



Dodatek do Gazety AMG

Remedium



POSZUKUJĄC KLUCZA DO UMYSŁU...

Psychochirurgia Dylematy psychiatrii XXI wieku

Poza tym: "MOSTum, Kuchenne rewolucje,
Prawo w medycynie, Wolontariat w Indiach.

Wszystko zaczyna się w Twojej głowie

Remedium


facebook.com/remedium.gumed

Polub nas na



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



W TYM NUMERZE:

Anatomia szaleństwa: dylematy psychiatrii na początku XXI wieku	3
Psychochirurgia – ciemna strona medycyny	6
Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego	8
MOSTum – Erasmus w Polsce	9
Jak przeżyć niesamowite wakacje i przywieźć z nich certyfikat?	10
Kuchenne rewolucje	14
Biblioteka aktywnego studenta – podcasty	17
Doktoranci GUMed	18
Wolontariat dla odważnych	19
Medycyna i prawo – wywiad z dr. Markiem Koennerem	21



Przemysław Waszak
redaktor
prowadzący

Każde Twoje działanie i jego postrzegany skutek, każdy sukces i porażka mają swój początek w umyśle. Sfera psychiczna ma decydujące znaczenie dla naszych życiowych losów. Niedostrzegana lub lekceważona łatwo prowadzi na manowce. Przecenienie swoich możliwości, nieadekwatna ocena sytuacji, wreszcie frustracja i kompleksy, a nawet psychiczna choroba – to przypadki znane nam z codzienności. Dlatego w tym numerze *Remedium* podejmujemy zagadnienia z obszaru psychiatrii, chcąc zwrócić Waszą uwagę na wzrost znaczenia tej dziedziny.

Psychologia jest istotna dla rozwoju każdego z nas. Kluczem do rozwoju jest zrozumienie samego siebie i własnej podmiotowości. Niewiele da się zdziałać w świecie, jeśli nie ma się solidnych podstaw tworzących własną hierarchię wartości. Tym zagadnieniom, jak na złość, poświęca się coraz mniej czasu i miejsca, także w szkołach. Sale, w których gościmy na wykładach, mają nadane imiona znakomitych lekarzy i naukowców, którzy swoim życiem związali się z naszą Uczelnią. Ich życiowe drogi, często pogmatwane, wymagały od nich znacznego poświęcenia, hartu ducha i głębokiego poczucia misji. Natomiast we wnętrzach audytoriów w ogóle nie mówi się o tych cechach. Zupełnie jakby charakter i postawy życiowe były kwestiami, którym każdy student ma lepiej lub gorzej zająć się na własną rękę. Postaw nie da się zbudować jedynie na książkowej wiedzy i być może dlatego na kolejnego znakomitego medyka przyjdzie nam poczekać jeszcze długo. A nawet gdy już się pojawi, to jego szczególne przymioty osobowe będą najpewniej konsekwencją fenomenalnych genów, nietuzinkowego wychowania rodzinnego lub indywidualnego rozwoju duchowego, ale na pewno nie skutkiem wpływu *Alma Mater*.

Kwestia podmiotowości to problem dużo szerszy niż tylko jednostki. Polska i Polacy chcąc osiągnąć postęp, powinni zająć się nie tylko stawianiem kolejnych nowoczesnych budowli, ale także zajrzeć w głąb samych siebie. Spróbować pokonać balast psychiczny, który dźwigamy z historii. Wieki bycia folwarkiem średniowiecznej Europy, a następnie utrata wolności na wiele dekad – rozbiory, wojny światowe, kolonizacja przez ZSRR – znacznie uszczupliły nasze poczucie własnej sprawczości. Polskie firmy nadal są podwykonawcami zachodnich koncernów, politycy zyskują poparcie licytując się tym, kto więcej wyżebrze z Unii Europejskiej, a my, mimo że mamy już nowoczesne autostrady, parki naukowe oraz szpitale, wciąż nie czujemy się w Polsce pewnie i dobrze.

Kody kulturowe i mentalne wzorce oddziałują silnie od samego początku naszego życia. Rodzice zbyt często uważają, że najwyższymi wartościami, które powinno się wpoić pociechom są: grzeczność, podporządkowanie autorytetom i niewychylanie się przed szereg, zamiast kreatywności, niezależności i gotowości do wzięcia odpowiedzialności za kogoś lub za coś. Niestety, ten sam schemat powtarza się następnie przez okres przedszkola, szkoły i studiów, gdzie zresztą i tak jest już często za późno, by coś zmienić.

Czy zatem jesteśmy skazani na takie beznadziejne trwanie? Nie, ponieważ wszystko nie tylko zaczyna się, ale i wszystko kończy się w naszej głowie. Zapraszam do lektury nowego numeru *Remedium*!

Redakcja: Kamila Bamben, Łukasz Budyńko, Paulina Kalinowska, Mateusz Kapelan, Kryspin Kiedrowski, Anna Kowalczyk, Małgorzata Krzeszowska, Zuzanna Lewicka (wicedaktor prowadząca), Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Agnieszka Szelażek, Wiola Urban, Przemysław Waszak (redaktor prowadzący)
Stali współpracownicy: Anna Kluk, Piotr Łukasiewicz, Marianna Rogowska
Korekta: Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok. Redakcja: mgr Tadeusz Skowrya
Zdjęcia: materiały autorów, www.sxc.hu, Wikipedia.pl; Okładka: Agnieszka Borowska
Remedium stanowi dodatek do *Gazety AMG*

Anatomia szaleństwa: dylematy psychiatrii na początku XXI wieku

W środowisku psychiatrów toczy się od kilku lat emocjonująca debata. Jej rezultat już w nieodległej przyszłości może wywrzeć duży wpływ na sposób praktykowania tego zawodu. Ponieważ strony sporu odwołują się głównie do zachodnich standardów terapii, do tej pory nikt w Polsce nie wykazywał większego zainteresowania jej przebiegiem. Udane książki, przybliżające szerszej publiczności przyczyny dyskusji, są dostępne tylko w języku angielskim, co dla wielu stanowi poważne utrudnienie. Sam natrafiłem na jej ślad w sieci zupełnie przypadkiem. W moje ręce niespodziewanie wpadły publikacje, które zmusiły mnie do gruntownego przemyślenia własnych poglądów.

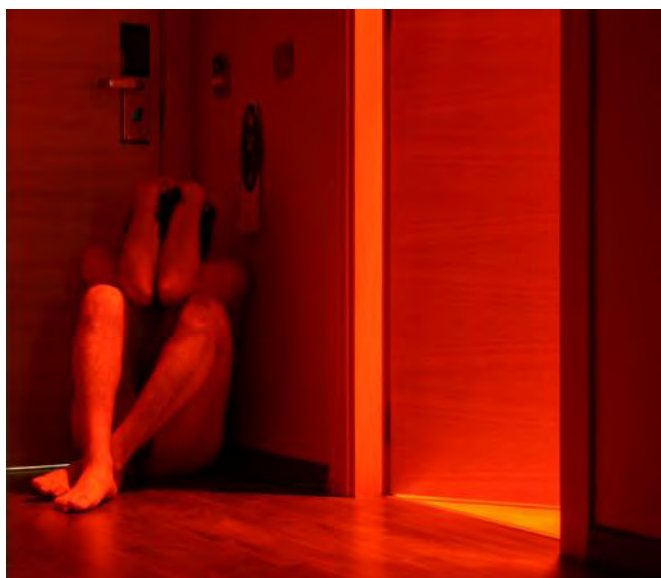
Łukasz Budyńko

V rok, kierunek lekarski

Kilkoro badaczy, niezależnie od siebie, publicznie zadawało to samo pytanie: Czy współczesny model leczenia zaburzeń psychicznych rzeczywiście sprawdza się w praktyce? Już po sposobie jego sformułowania można było się spodziewać, że ich poglądy na ten temat były podobnie nieprzychylnie. Za to wnioski, które na tej podstawie wyciągnęli, znacznie się od siebie różniły. Ktoś mógłby przypominieć, że psychiatria w przyszłości nieraz stawała się przedmiotem mniej lub bardziej uzasadnionych ataków. Zaliczane do nurtu tzw. antypsychiatrii prace Michela Foucaulta, Ronalda D. Lainga, Thomasa Szasza, a w Polsce Kazimierza Dąbrowskiego otwarcie podważały założenia, na jakich oparto tę dziedzinę medycyny. Krytyka ta była jednak prowadzona głównie w oparciu o wartości humanistyczne i praktycznie nie oferowała żadnej rozsądnej alternatywy.

Dwie strony tego samego

Dzisiejsza opozycja ma zupełnie inny charakter. Autorzy tak jak publicysta Robert Whitaker, prof. Irving Kirsch czy psychiatra Daniel Carlat nie kwestionują realności chorób psychicznych ani nie próbują relatywizować cierpień samych pacjentów. Swoje tezy wysuwają na podstawie danych z badań naukowych, w zgodzie z zasadami medycyny opartej na faktach. Przede wszystkim deklarują otwartość na dalszy dialog oraz chęć znalezienia konstruktywnego wyjścia z obecnego impasu. Ten zaś jest coraz łatwiej dostrzegalny. W ciągu ostatnich 50 lat nastąpił



przewrót, który miał na dobre odmienić oblicze psychiatrii. Wynaleziono w tym czasie leki ukierunkowane na wszystkie główne typy zaburzeń psychicznych: schizofrenię, depresję, zespoły lękowe oraz chorobę dwubiegunową. Osiągnięcia te ogłoszono triumfem nauki; nikt od tej pory nie śmiał kwestionować wiary w racjonalność i skuteczność dostępnych rozwiązań. Chorzy, którzy w ten sposób nie chcieli się leczyć, spotkali się z powszechnym potępieniem. Dla koncernów farmaceutycznych leki psychotropowe stały się produktem priorytetowym, źródłem ogromnych zysków oraz motorem dalszego rozwoju.

Uważny obserwator zauważył jednak paradoksy, które nie powinny mieć miejsca według powyższego optymistycznego scenariusza. Liczba chorych psychicznie nieubłaganie wzrasta. Zaburzenia z tej grupy są coraz częstszą przyczyną rezygnacji z pracy i przejścia na zasiłek zdrowotny (dane z USA). Obowiązujące, bardzo zresztą ogólne, teorie patogenezy chorób psychicznych nie ułatwiają postawienia prawidłowej diagnozy. Na ich podstawie nie da się też przewidzieć odpowiedzi na wdrożone leczenie. Rozpoznanie stawia się wedle arbitralnych list kryteriów (DSM lub ICD), które z wydania na wydanie wyróżniają coraz więcej nowych odchyleń. Jakość badań klinicznych bywa dyskusyjna; w przeszłości większość z nich sponsorowali producenci leków, co mocno osłabia wiarygodność wyników. Relacje między sektorem farmaceutycznym a →





środowiskiem lekarskim i akademickim często przybierają formy patologiczne. Drastyczne rozbieżności między dwoma przytoczonymi narracjami rodzą pytania, na które odpowiedzi spróbowali udzielić wspomniani przeze mnie autorzy.

Droga, którą przebyliśmy

Dziesięć lat temu Robert Whitaker, ceniony amerykański historyk oraz dziennikarz prasowy, zaczął analizować przyczyny obecnego stanu rzeczy. W przeszłości miał on przychylny stosunek do branży farmaceutycznej, której poświęcił wiele artykułów. Historią terapii osób psychotycznych zainteresował się po natrafieniu na zaskakujące niespójności w wynikach badań nad schizofrenią, prowadzonych w latach 90. XX wieku. W książce *Mad in America* podsumował, jak na przestrzeni stuleci zmieniał się stosunek społeczeństwa amerykańskiego do chorych psychicznie. Szczególnie wnikliwie opisał kulisy kariery środków przeciwpsychotycznych, które stały się podstawą leczenia i przesądziły o obecnym położeniu pacjentów. Autor wyraził opinię, że rozwój tych leków oparty na fałszywych przesłankach oraz niechęci badaczy do weryfikowania swoich hipotez. Dzięki farmaceutom środowisko psychiatrów miało odzyskać autorytet utracony po wcześniejszych niepowodzeniach: śpiączkach insulinowych, elektrowstrząsach bez znieczulenia, padaczkach indukowanych metrazolem, różnych odmianach lobotomii... W ostatecznym rozrachunku najczęściej skorzystały na tym firmy farmaceutyczne, zainteresowane poszerzaniem rynku zbytu swoich produktów, a nie dyskusjami o ich skuteczności.

Druga praca Whitakera, *Anatomy of an Epidemic*, potraktowała problem psychofarmakoterapii w szerszym kontekście. Dociekał w niej przyczyn wzrostu zachorowań na choroby psychiczne, w Stanach Zjednoczonych przybierającego obecnie rozmiary prawdziwej epidemii. Autor postawił tezę, że winne temu są coraz szersze kryteria diagnostyczne oraz nagminne sprowadzanie całej terapii do przepisywania leków psychotropowych. Tak naprawdę nie znamy długoterminowych skutków ich zżywania i (w przeciwieństwie do innych specjalizacji) nie prowadzi się badań mogących je zdefiniować. Co więcej, zamiast promować pewną powściągliwość w stosowaniu farmakoterapii, od 30 lat jej wskazania są konsekwentnie

poszerzane. Najwięcej emocji budzi zwiększanie jej roli w terapii dzieci i młodzieży. Do obrony prawdziwości wysuniętych twierdzeń dziennikarzowi posłużyła krytyczna analiza dostępnej literatury naukowej. Jej fragmenty wykorzystałem w następnej części rozważań.

Przykładowe zarzuty: skąd wzięły się psychotropy?

Satysfakcjonująca odpowiedź na powyższe pytanie wymaga wzmianki o badaniach, które ukształtowały obowiązujący dziś paradygmat leczenia. Z powodu ograniczonej ilości miejsca streszczę zarzuty związane z dwoma chorobami: schizofrenią oraz zaburzeniami depresyjnymi. W obu przypadkach celem farmakoterapii miało być wyrównanie odchyleń w układach neuroprzekaźników: odpowiednio dopaminergicznym i serotonergicznym. Hipoteza dopaminowa (główni autorzy: A. Carlsson, J. van Rossum)* wynikała ze skojarzenia ze sobą dwóch obserwacji. Po pierwsze, pochodne prometażyny (leku przeciwalergicznego) równie skutecznie uspokajały pacjentów psychotycznych, co popularne w latach 50. zabiegi lobotomii płatów czołowych. Z drugiej strony, działania niepożądane tych neuroleptyków zastanawiająco przypominały objawy choroby Parkinsona. Sugerowało to, że istotą psychoz może być nadmierne pobudzenie receptorów dopaminowych w tym rejonie mózgu. Zmiany wynikające ze stosowania leków można było łatwo udokumentować. Problem polegał na tym, że nigdy nie dowiedziono, aby istniały one przed wdrożeniem farmakoterapii.

Argumenty za rolą zmniejszonego wydzielania serotoniny w depresji (B. Brodie, J. Schildkraut) były podobnego rodzaju. Rezerpina, w Europie znana głównie jako środek obniżający ciśnienie, w medycynie indyjskiej od wieków była stosowana do sedacji nadmiernie pobudzonych chorych. Naukowcy zauważyli, że w układzie nerwowym wywołuje ona spadek stężenia serotoniny, jak i amin katecholowych. Wysłunięto więc dość daleko idący wniosek, że przyszłe antydepresanty powinny przywracać tę równowagę. Czy mechanizm działania hinduskiego zioła rzeczywiście przybliżał nas do patogenezы choroby? Późniejsze eksperymenty (M. Bowers, J. Mendels, J. Maas) nie potwierdziły przypuszczeń. Wątek powrócił niespodziewanie na przełomie lat 70. i 80. Naukowcy z koncernu Eli Lilly (R. Fuller, D. Wong) odkryli, że ich nowy,

obietujący związek – fluoksetyna – hamuje wychwyt zwrotny serotoniny. Powiązanie tego faktu z pierwotną przyczyną samego zaburzenia znowu stało się niezwykle kuszące.

Obraz, którego nie chcemy dostrzec

Niezależnie od słabości przyjętego modelu teoretycznego, w praktyce od dostępnych leków oczekuje się przede wszystkim skutecznego działania. Efektywność neuroleptyków w doraźnym znoszeniu objawów psychotycznych nie podlegała dyskusji. Kwestiami, które po pewnym czasie zaczęły budzić niepokój, były m.in. wysoki odsetek poważnych działań niepożądanych, częste wznowy po gwałtownym odstawieniu leków i niepewne wyniki leczenia długoterminowego (np. L. Dixon, 1995). W dłuższej perspektywie dla pacjentów rozpoczynających terapię korzystniejsze okazywało się podawanie placebo (G. Gardos, J. Cole, 1977-78). Międzynarodowe badania WHO wykazały, że dla schizofreników znacznie lepsze rokowanie było w krajach rozwijających się (A. Jablensky, 1992; K. Hopper, 2000). Utrudniony dostęp do nowoczesnej farmakoterapii stanowił jedno z możliwych wyjaśnień tego zaskakującego



zjawiska. Będąc ciągle pod obserwacją klinicystów kohortę z Chicago przedstawiano jako żywy dowód, że pacjenci, którym nie przypisywano leków, radzą sobie w życiu lepiej (M. Harrow, 2007, 2012). Niedawno zakończone badanie CATIE (J. Lieberman, 2005) potwierdziło, że wiara w wyższość antypsychotyków II generacji opierała się w większym stopniu na zapewnieniach producentów niż na dowodach naukowych.

Ekspertem od współczesnych metod terapii depresji jest Irving Kirsch, profesor psychologii klinicznej na Harvard University. Znaczną część swojej kariery zawodowej poświęcił na porównywanie skuteczności różnych środków przeciwdepresyjnych. Rezultaty swoich metaanaliz wyłożył w przystępny sposób na łamach książki *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. Przypomniat w niej jak różnorodne środki zapisywano na tę przypadłość w ciągu ostatniego stulecia. Hormony tarczycy, ekstrakt z dziurawca, barbiturany, stymulanty, leki przeciwpyschotyczne, lit, a obecnie – leki trócykliczne, inhibitory MAO, SSRI, SNRI... Według badań nieznacznie pomagały one pacjentom. Zdaniem Kirscha,

Wzrost zachorowań na choroby psychiczne, w Stanach Zjednoczonych przybierają obecnie rozmiary prawdziwej epidemii. (...) Winne temu są coraz szersze kryteria diagnostyczne oraz nagminne sporządzanie całej terapii do przepisywania leków psychotropowych. Tak naprawdę nie znamy długoterminowych skutków ich zażywania i (w przeciwieństwie do innych specjalizacji) nie prowadzi się badań mogących je zdefiniować.

skuteczność tak skrajnie różnych grup remediów musi być związana głównie z efektem placebo. Stawia to pod znakiem zapytania celowość używania tych preparatów, które wywierają silne działania niepożądane i charakteryzują się niskim progiem toksyczności. Trudno też mówić o długoterminowych wynikach leczenia nimi, kiedy większość łagodnych epizodów depresji równie dobrze mija samoistnie w ciągu kilku miesięcy. Do podobnych wniosków doprowadzają niektóre badania obserwacyjne (C. Ronalds, 1997; D. Goldberg, 1998).

Wnioski na przyszłość

Osobiście nie jestem entuzjastą żadnych teorii spiskowych. Poświęciłem trochę czasu na ocenę dyskusji, która toczyła się po wydaniu wspomnianych książek zarówno w sieci, jak i na łamach czasopism. Naturalnie większość recenzji była napisana w dość powściągliwym tonie. Cytowane badania pozostawiają w końcu znaczne pole do interpretacji. Przykładowo na sukces terapeutyczny może wpłynąć również łagodniejszy przebieg choroby, lepsze środowisko życia, pewne predyspozycje genetyczne itp. Liczba wypunktowanych zaniedbań i przemilczeń we współczesnej psychiatrii pozostaje jednak ogromna. Nikt z adwersarzy nie kwestionuje wiarygodności materiałów źródłowych ani rzetelności warsztatu. *Anatomy of an Epidemic* wyróżniono nawet nagrodą za najlepsze śledztwo dziennikarskie roku, opublikowane w formie książkowej (IRE Award 2010).

Na koniec chciałbym zaznaczyć, że żaden z autorów, po wydaniu trudnej do zaakceptowania „diagnozy”, nie porzuca czytelnika w stanie konfuzji. Publikacje zawierają szereg postulatów, które mogą stanowić przyczynek do opracowania na nowo wytycznych terapii. Środki farmakologiczne służyłyby przede wszystkim do opanowania ostrych objawów chorobowych. Ich czas dawkowania miałby być krótszy; należałoby dołożyć wszelkich starań, aby pacjent nie odstawiał leków → sposób gwałtowny. W wypadkach wątpliwych (np.

zaburzenia zachowania u dzieci) z farmakoterapią trzeba by wstrzymać się jak najdłużej. Istnieją też pomysły jak zmienić szpitale psychiczne w miejsca bardziej przyjazne chorym, działające bardziej na zasadzie sanatoriów. Dla osób z łagodną depresją, ważną, naukowo uzasadnioną alternatywą pozostawałaby psychoterapia oraz tzw. interwencje środowiskowe. W Wielkiej Brytanii lekarz może przykładowo zalecić ćwiczenia fizyczne, wydając na piśmie skierowanie do certyfikowanego ośrodka kultury fizycznej.

Co takie „niepoprawne” lektury mogą dać studentom naszej Uczelni? Uważam, że ich wartość polega na zachęce do refleksji nad masowo powielanymi schematami. Świat medyczny również nie jest od nich wolny. Zajęcia akademickie wymagają wręcz przyswajania olbrzymiej liczby takich pewników. Trudno tego całkowicie uniknąć – spróbujmy chociaż pogłębiać własną wiedzę w zakresie dziedzin, które uważamy za szczególnie istotne. Okoliczności towarzyszące narodzinom dzisiejszych dogmatów nieraz potrafią porządnie zaskoczyć. Wybierając przyszłą ścieżkę kariery zawodowej,

powinniśmy być świadomi, co będziemy w stanie pacjentom realnie zaoferować.

Robert Whitaker, *Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the astonishing Rise of Mental Illness in America*, Crown 2010.

Robert Whitaker, *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill* (2nd edition), Basic Books 2010.

Irving Kirsch, *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, Basic Books 2011.

Daniel Carlat, *Unhinged: The Trouble With Psychiatry – A Doctor's Revelations About a Profession in Crisis*, Free Press 2010.

□

Psychochirurgia – ciemna strona medycyny

Kruchy dom duszy – takim sformułowaniem określił niegdyś mózg William Shakespeare. Bo czy nie jest łatwo, ingerując w tę delikatną strukturę, zniszczyć to, co stanowi o naszej duszy, o naszym charakterze i o naszej psychice? Neurochirurdzy wiedzą o tym od dawna, gdyż to właśnie ich pacjenci często odczuwają przykre zmiany swojej osobowości i zachowania z powodu toczących się pod ich czaszką procesów patologicznych. Ta dziedzina chirurgii włożyła wiele dla poznania funkcjonowania poszczególnych części mózgowia. Na podstawie objawów pacjenta z uszkodzeniem tego narządu można było wysnuwać wnioski, co do przeznaczenia konkretnych okolic OUN. Z biegiem czasu pojawiła się też pokusa, by pewne niechciane części naszej psychiki wyłączać w ten sam sposób – uszkadzając odpowiedzialną za nie część mózgu. Właśnie z taką dziedziną – psychochirurgią – wiąże się niechlubna karta w historii medycyny, która każe nam się zastanowić nad tym, na ile lekarz może ingerować w psychikę pacjenta.

Przemysław Waszak

SKN Neurochirurgii

IV rok, kierunek lekarski

O ile samo zapoczątkowanie psychochirurgii przypisuje się szwajcarskiemu psychiatrze Gottliebowi Burckhardtowi, to jej prawdziwym ojcem został portugalski neurolog Egas Moniz. Lekarz ten twierdził, że pacjenci psychiatryczni mają zaburzenia w synapsach, przez co niezdrowe myśli krążą stale w ich mózgach niczym w pętli. Moniz żywił nadzieję, że chirurgiczne przerwanie tego błędnego koła raz na zawsze wyleczy ich z choroby. Jego zespół zaczął w 1935 r. od podkorowego wstrzykiwania etanolu poprzez dziury w czaszce, a następnie rozwinął metodę zwaną leukotomią (przecięcie istoty białej), a nawet zaprojektował specjalne urządzenie do wykonywania tego zabiegu.

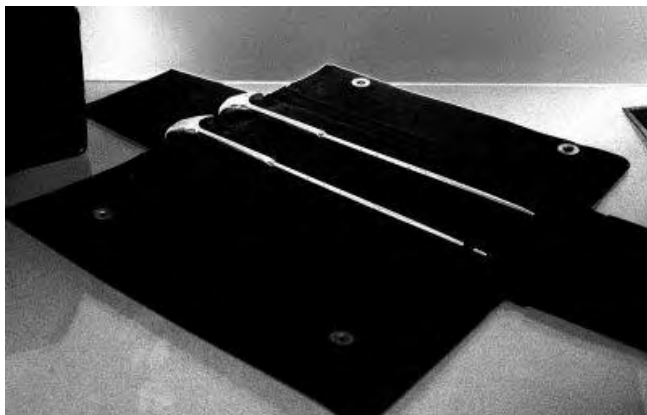
Wieść o psychochirurgii szybko rozeszła się po świecie i już w 1936 r. w USA wykonano nową operację – przedczołową lobotomię, polegającą na przecięciu połączeń przedniej części płatów czołowych. Dokonał tego amerykański neurolog i psychiatra Walter Freeman wraz ze swoim przyjacielem, neurochirurgiem Jamesem W. Wattsem. Oni również udoskonaliли swoją metodę. Czerpiąc inspirację z kuchennych prób na grapefruitach, stworzyli orbitoklast, dzięki któremu można było łatwiej przeciąć połączenia płatów czołowych. Odtąd dokonywano tego przez oczodoły. W 1946 r. Freeman po raz pierwszy zoperował tą metodą pacjenta i odtąd wszelkie trudności szpitali psychiatrycznych związane ze stosowaniem ogólnego znieczulenia, zapewnienia warunków operacji i sprowadzenia neurochirurga przysły. Od tamtej chwili każdy psychiatra mógł niemal w domowych warunkach „leczyć” swoich pacjentów metodą lobotomii. Zabiegi takie

zaczęto wykonywać na całym świecie, również w Polsce. Doprowadziło to do eksplozji liczby wykonanych lobotomii w USA – 5,074 zabiegów w 1949 r.! W tym samym roku wspomniany wyżej Egas Moniz, poruszający się na wózku inwalidzkim po wcześniejszym postrzeleniu przez swojego pacjenta, otrzymał Nagrodę Nobla za odkrycie terapeutycznej wartości zastosowania leukotomii w leczeniu niektórych psychoz.

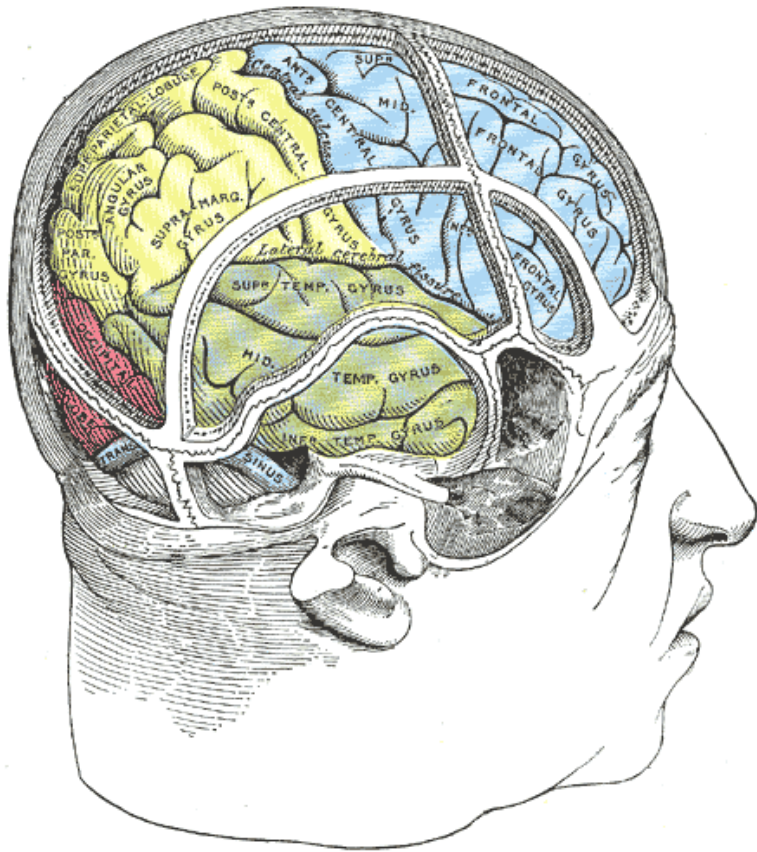
Na fali mody tej terapii, zabiegowi zostawali poddawani ludzie cierpiący na najróżniejsze psychiatryczne schorzenia. Metoda wydawała się bowiem „dobra na wszystko”. Zabieg ten wykonano m.in. na polskim skrzypku Józefie Chasydzie, który po raz pierwszy trafił do szpitala psychiatrycznego w 1941 r., a później zdiagnozowano u niego schizofrenię. Innymi słynnymi pacjentami byli m.in. Rosemary Kennedy, siostra prezydenta USA Johna F. Kennedy’ego oraz Rose Williams, siostra słynnego pisarza Tennessee’ego Williams’a.

Jednak z biegiem czasu okazało się, że metody te mają poważne powikłania takie jak: krwotoki, infekcje, napady padaczkowe, a przede wszystkim zmiany charakteru – obojętność, brak jakiegokolwiek zaangażowania, zmniejszenie i ograniczenie uwagi oraz otępienie. Wszak to płaty czołowe odpowiadają za wiele zaawansowanych funkcji poznawczych. Obszar ten jest zaangażowany także w kontrolę impulsów z codziennego życia, wydawania sądów na jego temat. Znajdują się tu też ośrodki języka, pamięci, funkcji motorycznych, rozwiązywania problemów, zachowań seksualnych, socjalizacji i spontaniczności. Płaty czołowe pomagają w planowaniu, koordynacji, kontroli i realizacji zachowania. Stało się jasne, że zastosowana procedura trwale okaleczyła osobowość pacjenta, czyniąc jego życie nawet gorszym niż przed samym zabiegiem. Długoterminowo zastosowane metody zwiększały też prawdopodobieństwo zgonu (Józef Chasyd zmarł w wieku 27 lat).

A co stało się z bohaterami naszej historii? Przez jednych zostali uznani za nieustraszonych poszukiwaczy lekarstwa na choroby psychiczne, na które w ich erze nie było żadnego lekarstwa. Przez innych zostali osądzeni jako wynalazcy okrutnej i aroganckiej metody, która leczyła pacjentów psychiatrycznych najbrutalniej jak tylko można – pozbawiając ich w ogóle afektu. Zdecydowanie przeważały głosy



Orbitoklast – urządzenie do przeprowadzania leukotomii [Wikipedia.pl]



krytyczne i od lat 50. ubiegłego wieku wszyscy wspomniani naukowcy wraz ze swoimi metodami zaczęli popadać w zapomnienie. W psychiatrii zaś rozpoczęła się era farmakologii.

Mimo wszystko byli to bodaj pierwsi naukowcy, którzy zwrócili uwagę na biologiczne podłoże chorób psychicznych (co w ich czasach było czymś nowatorskim) i także w ten sposób próbowali je leczyć. Dziś na tym fundamencie bazuje farmakologia chorób psychicznych. Ponadto nadal funkcjonuje anatomiczny eponim *syfon Moniza*, oznaczający przejście tętnicy szyjnej wewnętrznej przez kość skroniową.

Obecnie psychochirurgia obejmuje kilka zabiegów, które wykonuje się jedynie w ostateczności, gdy wszystkie inne metody zawiodą. Warunkiem wykonania którejkolwiek z procedur jest spełnienie licznych kryteriów medycznych i zakwalifikowanie pacjenta przez specjalnie powołane interdyscyplinarne konsylia. Stosowane metody dotyczą interwencji w układ limbiczny i stosowane są głównie w leczeniu ostrych depresji, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i lękowych niepozwalających choćby na szczątkowe funkcjonowanie pacjenta, zagrażających życiu stanów agresji, tendencji do samookaleczeń lub też lekkoopornych zespołach bólowych. Coraz częściej metody te nie polegają już na uszkodzaniu fragmentu mózgu, lecz raczej na wprowadzaniu elektrod stymulujących, wyłączających jego struktury. Wtedy rzeczywiście jest to ostatnia deska ratunku dla chorego. □

Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego

Kiedy kilka lat temu aktywnie udzielałam się w Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP (KWSM PSRP), pojawiały się pierwsze plany i projekty obecnie wdrażanej reformy kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów. Od tamtej pory nieprzerwanie rośnie zainteresowanie powyższą tematyką (w tym ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty) zarówno moje, jak i pozostałych studentów.

Anna Kowalczyk

III rok, zdrowie publiczne

Zarząd Uczelnianego

Samorządu Studentów

Byla to jedna z moich głównych motywacji do zostania członkiem prezydium KWSM. W jednym ze zjazdów, 2 lata temu, miałam przyjemność uczestniczyć w towarzystwie mojej nowo poznanej koleżanki z roku. Tym bardziej jestem dumna i pełna zadowolenia mogąc napisać, że właśnie Bogumiła Gawrylkiewicz, reprezentantka naszej Uczelni, została wybrana przewodniczącą Komisji na obecną kadencję. Przy tej okazji warto wspomnieć, że zupełnym przypadkiem na spotkaniu wyborczym KWSM pojawił się minister zdrowia Bartosz Arłukowicz. Po krótkiej, lecz treściwej debacie, Minister zaprosił wybranych przedstawicieli do współpracy nad bieżącymi problemami dotyczącymi kształcenia studentów. Zorganizował również spotkanie, które odbyło się w Warszawie w grudniu 2012 r.

Zaraz po tym zjeździe w Uczelni zrodził się pomysł zorganizowania spotkania z naszymi studentami, aby wysłuchać ich zdania na tematy zaproponowane przez Ministra Zdrowia. Wielu naszych kolegów, którzy niestety zmuszeni byli uczestniczyć w popołudniowych (właściwie wieczornych) zajęciach, podzieliło się swoim zdaniem drogą e-mailową. Niewielu przyszło na spotkanie w biurze USS GUMed, ale i tak dyskusja była ożywiona i na tyle merytoryczna, że pozwoliła wypracować konkretne stanowiska w ważnych dla nas sprawach. Przedstawiono je w Ministerstwie Zdrowia 3 grudnia ub.r. W spotkaniu na ul. Miodowej 15 udział wzięli: minister zdrowia Bartosz Arłukowicz, szef gabinetu politycznego Juliusz Krzyżanowski oraz reprezentanci Komisji Wyższego Szkolnictwa Medycznego PSRP – Michał Balsa z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Bogumiła Gawrylkiewicz i Katarzyna Szymkowska z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Karolina Kaaz z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Dorota Ławryniewicz z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego i Daniel Papaj z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

Zwrócono uwagę na zjawisko nakładania się terminów składania wniosków o Lekarski Egzamin Końcowy (LEK) i Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Końcowy (LDEK) z sesją egzaminacyjną na VI roku kierunku lekarskiego i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego, w wyniku czego absolwenci często nie mają jeszcze wszystkich niezbędnych dokumentów. Studenci proponowali wydłużenie terminu o przynajmniej 14 dni.

Podobny problem zauważono w przypadku terminów LEK/LDEK oraz składania wniosków o miejsca na rezydentury lekarzy. W tym przypadku delegaci KWSM zasugerowali przedłużenie terminów składania wniosków o miejsca specjalizacyjne o 7 dni. W Ministerstwie obiecano, że przyjrzą się dokładnie temu zagadnieniu.

Omówiono także sposób rekrutacji na rezydentury. Zwrócono uwagę na konieczność stworzenia centralnego, ogólnopolskiego systemu, co pozwoliłoby na wykorzystanie wszystkich miejsc rezydenckich oraz na sprawiedliwy ich podział.

Przewodnicząca KWSM przedstawiła problem braku wizji opieki zdrowotnej w Polsce na najbliższe np. 20 lat. Bez sprecyzowanej wizji wprowadzanie zmian będzie działaniem chaotycznym. Zaproponowała stworzenie dokumentu ideowego precyzującego długoterminowe cele strategiczne lub (jeśli taki istnieje) rozpowszechnienie go.

Studenci zwrócili uwagę na rozbieżność pomiędzy literaturą obowiązującą w trakcie studiów na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym a literaturą obowiązującą na LEK i LDEK, co spotkało się z prośbą ministra Arłukowicza o nadesłanie listy wszystkich obowiązujących pozycji książkowych na poszczególnych uczelniach medycznych, aby móc dokładniej przyrzeć się problemowi.

Obecni delegaci poprosili o wyjaśnienie, czy są już jakieś plany na czas, gdy na rynku pracy pojawią się jednocześnie absolwenci dwóch roczników kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego. Niestety na to pytanie nie uzyskali odpowiedzi.

Rozmawiano także o konieczności prawnego uregulowania zawodów okołomedycznych. Katarzyna Szymkowska przedstawiła założenia petycji studentów farmacji z Gdańska. Zaznaczyła, że jest to jedynie stanowisko studentów z Gdańska. Dziś wiemy, że do petycji dołączyli również studenci farmacji z innych miast.

Przyglądając się powyższemu dialogowi nie sposób nie zauważyć, że rola studentów w tworzeniu przyszłości kierunków medycznych z każdym rokiem i wraz z kolejnymi krokami podjętymi w celu usprawnienia systemu kształcenia jest coraz bardziej istotna i warta uwagi. Trzymamy kciuki za naszą koleżankę przewodniczącą i życzymy udanych negocjacji i samych sukcesów w wytyczaniu kolejnej płaszczyzny porozumienia. □

MOSTum, czyli Erasmus w Polsce

Mobilność Studentów Uczelni Medycznych (MOSTum) to nowy program wymian działający w Polsce od semestru letniego roku akademickiego 2011/2012. Nieznany niemal jeszcze nikomu nie rozwinął skrzydeł jak Erasmus. Czym jest ten tajemniczy program?



Marianna Rogowska

VI rok, kierunek Lekarski

W bieżącym roku akademickim wyjechałam na wymianę na Warszawski Uniwersytet Medyczny. Przygoda trochę jak Erasmus z tą jednak różnicą, że rozumiem się wszystko na zajęciach, miasto jest mi dość dobrze znane, a wyjazd do innej części Polski stał się świetną okazją nie tylko do zawierania nowych znajomości, ale również do odnowienia starych. Program

MOSTum nie jest znany i przecieram szlaki będąc pierwszą osobą, która wyjechała z GUMed-u i pierwszą, która na WUM przyjechała, co wiąże się z nieustannym tłumaczeniem skąd się wzięłam na zajęciach. Jednak jestem bardzo pozytywnie zaskoczona jak gładko idą formalności po stronie gdańskiej, jak i warszawskiej uczelni.

Kiedy mówię innym studentom o możliwości wyjazdu na taką wymianę spotykam się z wielkim zdziwieniem (*Ale jak to? Ja też tak chcę*), zatem czas podzielić się swoim know-how.

MOSTum to program dla wielu kierunków studiów. W roku 2012/2013 w programie biorą udział uczelnie medyczne w Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Poznaniu, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Katowicach. Jest zatem w czym wybierać. Rekrutacja na MOSTum istotnie różni się od tej na Erasmusa – w programie krajowym należy szukać informacji o wymianie na stronie internetowej uczelni, na którą chce się wyjechać i bezpośrednio tam wysłać się dokumenty. Nie każdy uniwersytet przyjmuje na wszystkie kierunki i lata studiów, a warunki, które należy spełnić, uczelnie ustalają we własnym zakresie. Należy tutaj wspomnieć, iż większość placówek wymaga średniej 4,0 z dotychczasowego przebiegu studiów, czasami liczą się też osiągnięcia naukowe i działalność na uczelni macierzystej. MOSTum różni się od Erasmusa również tym, iż jest to wymiana bez stypendium, czyli dodatkowego przychodu gotówki nie należy się spodziewać.

Po otrzymaniu informacji o przyjęciu na wymianę zaczyna się najlepsza część papierkowej zabawy. Ci, którzy przeszli przez Erasmusa, wiedzą ile zamieszania potrafi sprawić dopasowanie planu zajęć, wypełnienie porozumień o



programie zajęć (*learning agreement*), otrzymanie niezbędnych zgód, a w międzyczasie szukanie mieszkania. Jednak organizowanie takiego wyjazdu to rodzaj pozytywnego zamieszania i warto przez to przebrnąć. W końcu podróż kształcą!

Jeżeli macie pytania lub potrzebujecie pomocy, nie wahajcie się i piszcie. Mojego maila znajdziecie w extranecie. Dodatkowe informacje znajdziecie również na stronie www.mostum.gumed.edu.pl.

Plan działania:

1. Na stronie internetowej uczelni, która nas interesuje, należy znaleźć informacje o programie MOSTum, ilości dostępnych miejsc na naszym kierunku studiów i terminach składania zgłoszeń.
2. Trzeba przeczytać regulamin, aby zapoznać się z wymaganiami stawianymi przez daną uczelnię.
3. Należy postarać się dotrzeć do planów zajęć i programów studiów (nie wszystkie uczelnie w Polsce mają blokowy system zajęć!) albo przez strony internetowe uczelni, albo przez znajomych i sprawdzić czy mamy szansę zrealizować program studiów na dany rok.
4. Trzeba wypełnić formularze, zebrać potrzebne zaświadczenia i zanieść je do swojego dziekanatu w GUMedzie.
5. Jeżeli wszystko poszło po naszej myśli, należy wysłać dokumenty do wybranej uczelni i sprawdzać pocztą elektroniczną i tradycyjną, gdyż uczelnie w różny sposób informują o wyniku kwalifikacji.



Ćwiczenie obsługi narzędzi laparoskopowych podczas zajęć z chirurgii

Jak przeżyć niesamowite wakacje i przywieźć z nich certyfikat

O tym, że IFMSA prężnie działa na Uczelni wie każdy. Większość słyszała, iż ta organizacja oferuje różnorodne wymiany wakacyjne. Niewiele osób jednak wie, iż poza programem SCOPE, w ramach którego można odbyć za granicą praktyki wakacyjne, istnieje też program SCORE, który oferuje wymiany naukowe. I wcale nie trzeba być asem, żeby pojechać w piękne miejsce, popracować naukowo i przeżyć niezapomniane wakacje taniej niż z biurem podróży.

Marianna Rogowska

VI rok, kierunek lekarski

Właśnie w ramach wymiany SCORE pojechałam do Padang – miasta leżącego na zachodnim wybrzeżu Sumatry, największej wyspy Indonezji, tuż nad Oceanem Indyjskim. Wzięłam tam udział w badaniach nad genomem wirusa HIV prowadzonym przez Katedrę Patologii Andalas University. Pomijając szczegóły pracy laboratoryjnej, była to niesamowita okazja do zapoznania się z funkcjonowaniem tamtejszej służby zdrowia, metod stosowanych w diagnostyce chorób zakaźnych, odwiedzenia szpitala, chorych i laboratoriów. Indonezja jest krajem rozwijającym się, lecz zaplecze naukowe uniwersytetu jest o wiele lepsze niż się spodziewałam. Nowoczesne maszyny kontrastują z popękanymi od trzęsień ziemi ścianami, a najbardziej szokująca podczas pracy była tolerancja dla kotów chodzących swobodnie po laboratorium. Na szczęście te bezdomne zwierzęta były na tyle dobrze wychowane, by poruszać się wyłącznie po podłodze i nie wskakiwać w nasze z trudem pipetowane odczynniki.

Przed wyjazdem obawiałam się problemów, które mogłyby wynikać z różnic kulturowych między mną a indonezyjską rodziną, u której miałam mieszkać. Pamiętać należy, iż Indonezyjczycy są największym muzułmańskim narodem świata, a zachodnia Sumatra to region wyjątkowo religijny. W mieście, w którym mieszkalam trudno było spotkać na ulicy kobietę nienoszącą hidżabu (co przy palącym równikowym słońcu nie jest nawet złym pomysłem), a pięć razy dziennie w całym mieście rozlegało się *Adhan*, czyli nawoływanie do modlitwy (przynaję, że o 5 rano czasem mnie to irytowało). Okazało się jednak, że moje kulturowe obawy były nieuzasadnione – Indonezyjczycy są najbardziej uprzejmym narodem, jaki do tej pory podczas podróży spotkałam, a moją rodzinę gospodarzy szczerze pokochałam. Przyjęta zostałam bardzo ciepło, jeździliśmy razem na wycieczki, uczyli mnie jak się je widelcem i łyżką (noży nie używają), tłumaczyli podstawy islamu. Ja natomiast im objaśniałam czym jest grzejnik, że w samochodzie nie zawsze musi być klimatyzacja, a kierownica bywa po lewej stronie samochodu. →



Prenumeruj *Remedium* i bądź zawsze na bieżąco!

- Polub nas na Facebook'u (www.facebook.com/remedium.gumed) by otrzymywać elektroniczne *Remedium* kilka dni wcześniej niż pojawi się na Uczelni!
- Chcesz mieć pewność, że otrzymasz drukowany egzemplarz? Wyślij e-maila o temacie „prenumerata” ze swoimi danymi na remedium@gumed.edu.pl, a będziemy odtąd zostawiać dla Ciebie każdy egzemplarz w biurze USS (Medyk, pokój nr 6). Stamtąd będziesz mógł odebrać go w dogodnym dla Ciebie terminie.

Nie zapomnij, że wszystkie archiwalne numery znajdziesz na:

www.remedium.gumed.edu.pl

Studenci medycyny z organizacji CIMSA (odpowiednik IFMSA) przygotowali również program socjalny dla studentów z wymiany – mieliśmy wieczory karaoke (tutaj warto sobie uświadomić, iż muzułmanie nie spożywają alkoholu, a bawią się przy karaoke nie gorzej niż my), wyprawę na rajska wyspę Sikuai, zwiedzanie miasta, picie z kokosów i soków z nieznanych nam owoców nad oceanem podczas zachodu słońca... Tyle pięknych wspomnień, iż można zapomnieć, że wstawanie o świcie do laboratorium było bardzo trudne.

Bardzo nurtującą kwestią przy takich wyprawach są zawsze finanse. Trudno polemizować z faktem, iż dotrzeć do Indonezji jakoś trzeba i jest to dość drogie. Jednakże Azja południowo-wschodnia jest tanim regionem świata (pomijając Singapur), podczas wymiany SCORE nocleg zapewnia CIMSA, a jedzenie, nawet jeżeli nie mieszka się u rodziny, jest bajecznie tanie, pyszne i różnorodne. Taniej niż wakacje w domu!

Drodzy Studenci, warto próbować i aplikować na wymianę, nawet jeżeli nie wierzy się w swoje powodzenia w kwalifikacjach. Jeśli nie wyjdzie, to po prostu nic się nie zmienia, a jeżeli się uda, to można przeżyć wspaniałą przygodę i jeszcze przywieźć z niej certyfikat albo publikację. □

Była to niesamowita okazja do zapoznania się z funkcjonowaniem tamtejszej służby zdrowia, metod stosowanych w diagnostyce chorób zakaźnych, odwiedzenia szpitala, chorych i laboratoriów. Indonezja jest krajem rozwijającym się, lecz zaplecze naukowe uniwersytetu jest o wiele lepsze niż się spodziewałam.





Studenci medycyny i farmacji

Witajcie!

Na wstępie zadam Wam kilka pytań. Jeśli chociaż na jedno z nich odpowiecie twierdząco, możecie śmiało przejść do przeczytania dalszej części tego krótkiego tekstu. Jeśli natomiast na żadne z pytań nie odpowiecie „tak”, to... i tak przeczytajcie dalszy ciąg, aby dowiedzieć się tego, o co chodzi w tym zagadkowym wstępie.

Czy myśleliście kiedyś, że przydałby się jeden portal wspólny na wszystkich studentów medycyny i farmacji? Portal, na którym znajdowałyby się zawsze najnowsze aktualności ze świata medycyny, co uchroniłoby Was przed przeglądaniem licznych pomniejszych stron? Portal, na którym znajdowałyby się darmowe (!) testy umożliwiające przygotowanie się Wam do Lekarskiego Egzaminu Państwowego czy Końcowego? Portal, na którym za pośrednictwem forum możecie wymienić się opiniami ze studentami medycyny i farmacji z innych uczelni lub sprzedać/kupić pomoce nau-

kowe, których nie możecie sprzedać/kupić w obrębie Waszej uczelni? Portal, na którym znajdziecie konkursy z nagrodami książkowymi, gadżetami, wejściówkami na konferencje, prenumeratami czasopism medycznych? Portal, na którym znajdziecie w jednym miejscu informacje o najważniejszych konferencjach naukowych i kongresach w całym kraju?

Być może Was zaskoczę, ale istnieje jeden portal, który spełnia wszystkie powyższe wymagania!

Nie będę go specjalnie reklamował, po prostu powiem, że znajdziecie tam wszystko to, co niezbędne dla studenta medycyny czy farmacji. Jeśli więc jesteście zainteresowani (a powinniście być), odwiedźcie stronę www.studencimedycyny.pl

Dzięki nam studiowanie medycyny i farmacji stanie się jeszcze przyjemniejsze! □

Grzegorz Sławiński

Lioni zapraszają na praktyki lekarskie w Austrii

Austriackie Kluby Lions oferują studentom 5 roku kierunku lekarskiego w naszej Uczelni możliwość uzyskania stypendium na odbycie czterotygodniowej bezpłatnej praktyki w Austrii w sierpniu 2013 r. w dużym, wielospecjalistycznym szpitalu w Wels-Grieskirchen (Klinikum Wels-Grieskirchen), który zatrudnia 3500 osób personelu, w tym ponad 500 lekarzy.

Austriackie Kluby Lions oferują studentom:

- ✦ bezpłatną czterotygodniową praktykę szpitalną
- ✦ bezpłatne zakwaterowanie i wyżywienie
- ✦ kieszonkowe w kwocie 170 euro
- ✦ opiekę i program towarzysko-rekreacyjny.

Warunkiem ubiegania się o stypendia są:

- ✦ dobre wyniki w nauce i aktywne uczestnictwo w życiu naukowym Uczelni
- ✦ bardzo dobra znajomość języka niemieckiego
- ✦ gotowość do pokrycia we własnym zakresie kosztów ubezpieczenia i kosztów podróży.



Kandydaci proszeni są o złożenie swojej aplikacji i podanie numeru telefonu kontaktowego do 11 lutego br. w Dziale Współpracy z Zagranicą (rektorat, pok. nr 3, mgr Dawid Spychała). Rozmowa kwalifikacyjna odbędzie się 14 lutego o godz. 14. □



e-KONTO < 30
< 3 ZERO

☎ 1 9999
bzwbk.pl



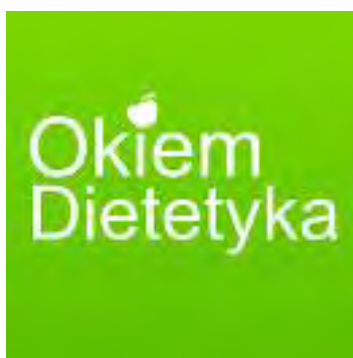
WBK

| Bank Zachodni WBK

Szczegóły oferty, informacje o opłatach i prowizjach dostępne w oddziałach Banku oraz na bzwbk.pl.
Opłaty za połączenia telefoniczne zgodnie z taryfą danego operatora.

Kuchenne rewolucje – pół żartem, pół serio

Wstajesz o 7 rano i bierzesz szybki prysznic. Za 30 minut musisz być na uczelni. Otwierasz lodówkę – nie doznajesz inspiracji patrząc na kawałek żółtego sera, półówkę pomidora i rozpoczęty karton mleka. Zamykasz. Otwierasz szafkę, gdzie radośnie uśmiechają się do Ciebie płatki wiodącego producenta, kuszące kolorowym opakowaniem. Tak, to jest to! Doceniasz w myślach swój zmysł smakosza, po czym z dumą pochłaniasz wielką porcję cukrów prostych i kwasów tłuszczowych trans. Na wykładach rzeczywiście coś mówili, że szkodzi, ale kogo to obchodzi.



Wiola Urban

I rok, studia magisterskie, dietetyka

Jesteś spóźniony! Kanapki na drugie śniadanie... Eeee nie wyrobisz się, więc wiele się nie zastanawiając, biegniesz na wykład. Udało się zdążyć na czas. Siadasz i próbujesz się skupić, ale 5 godzin snu to zdecydowanie za mało. Twoje myśli krążą wokół małej czarnej z dużą ilością cukru. W końcu przerwa. Twój mózg krzyczy: kawyl!, a żołądek już dawno zapomniał, że kiedykolwiek go czymś uraczyłeś. Biegniesz do automatu. Wystarczy kawa w proszku i Snikers – nie jesteś zbyt wymagający, jak na studenta przystało. Solidny kop kofeinowy i końska dawka cukru stawiają Cię na nogi, czujesz się jak Beckham w reklamie Adidasa i myślisz: *Impossible is nothing*. Mija godzina i euforia wyraźnie Ci opada. Zaczyna się odliczanie do obiadu. To co dzisiaj wykombinujesz w ramach dziennego budżetu? Słoik od mamy, pizza z zamrażalnika czy spaghetti z paczki – wybór nie jest prosty, więc idziesz po najmniejszej linii oporu i pochłaniasz litrowy słoik bigosu podgrzanego w mikrofalówce. Jedyne na co masz ochotę po takim solidnym posiłku to drzemka. Budzi Cię wibracja telefonu, ktoś chce wyskoczyć do pubu. Do sesji daleko, więc czemu nie. Miła pogawędka z kumplami, dwa małe piwa i chyba pół kilograma słonych paluszków. Wracasz około godziny 22 i sumie z chęcią byś coś zjadł, bo przecież nie zaśniesz z burczącym brzuchem. Wyjmujesz z lodówki kawałek sera i zjadasz go z tostowym chlebem. Pomidor wyglądał już zbyt niewyraźnie. Pora spać.

Szukaj inspiracji. Daj się zaskoczyć – jedzenie w kółko przetworzonych rzeczy jest nie tylko niezdrowe, nudne, ale też niemodne. Pamiętaj, że im więcej różnych produktów na Twoim talerzu, tym większa szansa na dostarczenie wszystkich potrzebnych składników.

Dzień z życia studenta, niekoniecznie medycyny, niekoniecznie GUMed-u. Może delikatnie przerysowany, ale jak najbardziej realny. I ja jestem tu po to, żebyś coś zauważył, żebyś przestał szukać powodu i zaczął szukać sposobu, żebyś przestał znajdować wymówki. Czas? Pieniądze? Umiejętności? Co jeszcze stoi na przeszkodzie, żeby zmienić swoje życie na lepsze. Dietetyczny bełkot przesycony paplaniną o prewencji chorób i podnoszeniu wydajności pracy organizmu to nie dla mnie. Sama przeżyłam taki burzliwy okres, teraz chcę się z Wami podzielić tym, co udało mi się zmienić. No to teraz marsz do kuchni – robimy inwentaryzację. A zaraz potem do sklepu, kupić to, czego brakuje. Jesteś przecież tym, co jesz. Zaczynaj być wartościowy!

Szafka na suchy prowiant – każdy ma taką. Co widzimy? Biała mąka, cukier, biały ryż, makaron i słodkie płatki, czyli studentcki standard. Wartość odżywcza – zerowa. Węglowodany o wysokim indeksie glikemicznym, pozbawione witamin z grupy B i błonnika. Nie wyrzucaj tego, ale następnym razem kup mąkę z pełnego przemiału, ciemny ryż, jakąś kaszę (jaglaną, gryczaną albo jęczmienną) i makaron chociażby z semoliny, a najlepiej razowy. Może rzeczywiście takie produkty są odrobinię droższe od tego, co kupujesz teraz, ale to jedzenie, a niepozbawione witamin i składników mineralnych resztki. Paradoksem jest to, że przetwarzając zboże na mąkę dla siebie zostawiamy samą skrobię, czyli zawartość bielmą, a tym, co najcenniejsze (otrębami i zarodkami) karmimy trzodę chlewną. Właśnie z tej przyczyny jesteś zobligowany do zakupu otrębów i zarodków pszennych. Wiesz już co robić – pełne ziarno kluczem do zdrowia. Przejdźmy do ekonomii płatków śniadaniowych. Paczka niezdrowych, przesłodzonych, nafaszerowanych chemią płatków to koszt około 6 zł. Pół kilograma płatków owsianych to niecałe 2 zł. Wystarczy jeszcze na jakieś bakalie lub świeże owoce. Moje ulubione połączenia: banan + miód gryczany, kiwi + pestki słonecznika, suszone

morele + pestki dyni, jabłko + rodzynki + cynamon. Znajdź swoje ulubione składniki. Szukaj inspiracji. Daj się zaskoczyć – jedzenie w kółko przetworzonych rzeczy jest nie tylko niezdrowe, nudne, ale też niemodne. Pamiętaj, że im więcej różnych produktów na Twoim talerzu, tym większa szansa na dostarczenie wszystkich potrzebnych składników. Co jeszcze powinno się znaleźć w domowej spiżarni? Chociaż jeden rodzaj roślin strączkowych. Wiem, że gotuje się je milion lat, ale nic nie zastąpi nam soczewicy, soi czy cieciorke spożywalnej chociaż raz w tygodniu. Puszka pomidorów (poza sezonem) to coś, co pomoże jak nadejdzie czarna godzina. Warto wiedzieć, że pomidory poddane obróbce termicznej mają większą wartość odżywczą od swoich surowych odpowiedników. Jak to możliwe? Jest to barwnik termostabilny. Likopen zawarty w czerwonych warzywach jest rozpuszczalny w tłuszczu, więc warto podawać go z oliwą – Włosi wiedzą to od dawna. I tym sprytnym sposobem przeszliśmy do tłuszczu. Oliwa z oliwek to absolutna podstawa! Bez niej nic nie smakuje tak dobrze jak z nią, a do tego jest źródłem zdrowych,



jednonienasyconych kwasów tłuszczowych. Oprócz tego olej rzepakowy niskoerukowy do smażenia. Oliwy zwyczajnie szkoda do niektórych potraw. Jak ktoś lubi, polecam olej lniany tłoczony na zimno – jeden z najzdrowszych tłuszczów, jakie możemy sobie dostarczyć.

Przejdźmy do półki z przyprawami. Niech zgadnę – sól, pieprz, vegeta lub inne „warzywne” cudo i oregano? Może jeszcze kostki rosółowe. Do tego kilka paczek gotowych sosów do makaronu i zupek. I na tym się kończy imponująca lista smaków z czterech stron świata. A ja powiem tylko tak – szczypta dobrze dobranej mieszanki przypraw potrafi zabrać Cię tam, gdzie finanse nie zawsze pozwalają. Imbir, sos sojowy i pasta curry zabiorą Cię do egzotycznych zakątków Azji. Estragon w mgnieniu oka przeniesie Cię do eleganckiej francuskiej restauracji, chilli i kumin to gorący klimat Meksyku. Bez bazylii nie ugotujesz niczego włoskiego, a czosnek i cebula to podstawa wszystkich kuchni świata. Baw się i mieszaj, rusz wyobraźnią. Dzięki przyprawom nie tylko poznasz nowe smaki, ale też zapewnisz organizmowi solidną porcję



antyoksydantów. Dodatkowo ostre przyprawy pobudzają metabolizm, a zioła ułatwiają trawienie. Najlepiej zaopatrzyć się w sól morską, czarny pieprz w ziarnach i dobry młynek. Reszta przypraw powinna być w 100% naturalna – bez glutamianu sodu, dodatku soli czy cukru. Szczególnie polecam przyprawy pojedyncze – można je łączyć w dowolnych konfiguracjach i proporcjach. Mnogość smaków powala na kolana.

Szafka z herbatą, kawą i czymś słodkim. Kawa rozpuszczalna – wyrzucić to paskudztwo! Prawdziwa kawa nie rozpuszcza się we wrzątku. Prawdziwa kawa wymaga rytuału. Dla mnie kawa to coś więcej niż napój, to relaks, celebrowanie i rozpieszczanie zmysłów. Dzięki temu, że jest to napój wypijany kilka razy w miesiącu czuję kilkakrotnie silniej jego właściwości, głębię smaku i szlachetność aromatu. Nie przyzwyczałam swojego organizmu do czarnej kawy każdego ranka. Budzę się bez niej. Tobie też radzę. Herbata. Kolejna atrakcja na magiczne wieczory. Doskonała, subtelna i lekka zielona herbata z nutą cytrusów. Czego chcieć więcej? Zapomnij o herbacie rozpuszczalnej – powinna być zakazana, bo to obraza dla *Camellia sinensis*. Zapomnij o zmielonych na pył starych liściach herbaty, które pakują w eleganckie woreczki z gazy. Wierzę tylko w to, co widzę, dlatego herbatą nazywam tylko to, co jest liściaste. Polecam odwiedzenie dobrej herbaciarni – poczujesz ten smak i już nigdy nie wrócisz do tego, co wcześniej błędnie określałeś mianem herbaty. Herbaty owocowe i ziołowe – nazywanie ich herbatą jest na wskroś bezsensowne, ale są pyszne i zdrowe, dlatego pijmy je często. Kakao? Hmm, pociesmy się tym, że ma sporo magnezu. Ma swoje plusy, o ile się nie przesadza z jego ilością. Zdrowsza

Podstawowa zasada – sprawdzamy skład. Jeśli coś budzi nasze podejrzenia, to nigdy nie trafia do koszyka. Druga zasada wynika z pierwszej. Jeśli coś nie trafi do koszyka, to nie trafi do Twojego żołądka. Proste i jakie skuteczne!

wersja to karob, czyli mączka chleba świętojańskiego. Na pewno nie kakao rozpuszczalne, wzbogacane cukrem i emulgatorami. A do kawy – owsiane ciastka z bakaliami albo amarantuski. →

Pora na lodówkę. Czuję, że będzie gorąco, pomimo chłodzenia. Co musi w niej być zawsze – mleko 1,5% tłuszczu, jogurt naturalny lub kefir o niskiej zawartości tłuszczu (ale nie *light*!), jajka najlepiej z wolnego wybiegu, dobrej jakości chuda wędlina, serek do smarowania pieczywa bez niepotrzebnych dodatków, biały ser, mozzarella, jakaś tłusta ryba (tuńczyk, makrela, śledź, tudzież łosoś) i warzywa (sezonowe i różnorodne). Bazę mamy gotową, teraz czas zająć się tym, co straszy w naszej lodówce i pewnie świeci jak robi się ciemno (dlatego lodówki mają żarówkę). Serek topiony – do kosza! Wyroby seropodobne, mocno przetworzone wędliny i pasztety, gotowe sosy, pasty, smarowidła z całą tablicą Mendelejewa w składzie – również. Owocowe jogurty mogą zostać, ale jak już je zjesz, to nigdy więcej ich nie kupuj. Podstawowa zasada – sprawdzamy skład. Jeśli coś budzi nasze podejrzenia, to nigdy nie trafia do koszyka. Druga zasada wynika z pierwszej.

Jeśli coś nie trafi do koszyka, to nie trafi do Twojego żołądka. Proste i jakie skuteczne!

W zamrażalniku warto przechowywać mrożone owoce (maliny w środku zimy są obłędne!), warzywa (wszystkie na jakie macie ochotę, ze szpinakiem i brukselką na czele), polecam też mrożenie ziół (jajka ze szczypiorkiem o każdej porze dnia w zasięgu Twojej ręki). Polecam też robienie hurtowych ilości domowych pierogów z razowego ciasta i mrożenie gotowych porcji. To samo dotyczy zup i sosów. Nie masz czasu gotować codziennie? Zrób sobie zapasy.

Wskazówki dotyczące zdrowego odżywiania mogłyby wypełnić kilkaset stron. Myślę, że ta lekcja życia dobiega końca. Mam nadzieję, że jutrzejszy dzień zaczniesz od zdrowego śniadania, a kolejne zakupy od czytania etykiety. Powodzenia!

Pierogi z łososiem

W weekend miałam okazję wziąć udział w świątecznej kolacji Phi Delta Epsilon. Przyjęcie było bardzo miłe – rodzinna atmosfera, choinka, prezenty i świąteczne zapachy. To wszystko skierowało moje myśli na to, jak w tym roku wyglądać będą moje Świąta. A właściwie nasze, bo w końcu jest nas (Kowalczyków) troje. Piotrek jest całkiem kumaty i bardzo chcę, aby polubił ten czas i żeby kojarzył mu się właśnie z rodziną, wspólnym spędzaniem czasu, nie tylko na wylegiwaniu, ale również przygotowywaniu, sprzątaniu i gotowaniu. Oczywiście raczej nie dam mu w minusową pogodę myć ze mną okien, bo pewnie zapalenie płuc byłoby murowane, ale chętnie zrobię z nim chociażby kardamomowe ciasteczka czy pierogi. Wiem, że będzie potem więcej sprzątania, ale nie przeszkadza mi to. Cóż, taki urok Świąt. Na stole wigilijnym oczywiście muszą się znaleźć tradycyjne pierogi z kapustą i grzybami, ale rozważcie możliwość pewnych nowości. Jestem łososiowym smakoszem i chciałabym zaproponować Wam dość prostą w wykonaniu potrawę, która doskonale nada się do wigilijnego barszczu.

PIEROŻKI Z CIASTA FRANCUSKIEGO Z ŁOSOSIEM

opakowanie ciasta francuskiego

300 g upieczonego łososa

pół cebuli

3 łyżki masła

100 ml śmietanki 18%

sól, pieprz

Już dawno przestałam trudzić się robieniem ciasta francuskiego. Po prostu kupuję je w sklepie z owozem w nazwie. Z jednego opakowania powinno wyjść około 30 pierożków. Cebulę kroimy w drobną kostkę i podsmażamy na maśle. Łososa kroimy na kawałki, razem ze śmietanką dodajemy do cebuli. Doprawiamy solą i pieprzem. Ciasto francuskie rozwijamy na stolnicy i tnemy na prostokąty. Na środek każdego nakładamy farsz. Zlepiamy pierożki, trochę rozciągając ciasto. Przekładamy na blachę wyłożoną papierem do pieczenia. Pieczemy w piekarniku nagrzanym do 200 stopni około 15-20 minut.

Smacznego! Wesołych Świąt i wszystkiego najlepszego w Nowym Roku! □

Anna Kowalczyk



risus 10mg

Chirurg do pacjenta po operacji:

– Muszę Panu przyznać, że pierwszy raz operowaliśmy tak wulgarnego pacjenta.

– Hmm... może dlatego, że zapomnieliście mi dać narkozę...

Lekarz na obchodzie do pacjenta:

– Stolec był?

– Jakiś doktor się tu kręcił, ale się nie przedstawił...

Młody chłopak w aptece:

– Poproszę dwa testy ciążowe.

Nagle dostaje sms-a. Wyciąga komórkę, czyta i wzdycha:

– Co za dzień... Jeszcze jeden poproszę...

Facet w aptece:

– 20 metrów plastra proszę.

– 10 wystarczy. Ja też mam Tico – odpowiada aptekarz.

Pielęgniarka pyta pacjenta:

– Dlaczego do tej pory nie odwiedziła Pana małżonka?

– Bo również leży w szpitalu.

– Tragedia rodzinna?

– Tak, ale to ona pierwsza zaczęła!

□

(Kryspin Kiedrowski)

Biblioteka Aktywnego Studenta – podcasty

Co ostatnio ciekawego wydarzyło się na świecie? Każdy lubi być na bieżąco ze zmianami w dziedzinach, które sam uważa za istotne. Słuchając radia, kartkując gazety czy oglądając telewizję staramy się wyłowić interesujące nas treści. W Internecie przedzieramy się przez kolumny nagłówków, którymi epatują serwisy informacyjne. Mając złudzenie wszechwiedzy, w praktyce ograniczamy się do nielicznych sprawdzonych źródeł. Nie mniejszy problem stanowi znalezienie czasu na spokojną konsumpcję tak zdobytych materiałów. Godziny poranne tracimy przecież na stanie samochodem w korkach lub walkę z wiecznie opóźnioną komunikacją miejską. Poświęcenie części wolnego wieczoru wydaje się znów nadmiernym luksusem...



Łukasz Budyńko

V rok, kierunek lekarski

Podcasting to oryginalna odpowiedź na powyższe dylematy. Idea pojawiła się w 2004 r. na fali rosnącego zainteresowania odtwarzaczami multimedialnymi. Przechowywanie dużej ilości materiału audio przestało być wówczas problemem, zaś łącza USB pozwalały na łatwą wymianę plików z komputerem osobistym. Moda na MP3 zbiegła się z renesansem technologii internetowych, ułatwiających zarządzanie doniesieniami prasowymi (standardy: RSS i Atom). Aby obecnie uzyskać dostęp do najnowszych wiadomości z serwisu, wystarczy kliknąć na charakterystyczny pomarańczowy przycisk w rogu ekranu. Oddzielne programy (tzw. czytniki kanałów) pomagają agregować potoki treści według osobistych preferencji. Ściągnięcie na dysk przenośny ulubionej audycji, najnowszego serwisu informacyjnego czy amatorskich nagrań staje się nagle bajecznie proste. Wygodę tego rozwiązania najłatwiej jest uświadomić sobie właśnie w trakcie wykonywania nudnych i czasochłonnnych czynności.

Gdzie szukać dobrych podcastów? W świecie anglojęzycznym własny kanał ma każda szanująca się stacja radio-

wa, czasopismo lub gazeta. Redakcje BBC, CBC, NPR archiwizują prawie każdy swój program. Wśród polskich stacji na wyróżnienie zasługuje serwis prowadzony przez TOK FM. Tytuły w rodzaju: *New York Times*, *Wall Street Journal*, *The Guardian* udostępniają *on-line* wywiady i komentarze publicystów. Niestety, rodzime media pozostają pod tym względem daleko w tyle. Pomysł wykorzystują szczególnie często czasopisma specjalistyczne: w wypadku *Science* czy *Nature* realizują blisko 45-minutowe, perfekcyjnie przygotowane audycje. *NEJM*, *BMJ*, *The Lancet*, *JAMA* oferują przynajmniej krótką dyskusję nad zawartością bieżącego numeru. Łatwość nagrywania własnych klipów przyciąga rzeszę twórców amatorskich: wybór programów na każdy temat można znaleźć na anglojęzycznych serwisach typu iPodder.org czy PodcastDirectory.com oraz polskich: Podstacja.com, Podkasty.info czy Katalogpodkastow.pl. Niektóre inicjatywy urastają po pewnym czasie do rozmiarów w pełni profesjonalnych serwisów, np. *This Week in Tech*, *John Hopkins Medical*, *The Skeptics' Guide*. Środowisko podcasterów najlepsze produkcje honoruje też własnymi nagrodami – są to tzw. Podcast Awards (polecam przejrzeć stronę na angielskiej Wikipedii). □

Biblioteka Aktywnego Studenta, więcej na:

www.remEDIUM.gumed.edu.pl

Zmiany na studiach doktoranckich

Drodzy Doktoranci, jak zapewne zdążyliście zauważyć, z dniem 1 listopada 2012 r. struktura studiów doktoranckich na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym przeszła małą metamorfozę. Przestało istnieć wspólne dla wszystkich doktorantów Kolegium Studiów Doktoranckich GUMed, a w jego miejsce zostały powołane trzy ośrodki, oddzielne na każdym z Wydziałów.



Anna Kluk

III rok, studia doktoranckie
Wydział Farmaceutyczny,
Zarząd Samorządu Studiów
Doktoranckich GUMed

z farmacji czy nauk o zdrowiu w większości dotyczą tematów wykraczających poza te ramy, zgodnie z systemem bolońskim powstała konieczność przeorganizowania naszego Kolegium w trzy oddzielne jednostki podległe poszczególnym Wydziałom: Lekarskiemu, Farmaceutycznemu i Nauk o Zdrowiu. Zmiany te pozwolą nie tylko na poszerzenie zakresu dziedzin medycznych, w których można realizować rozprawy doktorskie, ale dzięki indywidualizacji programu studiów dla poszczególnych Wydziałów przyczynią się do poprawy jakości kształcenia doktorantów i podniesienia efektów nauczania na studiach III stopnia.

Na czele każdego z powstałych ośrodków studiów doktoranckich stanęli nowo powołani kierownicy – na Wydziale

Do tej pory studia doktoranckie funkcjonowały jako odrębna jednostka administracyjna, zrzeszająca doktorantów wszystkich Wydziałów naszej Uczelni. Jednak zgodnie z założeniami tzw. procesu bolońskiego studia doktoranckie, jako organ podlegający Wydziałowi Lekarskiemu, dają możliwość otwierania przewodów doktorskich tylko ze ściśle określonych dziedzin klinicznych. Ponieważ doktoraty

Lekarskim pozostał prof. Janusz Limon, na Wydziale Farmaceutycznym stanowisko to objął dr hab. Michał Markuszewski, prof. nadzw., a studiami III stopnia na Wydziale Nauk o Zdrowiu będzie kierował dr hab. Adam Szarszewski. Wprowadzone zmiany dotyczą także rozdzielania dziekanatów. Dotychczasowa siedziba przy ul. Tuwima 15 pozostanie dziekanatem doktorantów WL i WNoZ, natomiast nowy dziekanat doktorantów z WF powstał przy Ośrodku Szkolenia Podyplomowego na tym Wydziale.

Zmiany administracyjne studiów doktoranckich w GUMed spowodowały również metamorfozę struktury Zarządu Studiów Doktoranckich. Na przeprowadzonym w listopadzie inauguracyjnym seminarium doktoranckim do naszego grona dołączyło kilku nowych członków, aby Zarząd w pełni mógł reprezentować interesy doktorantów z wszystkich trzech Wydziałów. Do przedstawicieli WL (Magdalena Koczkowska i Jakub Antoniewicz) dołączyła Joanna Marczulín, a szereg przedstawicieli WF (Małgorzata Kasztan, Anna Kluk) zasiłowała Anna Ronowicz. Nowo przyjęte dwie osoby – Marzena Czekaj-Szafranowicz i Artur Dziadkiewicz – to przedstawiciele doktorantów WNoZ. W ten sposób wspólnie stworzyliśmy zarząd, który będzie w stanie sprawiedliwie reprezentować interesy wszystkich doktorantów GUMed.

Zmiany w środowisku doktorantów zaszły również na najwyższych szczeblach. W dniach 7-9 grudnia 2012 roku w Krakowie odbył się XIII Zjazd Krajowej Reprezentacji Doktorantów, podczas którego członkowie ustępującego zarządu składali sprawozdanie z dotychczasowej działalności w celu uzyskania absolutorium, a na ich miejsce Delegaci Samorządów Doktoranckich Uczelni Wyższych w Polsce powołali do życia nowy zarząd na kolejną roczną kadencję. Po raz drugi zaufanie delegatów zdobył Robert Kiliańczyk i utrzymał stanowisko przewodniczącego KRK. Powtórnie w zarządzie znaleźli się także Anna Mrozowska i Dominik Walczak. Nowymi członkami zostali: Tomasz Marcin Wrona, Łukasz Adrian, Karina Nowak i Damian Dudała. Serdecznie gratulujemy! □

ŚWIT ŻYCIA wśród indyjskiego trądu, czyli wolontariat dla odważnych

Jeśli szukasz ciekawego miejsca, gdzie możesz spełnić się jako wolontariusz, a zarazem wynieść z niego doświadczenie w pracy związanej z opieką medyczną... Jeśli nie boisz się dalekich wypraw i zderzenia z inną kulturą... Jeśli wyobrażając sobie odrzucenie przez społeczeństwo trędowatego, masz odwagę mu pomóc... przeczytaj czym jest Jeevodaya. Może to właśnie miejsce na wolontariat dla Ciebie!

Kamila Bemben

II rok, kierunek lekarski

Trąd. Ktoś na to jeszcze choruje?

Mimo że w naszej kulturze lepra wydaje się kompletną abstrakcją, Światowa Organizacja Zdrowia szacuje liczbę chorych na około 3 miliony. Mapa występowania trądu na świecie pokrywa się w dużym stopniu z wysokim poziomem ubóstwa, przy czym 70% chorych to ludność Indii. Choroba zakaźna skóry i nerwów, 250 tysięcy zachorowań rocznie, trwałe okaleczenie ciała, kompletna eliminacja społeczna i odrzucenie nawet przez najbliższych – oto realia, jakie niesie ze sobą prątek *Mycobacterium leprae*. Trudność w laboratoryjnej hodowli tej bakterii ogranicza badania nad wynalezieniem szczepionki, jednak już teraz koszt wyleczenia chorego nie przekracza kwoty 100 dolarów. Pomimo to indyjski świat nadal nie radzi sobie ze zbierającym żniwo trądem.

Kierunek: wieś Gatapar w stanie Chhattisgarh, środkowe Indie

Ośrodek Rehabilitacji Trędowatych Jeevodaya (w sanskrycie – świt życia) to powstała z ramienia Kościoła katolickiego placówka leczniczo-wychowawcza, która niesie pomoc osobom dotkniętym leprą oraz ich rodzinom. Założona w 1969 r. przez polskiego misjonarza i lekarza ks. Adama Wiśniewskiego SAC oraz Barbarę Birczyńską na terenach najbardziej skażonych, obecnie prowadzona jest przez świecką misjonarkę i lekarkę z Warszawy dr Helenę Pyz, przez podopiecznych nazywaną „Mami”. Utrzymywana jest przede wszystkim z pomocy finansowej ofiarodawców, głównie z Polski. Przy Instytucie Prymasa Wyszyńskiego działa ponadto Sekretariat Misyjny Jeevodaya, stanowiący wsparcie moralne i materialne.

Zaczął się od trzech namiotów... czyli skąd Polacy w środku Indii?

Źródło powstania Jeevodaya należy szukać w historii powołania palloty, ks. Adama Wiśniewskiego. Po otrzymaniu święceń kapłańskich, rozpoczął studia medyczne na tajnych kompletach w okupowanej Polsce. W 1947 r. uzyskał dyplom lekarza medycyny, by przez kolejne lata angażować się w duszpasterstwo środowiska służby zdrowia. Przez cały ten czas jednak świadomy był, że jego powołaniem jest działanie wśród ubogich trędowatych. Dobrze przygotowany do pracy kapłańskiej i misyjnej, w 1961 r. wyruszył do Indii, gdzie został aż do swoich ostatnich dni. Początkowo podróżował, poznawał indyjski świat i metody leczenia trądu. Po



Zjeździe Lekarzy Katolickich podjął pracę w pierwszym ośrodku leczenia lepry, z którego przemęczony, z odklejoną siatkówką, zmuszony był wyjechać na dwa lata rekonwalescencji.

Ostatecznie, po aktywnych poszukiwaniach miejsca prawdziwie potrzebującego pomocy, na ziszczenie planów ks. Adama – zbudowanie Jeevodaya – w 1969 roku wybrano wioskę Gatapar. Jak wspomina współzałożycielka Barbara Birczyńska: *ksiądz Adam był od trędowatych, a ja od dzieci i w ten sposób powstała idea ośrodka dla trędowatych dzieci*. Początki placówki to dosłownie trzy namioty – w jednym żył ks. Adam z chłopcami, w drugim – pani Barbara z dziewczętami, trzeci zaś był kaplicą. Z czasem w Jeevodaya zaczęło prawdziwie świtać...

Ks. Adam zmarł w 1987 r. wskutek choroby nowotworowej, a w dwa lata później miejsce lekarza w Jeevodaya zajęła dr Helena Pyz. Jest ona prawdziwą podporą ośrodka, świetnym specjalistą i matką dla swoich podopiecznych.

Bardziej społeczność niż organizacja

Ekipa prowadząca ośrodek to oprócz dr Heleny Pyz (jedynej tam lekarza) i dyrektora ks. Abrahama Thylammana głównie ochotnicy, zdecydowani pracować i zamieszkać tam na stałe, w większości wyleczeni z trądu absolwenci tamtejszej szkoły. W grupie dzieci są mieszkańcy internatu, sieroty oraz te zabrane z kolonii dla trędowatych, które były najbardziej narażone na zarażenie. W ośrodku pozostają także chorzy potrzebujący stałej opieki medycznej, którzy nie mają możliwości powrotu do swoich domów. W skład społeczności wchodzi też wolontariusze. Ciekawe wspomnienia niektórych spośród nich można znaleźć na stronie internetowej ośrodka www.jeevodaya.org. →

Działalność Jeevodaya, czyli wyzwania czekające wolontariuszy

Sensem istnienia placówki jest praca na trzech płaszczyznach: pomocy medycznej, edukacji i wsparcia społecznego.

Będąc studentem kierunków medycznych, możesz zgłosić się jako wolontariusz w Jeevodaya. Na terenie ośrodka działa prowadzona przez dr Helenę Pyz przychodnia, w której leczy się nie tylko mieszkańców placówki, ale i ludność okolicznych miejscowości. Opieka medyczna dotyczy zarówno trądu, jak i innych chorób – ośrodek wdraża projekt walki z gruźlicą i angażuje się w pomoc chorym na AIDS. Przychodnia prowadzi także regularną profilaktykę wśród mieszkańców. Ekipa medyczna jeździ nieść pomoc do okolicznych miejscowości – dwa razy w miesiącu do przychodni w miejscowości Tumgaon położonej ok. 80 km od ośrodka, raz do Kuteli odległej o ok. 200 km.

Podejmujący wolontariat musi zdać sobie sprawę, jak duże piętno na życiu chorego odciska lepra. Trędowaty nie odczuwa bólu, przez co nietrudno o okaleczenia i zranienia ciała. Jak w swojej relacji opisuje jedna z wolontariuszek: *(..) nie pojawia się ostrzeżenie w postaci bólu: uwaga, ostre, gorące, twarde! I dochodzi do wypadków. Mężczyzna parzy nogę poprzez dotknięcie rozgrzanego silnika motocykla. Kobieta parzy dłoń podczas przygotowywania posiłków na gorącym ogniu. Ktoś inny traci palec u stopy podczas oglądania telewizji, ponieważ odgryza go szczur (...).*¹

Pomoc medyczna w Jeevodaya to praca z ludźmi nieczytymi w rozumieniu tamtejszej kultury kastowej, wykluczonymi z powodu choroby. Trędowaci wyrzucani są przez rodziny z własnych domów, a dzieci chorych rodziców z góry pozbawiane są prawa do edukacji. Jeevodaya to dla nich ratunek przed tułaczką w getcie i śmiercią na ulicy.

Zgłoszenie się do przychodni i podjęcie farmakoterapii to droga do całkowitego wyleczenia. Opieka medyczna to także pielęgnacja ran i przywracanie ogólnie pojętej dobrej kondycji psychofizycznej. Problem stanowią niewyjaśnione dotąd nawroty choroby. Brak pewności czy są skutkiem ponownego zarażenia u osób szczególnie podatnych, czy jedynie niedoleczenia pierwotnej infekcji.

Ponieważ dzieciom z rodzin dotkniętych trądem automatycznie uniemożliwia się chodzenie do szkół publicznych,



W przychodni

w Jeevodaya podjęto nauczanie młodych. Kilkuset uczniów mieszka w internacie na terenie placówki bądź dojeżdża z okolicznych wiosek. Absolwenci kontynuują naukę na uczelniach wyższych, m.in. w Polsce. Jak wspominają wolontariusze, praca z młodymi to np. prowadzenie kursu językowego czy zajmowanie się dziećmi.

Trzeci filar istnienia Jeevodaya jest równie istotny jak te już opisane. Trędowaci to w tamtejszym myśleniu ludzie, na których patrzy się przez pryzmat ich ran i deformacji. Potrzebują ze strony ośrodka akceptacji, której nie daje im indyjski świat. Ważne, by być przyjacielem dla podopiecznych ośrodka, razem z nimi pracować, żyć w ich realiach i w zgodzie z tamtejszymi regułami. Placówka sama na siebie pracuje, prowadzi np. hodowlę zwierząt oraz uprawę roli. Toczy się w niej codzienne życie, którego częścią wolontariusz musi się stać.



Pobieranie wymazu skórno

Nie obawiaj się zarażenia

Mimo że trądem zarazić się może każdy, a klimat Indii daje sprzyjające warunki rozwoju infekcji *ryzyko zachorowania dla zdrowych, dobrze odżywionych, z silnym układem odpornościowym mieszkańców Zachodu jest znikome. Inaczej się dzieje w przypadku ludzi ubogich, najczęściej niedożywionych, a przez to mało odpornych.*²

Warto wiedzieć zanim zgłosisz swoją gotowość, czyli ważne informacje dla ochotników

Jeevodaya w swej samowystarczalności nie stworzyło odrębnego zakresu prac skierowanych wyłącznie do wolontariuszy. Należy samodzielnie wejść w tryb życia ośrodka, zaangażować się w opiekę i zabawę z dziećmi, naukę języków i pomoc w utrzymaniu higieny w ośrodku.

Przychodnia przyjmuje pacjentów dwa lub trzy razy w tygodniu. Formę medycznego wolontariatu wspomina się jako świetny staż, którego nie sposób doświadczyć w Polsce. W pozostałe dni można pomagać w innych czynnościach.

Jest to zamknięta społeczność, w obrębie której panują ustalone zasady, często różne od tych panujących w realiach europejskich. Ważne, by przyjezdny był gotów się do nich dostosować. Ochotnikom oferuje się identyczne warunki życia, jakie mają stali mieszkańcy – standard ośrodka nie różni się zbyt wiele od warunków bytowych indyjskiej klasy ubogiej. Będąc placówką katolicką, Jeevodaya za-

prasza wolontariuszy do udziału w codziennych praktykach religijnych, aczkolwiek mieszkańcy tego miejsca wyznają różne religie.

Zainteresowani wyjazdem powinni indywidualnie kontaktować się z Sekretariatem Misyjnym Jeevodaya w Warszawie. Pomoc w przekonaniu się, czym jest ten wolontariat niosą ze sobą zamieszczone na stronie ośrodka wspomnienia wolontariuszy. Z pewnością nie potrzeba Ci sterty dokumentów o umiejętnościach medycznych czy językowych. Rekrutacja dla każdego wolontariusza odbywa się indywidualnie.

Wolontariat to z pewnością niełatwe, ale prawdziwe wyzwanie!

Wszelkie informacje o Jeevodaya znajdziesz na:

<http://www.jeevodaya.org/>

Znajdź ośrodek na Facebook'u i dowiedz się więcej:

<http://www.facebook.com/sekretariatmisyjny.jeevodaya?fref=ts>.

¹ Agata Karpowicz, *Chyba się zaraziłam*,

<http://www.jeevodaya.org/pomoc/wolontariat/1011901989>

² <http://www.jeevodaya.org/> □

Medycyna i prawo

Problemy prawne towarzyszą lekarzom na każdym etapie ich kariery zawodowej. Wiedza prawnicza pomaga zachować profesjonalizm w relacjach z pacjentami, umacnia naszą pozycję podczas negocjacji z pracodawcą oraz jest niezbędna do założenia własnej działalności gospodarczej. Naprzeciw oczekiwaniom studentów, którzy chcieliby zdobyć podstawowe wiadomości z tego zakresu wyszedł dr Marek Koenner – radca prawny, specjalista z dziedziny ochrony zdrowia. W przeszłości prowadził na Uniwersytecie Gdańskim zajęcia z postępowania cywilnego oraz orzekał w Sądzie Rejonowym. W 2004 r. założył Kancelarię Radcy Prawnego, która reprezentuje zarówno podmioty lecznicze, jak i samych lekarzy.



Wywiad z dr. Markiem Koennerem
radcą prawnym, specjalistą
z dziedziny ochrony zdrowia

Od ubiegłego roku rozpoczął się w naszej Uczelni cykl otwartych wykładów, których tematyka obejmuje kwestie najbardziej istotne z punktu widzenia praktykujących lekarzy: problem błędu medycznego, działanie podmiotu leczniczego jako przedsiębiorcy, obowiązki i prawa lekarza, postępowania sporne w sądzie, przed komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych oraz te z Narodowym Funduszem Zdrowia. Następne spotkanie odbędzie się już 16 stycznia o godz. 18:15 w AGN (s. 103). W poniższym wywiadzie, dr Koenner odpowiada na pytania, które nasunęły się nam podczas dotychczasowych zajęć.

Jak często reprezentuje Pan w sądzie interesy młodych lekarzy?

Warto, aby nawet lekarze w trakcie specjalizacji już korzystali z pomocy prawnika, np. w sytuacjach kiedy dochodzi do zawarcia umowy o pracę. Takie osoby jednak rzadko do mnie trafiają, co wynika z obaw przed kosztami porad prawnych. Problem ten nie dotyczy zresztą tylko środowiska medycznego. Jako społeczeństwo posiadamy wciąż dość niską świadomość prawną. Tymczasem rynek prawniczy uległ daleko idącym zmianom: dostęp do profesjonalnych usług jest znacznie łatwiejszy, a ich cena już nie jest tak wysoka.

Istnieją różne formy zatrudnienia przeznaczone dla osób odbywających specjalizację: rezydentura, umowa o pracę, również tzw. wolontariat. Czym różni się wówczas relacje prawne łączące lekarza z jego pracodawcą?

Zadał mi pan trudne pytanie: każda z tych zależności może przynieść zupełnie odmienne konsekwencje. Posiadając umowę o pracę podlegamy wszystkim regulacjom, które wynikają ze stosunku pracowniczego. Natomiast w wypadku innych sposobów kształcenia podyplomowego kontekst jest uzależniony od charakteru umowy podstawowej. Pozycja rezydenta jest co do zasady słabsza niż lekarza specjalisty. Nie zwalnia to jego z obowiązku wykonywania zawodu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz należyta starannością. Jednak dużo zależało będzie od konkretnej sytuacji. Pozycja rezydenta zależy od stopnia podległości kierownictwu lekarza opiekuna. Istnieją sytuacje, w których lekarz rezydent musi odmówić wykonania polecenia lekarza kierownika, żeby →

samemu nie narazić się na odpowiedzialność prawną. Na marginesie trzeba zauważyć, że orzecznictwo zdaje się wyrażać stanowisko o braku dyskryminacji w sytuacji różnicowania poziomu płac rezydentów i specjalistów.

Jakie zdarzenia medyczne najczęściej stanowią podstawę do złożenia pozwu przeciwko lekarzowi?

Największym podmiotem, z którym współpracuję, jest ośrodek leczenia niepłodności. W związku z tym często spotykam się z problemami związanymi z procedurą IVF oraz prowadzeniem takich ciąż. Wydaje mi się, że to jest jeden z najbardziej grząskich terenów, na jakich operuje dzisiejsza medycyna. Liczne wątpliwości sprzyjają pochopnemu formułowaniu zarzutów.

W wypadku każdego postępowania lekarz musi umieć dowieść, że leczył chorego z zachowaniem należytej staranności, czyli zgodnie z wysokim standardem opieki oczekiwanej od personelu w ochronie zdrowia. Lekarz podlega nie tylko przepisom prawa cywilnego, ale również szeregowi szczegółowych regulacji, zawartych m.in. w Ustawie o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz Ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W codziennej praktyce musi kierować się zarówno ogólnodostępną wiedzą medyczną, jak i zasadami etyki lekarskiej.

Użył Pan wyrażenia „zdarzenie medyczne”. Pamiętajmy, że jest to całkiem nowy termin, który pojawił się wraz z wprowadzeniem postępowania przed wojewódzkimi komisjami do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Ma on za zadanie oddzielić fakt zaistnienia incydentu o określonych konsekwencjach od subiektywnego poczucia winy. Jego stwierdzenie otwiera natomiast możliwość rozpoczęcia negocjacji z ubezpieczycielem w sprawie ewentualnych roszczeń.

Do wojewódzkich komisji powrócę za chwilę. Swoje usługi oferują Państwo również lekarzom dentystom. Na co powinni oni szczególnie uważać? Czego najczęściej dotyczą zarzuty kierowane przeciwko tej grupie zawodowej?

W wielu przychodniach leczniczych przyjmuje się tylko dorożumianą zgodę pacjenta, kładącego się na fotelu dentystycznym. W wypadku zwykłego leczenia nie budzi to większych zastrzeżeń, jednak przestaje wystarczać w wypadku procedur o podwyższonym ryzyku. Najczęściej wykonywaną tego typu usługą jest leczenie endodontyczne. Pozwolenie na ten zabieg nierzadko próbuje się uzyskać od pacjenta w sytuacji, gdy leży on już znieczulony na fotelu. Trzeba stanowczo podkreślić, że uzyskana w ten sposób zgoda może nie wystarczyć lekarzowi do obrony w ewentualnym procesie, gdyby doszło do jakichś powikłań.

To jest okazja do przywołania jednej istotnej rzeczy: lekarz dentysta, tak jak wszyscy inni specjaliści, jest rozliczany ze swej pracy na podstawie prowadzonej samodzielnie dokumentacji medycznej. Jest ona najważniejszym dowodem, na jaki później będzie w stanie się powoływać. Zgody udzielone przez pacjenta powinny pokrywać się z figurującymi tam zapisami. Klauzula o podwyższonym ryzyku jest sformułowana bardzo ogólnie, więc w razie wątpliwości wymagajmy na piśmie dodatkowych potwierdzeń.

Pacjent ma dostęp do dwóch dróg dochodzenia roszczeń cywilnoprawnych. Jedną stanowi proces sądowy, drugą – wystąpienie przed wojewódzką komisją ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Czy mógłby Pan przypomnieć, dlaczego obecnie największą popularnością cieszą się procesy cywilne?

Postępowanie cywilne dotyczy jednej z kilku płaszczyzn odpowiedzialności lekarza, w skład których wchodzi również od-



Według obecnego rozumienia pacjent ma o przebiegu swojej terapii decydować w takim samym stopniu co lekarz. Prowadzi to do kuriozalnego wniosku, że jeżeli ma być w pełni wartościowa, to lekarz w ciągu paru minut musi przekazać cały zasób swojej wiedzy na dany temat. Przebija się przez to kwestia wzajemnego zaufania.

powiedzialność karna, zawodowa, pracownicza i dyscyplinarna. Każda pociąga za sobą zupełnie inne konsekwencje. W postępowaniu karnym przykładowo możemy doprowadzić do skazania oskarżonego albo do odebrania mu uprawnień do wykonywania zawodu. Niemniej trudno (choć nie jest to niemożliwe) w ramach tej procedury dochodzić roszczeń finansowych. Do tego celu najodpowiedniejsza jest ścieżka cywilna i dlatego większość kancelarii odszkodowawczych jest na nią nastawiona. Wynagrodzenie za stwierdzone szkody składa się wówczas z dwóch elementów. Odszkodowanie ma pokryć udokumentowane koszty leczenia. Zadośćuczynienie stanowi rekompensatę za doznane krzywdy, sformułowaną także jako żądanie finansowe. I pomimo że taką krzywdę trudno wycenić, często właśnie zadośćuczynienie jest największą wartościowo składową dochodzonego roszczenia.

Czy Pana zdaniem Polskie ustawodawstwo w jednakowym stopniu reprezentuje interesy pacjentów i lekarzy? Czy obecnie łatwo jest udowodnić lekarzowi winę?

To nie jest do końca kwestia prawa. Ono – mimo wszystkich swoich ułomności – wydaje mi się bezstronne. Problemy może stwarzać aktualna linia orzecnicza. Nawiążę do tego, co powiedziałem wcześniej o zgodzie poinformowanej (w kontekście koniecznej zbieżności z prowadzoną dokumentacją medyczną). Według jej obecnego rozumienia pacjent ma o przebiegu swojej terapii decydować w takim samym stopniu co lekarz. Prowadzi to do kuriozalnego wniosku, że jeżeli ma być w pełni wartościowa, to lekarz w ciągu paru minut musi przekazać cały zasób swojej wiedzy na dany temat. Przebija się przez to kwestia wzajemnego zaufania. Jeśli pacjent ufa lekarzowi, to nie tylko wyrazi wymagane zgody, ale też w razie potrzeby zaświadczy, że został w pełni poinformowany. Orzecznictwo patrzy na zgodę w sposób obiektywny, gdy w mojej opinii będzie ona zawsze rzeczą bardzo subiektywną.

Czy mogłoby to prowadzić do nadużyć?

Moim zdaniem odpowiedzialność lekarza została nadmiernie obciążona. Jest to jednak tylko jeden z elementów branych pod uwagę przy wydawaniu wyroku. Nie mogę powiedzieć, aby w prawie była jakaś zasadnicza nierównowaga. Lekarze ogólnie nie są przez nie w jakiś sposób szczególnie pokrzywdzeni.

Jak wzajemne stosunki między stronami odmieniło utworzenie wojewódzkich komisji ds. orzeczeń o zdarzeniach medycznych?

Rzecz w tym, że przy obecnym ustawodawstwie mogą one nigdy nie zacząć działać jako efektywny element szeroko rozumianego wymiaru sprawiedliwości. Zaspokajanie potrzeb społecznych, które mają charakter populistyczny, nie kończy się dobrze. Tak też bywa z żądaniami przyspieszenia proce-



dur sądowych. Osobiście jestem przeciwnikiem podobnych działań. Każdy z nas ostatecznie wolałby mieć sąd nierychliwy, ale sprawiedliwy. W szczególności dotyczy to sporów medycznych, gdzie istnieje konieczność szczegółowej analizy problemów nie tylko natury prawnej, ale i medycznej. O decyzji komisji często przesądza rzetelność opinii biegłego, który działa teraz pod presją czasu. Rzadko kiedy w takim wypadku proponowane odszkodowanie spotka się z akceptacją pacjenta.

Człowiek zwracający się do komisji od początku ma świadomość istnienia górnego limitu wartości odszkodowania.

Natomiast w ramach tych granic można się poruszać w sposób dowolny. Zwykle propozycje składane przez ubezpieczycieli są jednak z punktu widzenia pacjentów zbyt niskie. Ci drudzy często traktują tę procedurę jako czas na skompletowanie dokumentów, z którymi później udadzą się do sądu. To na razie najczęstszy scenariusz.

Zaznaczmy, że orzeczenie komisji nie wyklucza możliwości występowania na drogę sądową.

Tak jest. Orzeczenie nie powoduje, że pacjent zrzeka się swoich roszczeń. Dlatego w mojej ocenie komisje wydłużają tylko czas postępowania. Proszę jednak tych organów nie lekceważyć. Prawo w pewnej mierze opiera się na logice, jednak potrzebne jest jeszcze wycucie sytuacji. Brak należytej reakcji

na pismo ze strony komisji, podobnie jak sądu, może w przyszłości naszej sprawie bardzo zaszkodzić.

Czy orzeczenie komisji dotyka lekarza bezpośrednio?

Orzeczenie nie ma na celu ustalenia czyjejs winy. Nie przesądza więc kwestii dochodzenia dalszych roszczeń wobec lekarza, np. przez jego ubezpieczyciela. Jeżeli w toku postępowania dojdzie do wykrycia błędu medycznego, to może on wystąpić przed sąd z roszczeniem zwrotnym.

Nawet jeżeli sam pacjent zrezygnował z kontynuowania walki?

Nie, oczywiście roszczenie zwrotne zwane regresowym przysługuje wtedy, kiedy ubezpieczyciel był zobowiązany do zaspokojenia finansowych roszczeń pacjenta. Ale w konsekwencji to firma ubezpieczeniowa będzie decydowała o dalszych losach postępowania wobec lekarza – i to zarówno na płaszczyźnie cywilnej, jak i karnej.

Problem regresów odszkodowań poruszał Pan wielokrotnie w czasie swoich wykładów. Zarówno dla mnie, jak i moich kolegów kwestia ta budzi duży niepokój.

W tym kontekście bardzo ważnym elementem naszej sytuacji prawnej jest ubezpieczenie. Ubezpieczenia to obszerny i ciekawy temat. W Polsce pakiety od odpowiedzialności cywilnej oferuje lekarzom tylko kilka firm. Chcielibyśmy móc wierzyć, że są to wysokiej klasy specjaliści, którzy zawsze udzielą kompetentnej pomocy. W rzeczywistości ubezpieczalnie działają jak każde inne instytucje finansowe, które sprzedają pewne produkty dla zysku. Dobrze być zorientowanym w obowiązujących procedurach i umieć dopilnować realizacji zobowiązań ubezpieczyciela, o czym w swoim czasie będę jeszcze mówił na Uczelni.

Dziękuję za wyczerpującą odpowiedź. A w jakich sprawach zwracają się do sądu sami lekarze?

Bywa, że zawiadamiają o popełnieniu przestępstwa znieśławienia, często dokonywanego w Internecie. Dotyczą one publikowania błędnych czy też rażąco niesprawiedliwych ocen ich działalności. Jeżeli istnieje możliwość identyfikacji sprawcy, występują o ochronę dóbr osobistych. Zazwyczaj skutkuje już wysłanie oficjalnego pisma, wzywającego do zaniechania dalszych wpisów. Brak powodzenia może wynikać z trudności w dotarciu do administracji serwerów, które są położone poza granicami Polski.

Państwa kancelaria oferuje również usługi w zakresie prowadzenia negocjacji. W jakich sytuacjach przydaje się taka pozasądowa droga rozwiązywania sporów?

Zasady procedury mediacyjnej reguluje Kodeks postępowania cywilnego. Środkiem częściej wykorzystywanym są również negocjacje ugodowe, które mogą rozpocząć się zanim dojdzie do sporu sądowego, a potem toczą się równolegle z procesem. W praktyce mediacja sądowa bardzo często przedłuża bieg postępowania, natomiast negocjacje ugodowe są w mojej ocenie niejednokrotnie niezbędne. Mogą bowiem doprowadzić do zażegnania sporu zanim wszedł w fazę sądową. Oczywiście prowadzą one do porozumienia głównie wtedy, jeżeli obu stronom zależy na uniknięciu procesu. Jednakże elastyczność negocjacyjna opiera się na kalkulacji przyszłego ryzyka. Jestem w stanie zarekomendować klientowi optymalną ścieżkę postępowania, biorąc pod uwagę szansę na wygranie danej sprawy w sądzie. →

Przejdźmy do podsumowania: czy mógłby Pan przytoczyć kilka zasad, których powinniśmy przestrzegać, aby w przyszłości nie wchodzić niepotrzebnie w spory sądowe?

Z mojego doświadczenia wynika – co potwierdzają rezultaty badań socjologicznych – że najbardziej skutecznym sposobem ograniczenia roszczeniowości pacjentów jest nawiązanie z nimi właściwego kontaktu. Jakość tych relacji wpływa na późniejszą interpretację kwestii formalnych. Właściwe podejście psychologiczne, cechujące się empatią, jest tutaj nie do przecenienia.

Co się tyczy kwestii prawnych: przede wszystkim trzeba znać swoje prawa i obowiązki. Chodzi zarówno o kompetencje czysto zawodowe, jak i reguły rządzące relacjami cywilnoprawnymi (w ramach kontraktu) czy w stosunku pracowniczym (wobec pracodawcy). Ważne, aby nabyć zawczasu pewną świadomość prawną, dzięki czemu zyskamy dużą swobodę w poruszaniu się na płaszczyźnie zawodowej.

W jaki sposób lekarze, którzy i tak są obciążeni licznymi obowiązkami, mogą jeszcze znaleźć czas na jej zdobycie?

W tym zawodzie jest to olbrzymi problem. Nieważne czy zapiszemy się na szkolenia, będziemy uczęszczać na wykłady czy też zasięgniemy bezpośredniej porady prawnej u profesjonalisty (adwokata lub radcy prawnego) – istotne, aby tę wiedzę w ogóle posiadać. Wychodząc naprzeciw temu zapotrzebowaniu, zorganizowałem swój cykl wykładów w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Obecnie duży nacisk kładzie się na promocję wartości humanistycznych w naukach medycznych.

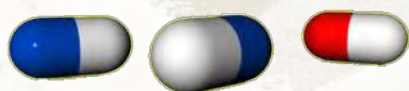
Warto się wobec tego zastanowić, czy nie zacząć lobbować na uczelni w sprawie fakultetu o tematyce prawniczej. Próbując zapoznać się z przepisami na własną rękę, łatwo można ulec złudzeniu. W przeciwieństwie bowiem do medycyny, operującej bardzo hermetycznym słownictwem, teksty prawne są pisane językiem zbliżonym do potocznego. Natomiast każdy przepis wyraża normę, którą jesteśmy w stanie odczytać (czasem mówimy nawet o jej odkodowaniu) tylko po analizie orzecznictwa oraz poznając dotychczasowy dorobek nauki prawa.

Jakich zmian w prawie medycznym mogą oczekiwać studenci, którzy obecnie kończą naukę na naszej Uczelni?

Nasze ustawodawstwo prezentuje się dosyć nowocześnie na tle innych państw europejskich. Korzystamy z jeszcze pozaborowej tradycji posługiwania się dorobkiem prawnym krajów Zachodu. Kolejne zmiany będą szły w ślad za tymi w prawie UE. Obecnie orzeczenia Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości dotyczą często problemów bioetycznych, związanych z eksperymentami medycznymi czy statusem prawnym embrionu ludzkiego. Nauka zawsze wyprzedza ustalenia prawników i w tym sensie prawo zawsze będzie spóźnione w stosunku do otaczającej rzeczywistości. Lekarze powinni więc korzystać głównie ze sprawdzonej wiedzy medycznej i z jej pomocą bronić swoich racji.

**Bardzo dziękuję za rozmowę.
Rozmawiał Łukasz Budyńko**

Remedium



Współtwórz to czasopismo z nami!

www.remEDIUM.gumed.edu.pl



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

