz to czasopismo z nami!

www.remEDIUM.gumed.edu.pl



[/remedium.gumed](https://www.facebook.com/remedium.gumed)



Pobierz naszą aplikację!

