



Remedium

Dodatek do Gazety AMG



CZEGO CIĘ NIE NAUCZY GUMED?



Medycyna jest dla wszystkich!

Remedium



facebook.com/remedium.gumed

Polub nas na



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.

W TYM NUMERZE:

Studia a rzeczywistość stażu	3
Lekarzu, chcesz pracować za granicą?	4
Dojrzewając do bycia medykem	7
Sumienni desperaci	9
Silny samorząd aptekarski	12
Stetoskop	14
Ciekawostki naukowe	16
Jak zwykle dziękujemy!	17
Pokaż, co potrafisz	18
AIDS: nowe powody do obaw	19
Dr Internet	20
Święta, czyli czy kierujesz się sercem czy rozumem?	22



Przemysław Waszak,
redaktor
prowadzący
Remedium

Często na zajęciach dowiadujemy się, że na jakąś chorobę wpływ ma status społeczno-ekonomiczny. Z reguły to tylko puste hasło na slajdzie. Co naprawdę ono oznacza? Jaki wpływ ma miejsce Twojego zamieszkania na Twoje zdrowie? Co z dochodem – czy bogatsi zawsze są zdrowsi? Wyniki dużych badań okazują się zaskakujące. Najzdrowszymi mieszkańcami globu wcale nie są najbogatsi Amerykanie, tylko Skandynawowie i Japończycy. Okazuje się, że nie wszyscy chorują jednakowo. Znaczenie dla zdrowia mieszkańców ma nie tyle samo bogactwo kraju, co poziom nierówności społecznych – w krajach „równiejszych” żyje się dłużej i zdrowiej.

OK, to tylko statystyki. Ale czy kiedy spojrzymy na naszą okolicę, nie dostrzegamy czegoś podobnego? Próbowałem kiedyś pytać najczęściej, przewlekłe chorych pacjentów o to gdzie mieszkają. W odpowiedziach pojawiał się wciąż małe miejscowości i te same dzielnice Gdańska: Przeróbka, Dolne Miasto, Orunia, Stogi, Sobieszewo itp. To nie jest badanie naukowe, ale jednak zarysowuje się tu pewna reguła – jeśli żyjesz w biedniejszym/mniejszym/periferyjnym miejscu, Twoje szanse zdrowotne są mniejsze. Pomimo tego że równy i powszechny dostęp do opieki zdrowotnej jest w naszym kraju standardem, to rzeczywistość pokazuje, że nadal mamy problem z praktyczną realizacją tego postulatu.

Na świat można spojrzeć inaczej niż tylko z perspektywy zmedykalizowanej klasy średniej. Programy profilaktyczne i zdrowotne nigdy nie będą skuteczne, jeśli adresuje się je tylko do pewnego grona – w naszym mniemaniu typowych Polaków (Czyli właściwie do kogo? Czy w ogóle istnieje taka kategoria? Na ogół wtedy myślimy o kimś po prostu podobnym do nas). Często trzeba wyjść z szpitala i poszukać ludzi w potrzebie w ich miejscu zamieszkania. Dlatego taki sens mają akcje typu Biała Sobota/Niedziela. Ale nadal pozostaje spora grupa ludzi – bezdomni, narkomani, wszyscy inni wykluczeni – którzy w swojej bezsilności często sami zrezygnowali z zabiegania o pomoc, ale wcale nie oznacza to, że jej nie potrzebują! Co z nimi?

Na Uczelni często okrywamy się płaszczkiem *status quo*. W którymś momencie może się wydać, że zajęcia, nauczyciele, Twoi znajomi i Twoja okolica zawsze będą te same. Studiujesz już któryś rok i coraz częściej wydaje Ci się, że już nic nie może Cię zaskoczyć? Będzie to ostateczny sygnał, że należy coś zmienić, wyjść poza strefę komfortu. W tym *Remedium* chcemy zainspirować do tego. Pokazujemy też przykłady osób, które mają inne spojrzenie na to, co dzieje się tutaj. Stąd tytuł *Czego nie nauczysz się na GUMed?* Zapraszamy do lektury!

Redakcja: Wiktoria Filipkowska, Anna Ostapko, Sylwia Lipińska, Joanna Chełmieniewicz, Łukasz Budyńko, Paulina Kalinowska, Agnieszka Połocka, Mateusz Kapelan, Kryspin Kiedrowski, Zuzanna Lewicka (wicedaktor prowadząca), Małgorzata Patejko, Paula Ogrodnik, Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Agnieszka Szelązek, Przemysław Waszak (redaktor prowadzący)

Stali współpracownicy: Monika Gorzynik
Korekta: Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok
Zdjęcia: materiały autorów, www.sxc.hu,



Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia pragniemy złożyć wszystkim Czytelnikom najserdeczniejsze życzenia. Niech ten wspaniały grudniowy czas weleje ciepło w Wasze serca. Oby zapach zielonego świerku i domowego ciasta rozbudził najwspanialsze wspomnienia. Spędźcie te Świąta rodzinnie, a przyszły rok niech zapełni się samymi sukcesami.

Wesołych Świąt.
Redakcja Remedium

Studia a rzeczywistość stażu

Rozmowa z Wawrzyńcem Paluchem, stażystą w aptece otwartej



Staż to czas, w którym każdy w pełni może zweryfikować swoją wiedzę i umiejętności zdobyte w czasie studiów. Obyś staż w aptece otwartej. Czy uważasz, że studia farmaceutyczne przygotowały Cię do tego typu pracy?

Nie, nie da się przygotować do pracy w aptece na sali wykładowej czy w czasie seminarium. Staż jest niezbędną częścią studiów, która uzupełnia luki w naszej wiedzy. Przez pierwsze dni w aptece byłem zszokowany tym, że nie potrafię ani pomóc, ani doradzić większości pacjentów. Widziałem przed sobą leki i suplementy diety, o których nie miałem pojęcia. Do oswojenia się z nimi i zapoznania potrzeba czasu i dużej wiedzy wyjściowej. Zastanawiam się, jak w takiej sytuacji radzą sobie technicy, u których fundament szkolnej wiedzy jest znacznie płytszy.

Mówisz, że potrzebna jest wiedza wyjściowa. Czy studia

dały Ci tę niezbędną podstawę? Zdecydowanie tak, choć może nie w sposób idealny, bo brakowało pewnych tematów. Nie byłem też idealnym studentem, który by chłonał wszystkie informacje, ale trzeba przyznać, że podstawa jest, czasami sam się dziwię, że aż tak głęboka.

Czy mamy podstawy do budowania swojej kariery w innych miejscach niż apteka otwarta?

Niezależnie od wybranej drogi trzeba poświęcić czas i energię, bo chyba żadne studia nie przygotowują w pełni do pracy, szczególnie jeśli mówimy o tych bardziej wymagających i ciekawszych zajęciach. Dostajemy podstawę, a o resztę musimy zatroszczyć się sami.

Czyli podstawę dostaliśmy, o resztę musimy zadbać sami. Uważasz w takim razie, że studiowanie farmacji to dopiero początek długiej drogi pogłębiania swojej wiedzy w tej dziedzinie nauki?

Oczywiście, niezależnie jaką ścieżkę kariery obierzemy.

Czego zabrakło w czasie studiowania farmacji, czyli czego na pewno nie nauczy nas GUMed?

Umiejętności miękkich – psychologii, zasad kontaktu z żywym człowiekiem, o różnym poziomie wiedzy i kultury, czasami agresywnym. Brakowało mi też samodzielności w wyszukiwaniu wiedzy i ocenie jej wiarygodności, ale też rozwiązywaniu problemów. Inaczej: wiele przedmiotów wymagało wiedzy, ale nieliczne wymagały

jakiegokolwiek jej aplikacji, wykorzystania do rozwiązania nawet prostych problemów.

Co jest największym problemem w pierwszym zetknięciu młodego farmaceuty w kontakcie z pacjentami?

Pacjenci są różni, mają różne oczekiwania, wiedzę i zasobność portfela, różnią się też kulturą i zachowaniem. Największym problemem jest poradzenie sobie z agresywnymi i roszczeniowymi pacjentami, a także z osobami, które nami manipulują, np. chcąc wyłudzić leki bez recepty.

Czy warto robić coś poza samą nauką? Działać w organizacjach studenckich, czy może w kołach naukowych? Czy takie aktywności pomagają w budowaniu przyszłej kariery?

Na studiach poza nauką trzeba robić to, co sprawia frajdę, a nie katować się czymś na co nie ma się siły ani ochoty. Niezależnie od obranej ścieżki taka działalność sprawia, że poszerzają się horyzonty, stajemy się bardziej świadomymi i ważniejszymi uczestnikami życia uczelni i zawsze mamy przewa-

gę nad kimś kto nie robił nic. Czy lepsze jest zaangażowanie w koła naukowe czy organizacje? Trudno powiedzieć, wszystko zależy od obranej ścieżki i wymagań konkretnego pracodawcy na konkretne stanowisko. Najlepiej zająć się tym, co uważa się za ciekawe czy rozwijające i w czym czujemy się dobrze.

Może jakaś rada dla młodszych koleżanek i kolegów? Na czym warto się skupić w czasie studiów?

Skupcie się na tym, co Was interesuje, bawi i co chcielibyście robić w przyszłości. A w kontekście apteki? Na leku roślinnym i bromatologii. Wiedzę farmakologiczną przyswajamy bez oporów, jest ona stosunkowo duża. Niestety, pacjenci rzadko proszą o porady dotyczące leków na receptę. Proszą natomiast o informacje o suplementach i lekach OTC, często złożonych o kompleksowym, choć słabym działaniu.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała Agnieszka Szelażek

Lekarzu, chcesz pracować za granicą? Naucz się kultury!

Wywiad z Grzegorzem Chodkowskim,
lekarzem, CEO MedPharm'u



Czy aktualnie jest dobry czas dla młodych lekarzy, by wyjeżdżać za granicę?

Są dwie różne rzeczy: praca i robienie specjalizacji. Osoby, które kończą studia, bez minimum dwuletniego doświadczenia nie mogą jechać pracować w Europie. Natomiast są dwa kraje europejskie, w których jest możliwość robienia specjalizacji. Są to Niemcy i Wielka Brytania, a w praktyce tylko Niemcy. Jeżeli mówimy natomiast o pracy w trakcie specjalizacji, to dochodzi jeszcze Austria. Z kolei zupełnie odrębnym wątkiem są możliwości pracy po specjalizacji, ponieważ są one dostępne w praktycznie każdym kraju: nie tylko w Unii, ale również poza nią.

Studenci często pytają jak wygląda proces uznawania dyplomu w każdym z krajów UE?

Dzięki Bogu jesteśmy w Unii Europejskiej, więc dzieje się to automatycznie. Każdy kraj UE ma obowiązek uznania naszych kwalifikacji. Ale uznanie kwalifikacji lekarskich, to nie jest jeszcze praca, zresztą tak samo jak w Polsce.

Jakie są obecnie najczęstsze kierunki emigracji zawodowych lekarzy?

Obecnie niewielu lekarzy wyjeżdża z Polski. To nie jest

jakiś masywny *exodus*, jak to było w latach 2004-2007, czyli przez pierwsze lata po wejściu Polski do Unii Europejskiej. W tym roku to jest może kilkaset lekarzy (200-300 osób). Jeśli chodzi o specjalizację, jak

już wspominaliśmy, są to Niemcy oraz Wielka Brytania. W tym drugim kraju ścieżka wymaga większego zaangażowania i jest bardziej konkurencyjna, ale też specjalizacja tam jest możliwa. Jeśli chodzi o lekarzy specjalistów, najczęstszym kierunkiem emigracji jest właśnie Wielka Brytania, ze względu na język. Najwięcej osób mówi po angielsku albo wydaje im się, że umieją mówić. Są tam też pewne braki kadrowe, więc jest możliwość znalezienia zatrudnienia. Ciężko powiedzieć, który kraj jest na drugim miejscu. Wydaje mi się, że są to Niemcy, a następnie Skandynawia. Pojedyncze osoby wybierają kraje takie jak Francja, Belgia, Holandia, Austria czy Szwajcaria.

Na czym polega trudność specjalizowania się w UK?

Aby w ogóle myśleć o specjalizacji, trzeba zrobić dwuletni staż. Ten pierwszy krok nie daje gwarancji, ale zwiększa

nasze szanse. W UK nie ma za bardzo wakatów dla lekarzy w trakcie specjalizacji. Dlatego jest to po prostu bardzo konkurencyjny proces – nawet do 10 osób na jedno miejsce. UK za Stanami Zjednoczonymi to destynacja nr 1 dla lekarzy z całego świata. Tam są setki lekarzy nie tylko z Europy, ale z krajów azjatyckich i afrykańskich.

Wspólnota Niepodległych Państw.

No właśnie, *Common Wealth* – to nie jest dla nich łatwe, ale próbują i dodatkowo zwiększają konkurencję. W Niemczech z kolei jest ogromna ilość wakatów w szpitalach, a te równają się specjalizacjom. Odbywanie specjalizacji w Niemczech to banalnie prosty proces, nie ma warunków wstępnych. Jest naturalną konsekwencją podpisania umowy ze szpitalem. Podpisanie umowy o pracę jest równoznaczne z rozpoczęciem specjalizacji. To nie może być rozdzielone.

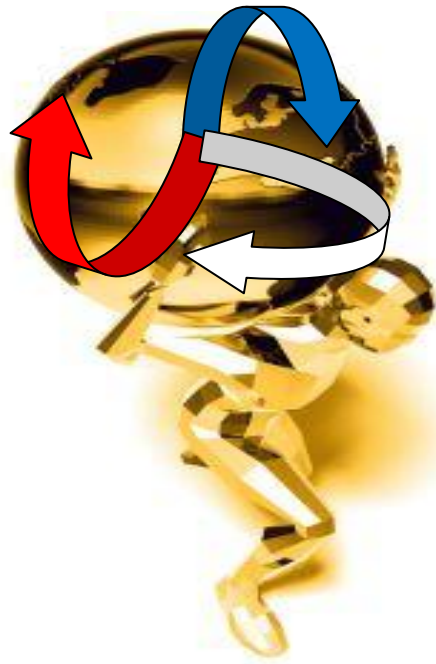
W Polsce tylko niektóre szpitale mają miejsca specjalizacyjne.

To bzdura, że w Polsce w szpitalu jest etat, a nie jest prowadzona specjalizacja. Oznacza to, że ktoś pracuje na danym oddziale, ale się nie kształci, bo szpital nie ma akredytacji. W Niemczech takie sytuacje nie mają miejsca.

W Wielkiej Brytanii lekarze konsultanci znają cały personel po imieniu i mają przyjacielskie relacje od góry do samego dołu, nawet z odpowiednikiem salowej. Mogę zagwarantować, że wielu lekarzy pracujących w Polsce nie ma bladego pojęcia jak ma na imię pani salowa.

Jaki jest największy problem pracowników służby zdrowia udających się do pracy za granicą?

Jest ogromne zapotrzebowanie na personel medyczny, ale największym problemem jest zawsze znajomość języków. Dotyczy to około 90% osób, także sporej części lekarzy po studiach. Znajomość języka musi być na poziomie *advanced proficiency*. Zarówno do uzyskania prawa wykonywania zawodu w Niemczech, jak i odbywania stażu w UK, wymagana jest znajomość języka na poziomie B2 czy C1 (w Niemczech zależy od landu) i musi być to potwierdzone certyfikatami.



To szczególnie istotne dla kogoś wykonującego zawód taki jak lekarz, żeby biegle władał językiem danego kraju. Czy brak odpowiedniej znajomości języków skutkuje czasami powrotem do Polski?

Często zdarza się, że z powodu braku umiejętności językowych kończą się kontrakty. Szpital daje sygnał, że dana osoba sobie nie radzi. Może nie jest to częste, ale takie sytuacje się zdarzają.

W Wielkiej Brytanii, o ile wiem, takie przepisy zaostryły się ostatnio po sprawie niemieckiego lekarza, który przepisał złą dawkę leku...

Zgadza się, był to Daniel Ubani. Z tego powodu wymagania zostały zaostrzone. Weryfikowana jest znajomość angielskiego medycznego.

Czy widzi Pan jeszcze jakieś kluczowe/newralgiczne elementy, które są ważne do pracy za granicą?

W naszym systemie zwykle jesteśmy dużo gorsi od strony praktycznej niż lekarze w Niemczech czy UK. W Polsce różne procedury medyczne są po prostu historycznie wykonywane przez pielęgniarki. Druga sprawa to kwestia kultury osobistej i relacji międzyludzkich z personelem. W Wielkiej Brytanii lekarze konsultanci znają cały personel po imieniu i mają przyjacielskie relacje od góry do samego dołu, nawet z odpowiednikiem salowej. Mogę zagwarantować, że wielu lekarzy pracujących w Polsce nie ma bladego pojęcia jak ma na imię pani salowa.

Ani nawet jak wygląda.

Jeżeli ktoś jest człowiekiem bystrym, inteligentnym, ma jakieś pokłady inteligencji emocjonalnej, potrafi się zaadaptować, skorygować swój czasami chory, polski sposób postrzegania relacji lekarza z persone-

lem i pacjentem, który wyniósł ze studiów i ze stażu. Są w życiu sytuacje patologiczne, np. nieprzedstawianie się pacjentom, brak wyjaśniania procedur medycznych czy dotykanie bez zgody. W Wielkiej Brytanii są to rzeczy niedopuszczalne. Natomiast jeśli ktoś nie potrafi się skorygować, czasami jest to też powodem, dla którego szpitale kończą współpracę.

To jest chyba taka naleciałość kulturowa, coś co wynosimy z domu, nawet w większości innych dziedzin.

Oczywiście elementarnie chodzi tu o kulturę. Jak pacjent wchodzi do gabinetu i jest to starsza kobieta, to wstajemy. To się nie zdarza w polskich szpitalach. Pacjenci wchodzi do gabinetu i nawet nikt nie podniesie wzroku znad historii. To jest żenujący brak kultury, ale jest to też wzmacniane negatywnie przez otoczenie. Bo kulturę możemy nawet z domu wynieść, ale kiedy jesteśmy otaczani przez ludzi, którzy stanowią dla nas wzorzec – starsi lekarze, ordynatorzy... Taki młody lekarz może myśleć sobie, że to głupio być jedynym lekarzem na oddziale, który wstanie i powie: *Dzień dobry, Bardzo proszę, Proszę usiąść*. Myślę, że niewielu lekarzy ma odwagę, by się zdobyć na tego typu gest. A powinna być to naturalna reakcja. Taka arogancja często przekłada się później na relacje z personelem albo niechęci adaptowania nowych procedur – *bo ja wiem lepiej* albo w *Polsce tak nie robiliśmy* – i to też może być przyczyną tego, że wyjazd za granicę się nie udaje. To nie są częste przypadki, ale to się zdarza. To nie jest tylko Polska przypadłość, najogólniej można powiedzieć, że dotyczy to wszystkich krajów byle-

Jeżeli ktoś jest człowiekiem bystrym, inteligentnym, ma jakieś pokłady inteligencji emocjonalnej, potrafi się zaadaptować, skorygować swój czasami chory, polski sposób postrzegania relacji lekarza z personelem i pacjentem.

go bloku wschodniego. Fascynujące jest to, że mijają 24 lata, czyli jedno pokolenie, a dużo rzeczy w sferze mentalności się nie zmieniło. I to jest problem, bo konsekwencje komunizmu nie powinny aż tak długo trwać. Większość ordynatorów i profesorów to osoby, które większość życia funkcjonowały w systemie PRL, gdzie relacje lekarz – pacjent były bardzo paternalistyczne, wyniosłe, oschłe i niepartnerskie. Oddziały nadal jeszcze są kierowane przez te osoby. One narzucają swój sposób bycia i postrzegania rzeczywistości i dlatego tak to trwa.

Serdecznie dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Przemysław Waszak



Dojrzewając do bycia medykiem

Nie wyobrażam sobie chirurga pozbawionego umiejętności podejmowania decyzji w ramach ostrego dyżuru. Specyfika pracy dyżurowej różni się zupełnie od tej wykonywanej na co dzień. Warto już na studiach sprawdzić jak to wygląda. Ma to szczególne znaczenie dla osób myślących o specjalizacjach zabiegowych.

Wywiad z doktorem **Marcinem Folwarskim**, chirurgiem ogólnym

Czego oczekiwałeś idąc na medycynę?

Mój tata jest pediatrą, więc wcześniej wiedziałem jak wygląda życie lekarza. Medycyna stawia przed człowiekiem duże wyzwania. Każdemu zapewnia jednak szerokie możliwości rozwoju. Ja szybko zacząłem się skłaniać ku dziedzinom zabiegowym. Przesądziła o tym działalność w Kole Naukowym Chirurgii Ogólnej oraz udział w pracy Oddziału Chirurgii pod kierownictwem prof. Marka Dobosza.

Czy dla lekarza praktyka aktywność naukowa ma realną wartość?

Znajomość podstawowych reguł pracy naukowej jest konieczna, aby później ze zrozumieniem czytać czasopisma branżowe. Lekarz potrzebuje stale poszerzać swoją wiedzę. Podręczniki są nieaktualne już w momencie wydania. Swoje wiadomości trzeba aktualizować w oparciu o piśmiennictwo światowe, dostępne głównie w języku angielskim. Wyciąganie z niego poprawnych wniosków wymaga doświadczenia. W Polsce brakuje nacisku na naukę czytania ze zrozumieniem prac naukowych.

Powiedziałbym, że na studiach jest on zupełnie nieobecny.

Istnieją zajęcia ze statystyki medycznej, fakultety dotyczące *evidence – based medicine* itp. Program studiów trochę się zmienia. Studenci jednak nie mają świadomości, jak bardzo przyda się im to na dalszej ścieżce kariery.

Podsumowując, Uczelnia bardziej przeszkodziła czy pomogła w realizacji Twoich planów?

Zajęcia na studiach to wstęp do prawdziwej medycyny. Wiedza teoretyczna jest podstawą w pracy lekarza każdej specjalności, chirurgia nie jest wyjątkiem. Doświadczenie kliniczne można jednak zdobyć wyłącznie angażując się w pracę oddziału. Studia to najlepszy moment na poszukiwanie podobnych okazji. Liczy się udział w kołach naukowych, asysty przy operacjach, chodzenie na dyżury. Zawsze podkreślam, że warto zaczynać już na pierwszym roku. Umiejętności praktyczne zdobywa się przez podglądanie i uczestniczenie w pracy starszych kolegów. Już na stażu trzeba dokonywać realnych wyborów, podejmować pierwsze poważne decyzje. Brakuje wówczas czasu na nadrobienie zaległości.

Co zrobić, aby sensownie wykorzystać staż podyplomowy?

Jest to okres, który nieuchronnie prowadzi do podjęcia starań o specjalizację. Dobrze już na studiach rozeznąć

się, w jakiej dziedzinie chciałoby się pracować. Spotykając różnych specjalistów, zwróć uwagę kogo widzisz w roli swojego przyszłego nauczyciela. Pod tym kątem można wybierać miejsce stażu. Podjęcie ostatecznej decyzji zdecydowanie ułatwi wcześniejsza znajomość specyfiki pracy upatrzonego oddziału.

Swoje miejsce stażu wybrałem pod kątem oddziału chirurgii, z którym wiązałem moją przyszłość i był to Szpital Wojewódzki (obecnie Copernicus). To dosyć duża placówka, młodzi lekarze mają możliwość zetknięcia się tam z wielospecjalistyczną opieką nad pacjentem.

Jakie szanse na wymarzoną specjalizację ma ambitny, ale przeciętnie uzdolniony student?

Dla zdeterminowanej osoby wszystko jest możliwe. Specjalizacje w skrajnym przypadku można realizować nawet w ramach wolontariatu, ale tu pojawiają się oczywiście ograniczenia natury finansowej.

Popierasz takie postępowanie? Słyszałem, że budzi ono w środowisku pewne kontrowersje.

Ze względu na ciągle zbyt małe ilości miejsc na rezydenturze oraz niechęć szpitali do zatrudniania na etatach wolontariat staje się dla młodych lekarzy czasem jedyną drogą do otwarcia wymarzonej specjalizacji. Nie znam osób, które były zmuszone wytrwać całą specjalizację na wolontariacie. Rozpoczyna się go z myślą, aby po roku, półtora znowu próbować dostać się na miejsce rezydencje. W międzyczasie zarabia się pracując popołudniami w innych miejscach.

Niekiedy studia doktoranckie traktuje się jako sposób znalezienia pracy w klinice. Nie jest to idealne rozwiązanie, traci na tym sama nauka. Szefowi oddziału umożliwia to sprawdzenie nowego członka zespołu. Poza tym praca w klinice zawsze zakłada równoległy rozwój kliniczny i naukowy.

Jakie inne problemy są zmorą młodych lekarzy? Wspominałeś o finansach.

Możliwości znalezienia dodatkowej posady jest w służbie zdrowia sporo. Główne ograniczenie to dostępny czas i stan zdrowia. Istnieje możliwość zatrudnienia w przychodniach, ambulatoriach nocnych lub stacjach pogotowia. Sam, robiąc specjalizację w ramach rezydentury, pełnił sporo dyżurów na własnym oddziale. Nie szukałem jak do tej pory zatrudnienia w innym miejscu.

Nie wyobrażam sobie chirurga pozbawionego umiejętności podejmowania decyzji w ramach ostrego dyżuru. Specyfika pracy dyżurowej różni się zupełnie od tej wykony-



Jak radzisz sobie z odpowiedzialnością za pacjentów? Czy lekarze są obecnie bardziej uodpornieni na widok cierpiącego człowieka?

Nigdy nie da się do tego przyzwyczaić. Bagaż emocjonalny pozostaje nawet po wyjściu z pracy. Po dyżurze długo myśli się nad własnymi decyzjami. Zabiegowcy szczególnie często podejmują je w dramatycznych okolicznościach. Emocji nie da się pozbyć, nie powinny natomiast zaburzać trzeźwej oceny sytuacji.

Z drugiej strony młodzi lekarze nieuchronnie popełniają błędy. Na jakie wsparcie może liczyć stażysta?

Starsi lekarze mają świadomość, że w trakcie stażu nie masz wielkiego doświadczenia. Dużo zależy od tego czy opiekunowie realnie angażują się w szkolenie. Warto wypytać o to, wybierając swoje miejsce pracy. Mój ordynator oprócz wysokich wymagań zawodowych kładzie duży nacisk na szkolenie młodszej części kadry. To rzadkie i cenne połączenie.

wanej na co dzień. Warto już na studiach sprawdzić jak to wygląda. Ma to szczególne znaczenie dla osób myślących o specjalizacjach zabiegowych.

Na jakim etapie można odpowiedzialnie podjąć samodzielną działalność?

Lekarz przed skończeniem specjalizacji zawsze wymaga jakiegoś nadzoru. Wiele zależy od człowieka. Są osoby, które dojrzałość medyczną osiągają stosunkowo wcześnie. Inne potrzebują więcej czasu, aby wdrożyć się w system i zdobyć niezbędną wiedzę.

Staż podyplomowy i początek specjalizacji to okresy, w których zapada też większość ważnych decyzji osobistych.

Nie możesz wybierać specjalizacji nie biorąc pod uwagę własnych planów osobistych. Osoba samotna, która nie założyła jeszcze własnej rodziny, w pewnym sensie jest zupełnie wolna. Posiada dużą swobodę w wyborze miejsca pracy, kraju zatrudnienia, jej charakteru. Czym innym kieruje się znowu matka dwójki dzieci, która nie chce, aby z powodu kariery ucierpiał dom i jej rodzina. Największą przeszkodą w realizacji planów prywatnych jest brak czasu. Dziedziny zabiegowe wymagają poświęcenia setek godzin na pracy, ciągłym doskonaleniu na bloku operacyjnym i dyżurach. Trzeba poza tym dbać o rozwój naukowy i podnosić kwalifikację w trakcie szkoleń. Często niestety nie wystarcza czasu dla rodziny.

Przypuszczam, że masz na myśli również sytuację swojej żony. Jakie trudności napotyka w swojej pracy?

Małgosia jest w trakcie specjalizacji z medycyny rodzinnej. Będąc matką doświadcza jednak ciągłego konfliktu między obowiązkiem rozwoju zawodowego a swoją funkcją w rodzinie. Nie da się tych rzeczy rozdzielić i trzeba zachować równowagę pomiędzy tymi dwoma ścieżkami życiowymi.

Czy obawiasz się pociągnięcia do odpowiedzialności w ramach sprawy sądowej?

Wezwania na rozprawy stają się coraz powszechniejsze. Na szczęście ja i moi znajomi występowali dotychczas raczej w roli świadków. Pewien lęk oczywiście mimo tego istnieje. Ważne, aby nie paraliżował i nie wpływał na decyzje terapeutyczne, które muszą opierać się o rzetelną wiedzę medyczną. Każdy lekarz jest tylko człowiekiem, wszystkim zdarza się popełniać błędy. Natomiast nie można całego postępowania ukierunkowywać tylko na ochronę przed odpowiedzialnością karną.

Wielu chirurgów z czasem zaczyna zdradzać objawy wypalenia zawodowego. Także tego doświadczasz?

Są momenty, kiedy odczuwam coś na ten kształt. Wiąże się to z ilością obowiązkowych dyżurów i kryzysem wydolności fizycznej. Człowiek musi wybrać specjalizację, która będzie mu w życiu dawała satysfakcję. Inaczej ciężko będzie to wszystko znieść. A trudno i tak będzie nie raz.

Dziękuję za rozmowę.

Wywiad przeprowadził Łukasz Budyńko

Sumienni desperaci

Przemyśleniami na temat początków swojej kariery medycznej zgodził się podzielić z czytelnikami **Morfeusz**, anestezjolog, autor blogu **Szpitalne Życie**.

Redakcja *Remedium* poprosiła mnie o napisanie paru słów o tym, jak wyglądało moje zderzenie ze szpitalną rzeczywistością. Mam nadzieję, że uwagi zaprezentowane w tym artykule przydadzą się przyszłym absolwentom i pozwolą im uniknąć niektórych błędów, z którymi często stykałem się w mojej pracy.

Swoją lekarską karierę przyszło mi rozpocząć w ciekawych czasach. System oparty na Kasach Chorych był coraz bardziej niewydolny. Słynna „ustawa 203”, która miała uspokoić nastroje, spowodowała kolejne problemy. Trwała kampania wyborcza i nikt nie wiedział, jakie zmiany w systemie zdrowia czekają nas wszystkich. Politycy oczywiście obiecywali, że nowe regulacje prawne rozwiążą wszystkie problemy, ale znając smykałkę naszych władz do tworzenia nowych, wadliwych przepisów istniała obawa, że Kasy Chorych zastąpi jeszcze większy bubel prawny. Na moich oczach powstawał i rozwijał się NFZ, który okazał się istnym dzieckiem Romsary.

Jak wspominasz czas studiów? Jakie szanse dają one człowiekowi?

Studia lekarskie w naszym kraju ktoś kiedyś podsumował mądrym zdaniem: *Chciałbym być lekarzem, ale nie chciałbym studiować medycyny*. Za moich czasów wie-

W obecnych warunkach w programie studiów o wiele większą uwagę należałoby poświęcić kwestiom prawnym związanym z pracą w naszym zawodzie. Wiedza młodych medyków odnośnie przepisów, które dotyczą pracy lekarza, jest bardzo często niewystarczająca.

Iu asystentów traktowało studentów jako zło konieczne, uciekając przed nauczaniem na różne sposoby. Celowali w tym głównie zabiegowcy, którzy mieli specyficzne poczucie czasu i potrafili rozpocząć ćwiczenia z

Władze uczelni pozostawały najczęściej głuche na studenckie uwagi. Jeden z asystentów powiedział nawet wprost, że mamy się cieszyć z faktu posiadania indeksu tak wspaniałej Alma Mater, uczyć się i siedzieć cicho.

półtoragodzinnym opóźnieniem. My w tym czasie dzielnie podpieraliśmy ściany szpitala, mimo iż budynek nie groził zawaleniem. Mój kolega w ramach zabicia czasu podsłuchiwał, co dzieje się w lekarskiej dyżurce. Nasi nauczyciele pracowali tam ciężko, dyskutując na tematy sportowe i opowiadając sobie sprośne kawały. Wybuchy śmiechu powodowały zwłaszcza opowieści o tym, że pacjent X nie mył się chyba od czasu chrztu i z pewnością nie wie do czego służy mydło. Czytając wypowiedzi obecnych studentów na różnych forach dyskusyjnych dochodzę do wniosku, że pod tym względem na niektórych uczelniach nic się nie zmieniło.

Bardziej wytrwali i zaangażowani studenci udzielali się w różnej maści kołach naukowych, które pozwalały na zdobycie wielu praktycznych umiejętności. Ze względu na niechęć niektórych asystentów opanowanie tych rzeczy w trakcie zajęć nie wchodziło w grę. Władze Uczelni pozostawały najczęściej głuche na studenckie uwagi. Jeden z asystentów powiedział nawet wprost, że mamy się cieszyć z faktu posiadania indeksu tak wspaniałej *Alma Mater*, uczyć się i siedzieć cicho.

Jak pierwsza praca zweryfikowała Twoje poglądy na medycynę?

Moją pierwszą pracą był oczywiście staż podyplomowy. Odbywałem go w małym, powiatowym szpitalu, w którym spory problem stanowił braki personelu. Każdy lekarz, nawet stażysta, był na wagę złota. Rzucono mnie na głęboką wodę – dostałem sale i musiałem od A do Z prowadzić pacjentów, oczywiście pod okiem opiekuna. Okazało się, że pisanie obszernych historii chorób z użyciem wysublimowanego słownictwa słabo przygotowało mnie do zderzenia z lekarską papierologią. Przeglądałem więc historie i epikryzy starszych



kolegów, starając się wypracować własny styl. Spore problemy sprawiało mi na początku wypełnianie niektórych rubryczek (szukanie w rozwalającej się książce odpowiedniego kodu ICD-10). Produkowanie ton dokumentów na użytek Kas Chorych było prawdziwą mordęgą. Sporym problemem było też przełożenie wiedzy wyniesionej ze studiów na praktykę w małym ośrodku. Szpitale kliniczne z różnymi fajerkami to zupełnie inny świat niż szpital powiatowy, do którego kardiolog przyjeżdża raz w tygodniu wykonać badanie echokardiograficzne pacjentom zapisanym do zeszytu.

Summa summarum okazało się, że lekarz, owszem, powinien służyć życiu i dobru ludzkiemu, w dodatku robić to sumiennie i zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, ale w praktyce trzeba było to robić tak, żeby Kasa Chorych za tę służbę zapłaciła. Z racji tego, że pieniędzy w systemie było mało, płatnik nie był skory do płacenia. Trzeba więc było niekiedy ostro ciąć koszty.

Opiekunką mojego stażu podyplomowego była pani ordynator oddziału internistycznego, zwana przez swoich podwładnych pieszczotliwie „Strzygą”, tudzież „Upiorem”. Wszystko miało działać jak w szwajcarskim zegarku, bo „Strzyga” była w stanie znaleźć każde uchybienie, z mikroskopową płamą na podłodze włącznie. Pierwszego dnia pracy poinformowała nas, że wychodzenie przed czasem nie wchodzi w grę, podobnie jak uciekanie przed pacjentami i robienie ton wypisów. Mieliśmy przede wszystkim zdobywać doświadczenie w postępowaniu z pacjentem internistycznym. „Strzyga” sumiennie sprawowała pieczę nad całym procesem diagnostycznym, sprawdzając naszą wiedzę na temat leżących na oddziale pacjentów. Przy okazji wyjaśniała wszelakie wątpliwości dzieląc się z nami swoją, wynikającą z długoletniej praktyki, wiedzą.

O wiele bardziej luźna atmosfera panowała na oddziale położniczo-ginekologicznym. Praktyczne szlify zdobywaliśmy pod okiem położnych, które już pierwszego dnia stażu stwierdziły, że od tutejszych lekarzy nauczymy się co najwyżej techniki parzenia kawy i sposobów wymigiwania się od uzupełniania dokumentacji. Szczególne zdolności dydaktyczne przejawiała zastępczyni oddziałowej, która uczyła nas stosując barwne porównania. Nasza nauczycielka dbała nie tylko o zawartość naszych głów – syste-

matyczne dokarmiała nas smakołykami narzekając, że wyglądamy jak trzy ćwierci do śmierci.

Które problemy spędzają młodym medykom sen z powiek?

Wydaje mi się, że obecnie takim problemem jest kwestia specjalizacji. Ministerstwo skąpi pieniędzy na rezydentury, z miejscami pozarezydenturkimi też bywa różnie. Ci najbardziej zdesperowani robią specjalizację w ramach wolontariatu. Inni porzucają swoje plany i z listy dostępnych opcji, która często długa nie jest, wybierają to, co zapewni im w miarę pewny byt. Szczęśliwcy, którzy już dostaną się na upragnioną bądź nie specjalizację martwią się o to, czy uda im się skończyć szkolenie w wymaganym czasie i czy zdadzą Państwowy Egzamin Specjali-

***Summa summarum* okazało się, że lekarz, owszem, powinien służyć życiu i dobru ludzkiemu, w dodatku robić to sumiennie i zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną, ale w praktyce trzeba było to robić tak, żeby Kasa Chorych za tę służbę zapłaciła.**

zacyjny. W wielu miejscach specjaliści są pozostawieni sami sobie, nikt nie chce im pomagać w zdobywaniu wiedzy i umiejętności praktycznych.

Znam przypadki konfliktów rezydentów z opiekunami, które zakończyły się w sądzie. Jeden z rezydentów, któremu opiekun notorycznie rzucał kłody pod nogi (powody takiego postępowania łaskawie pominię), napisał stosowne pismo do Ministerstwa Zdrowia, a po zmianie miejsca odbywania rezydentury złożył na swojego byłego opiekuna skargę do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Cała sprawa zakończyła się zmniejszeniem liczby miejsc specjalizacyjnych na oddziale, który był

miejszem całej tej draki. Pamiętam też przypadek zwolnienia rezydenta, który popadł w ostry konflikt z ordynatorem oddziału. Wyrzucony z pracy lekarz uznał zwolnienie za niezgodne z prawem i wniósł sprawę do sądu uzyskując korzystny dla siebie wynik. Problemem zwolnień rezydentów zajął się nawet Sąd Najwyższy, który orzekł, że umowę rezydencką można rozwiązać tylko w ściśle określonych przypadkach opisanych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentyści.

Kolejnym istotnym problemem jest, oczywiście, kwestia wynagrodzenia. Co prawda aspekt finansowy poprawił się od czasów gdy zaczynałem, ale w dalszym ciągu lekarze nie są adekwatnie wynagradzani. Lekarze pracujący na dwóch etatach nie są obecnie niczym dziwnym – w końcu za coś trzeba utrzymać rodzinę.

Czego, z perspektywy czasu, najbardziej brakuje Tobie w programie studiów?

W tym miejscu postanowiłem pominąć kwestię niewystarczającej liczby godzin ćwiczeń praktycznych, przy łóżku pacjenta. O tym, na ile studia lekarskie w naszym kraju przygotowują lekarza pod względem praktycznym, napisano już niejeden artykuł. Póki co ustawodawca i władze uczelni medycznych nie wypracowały, moim zdaniem, satysfakcjonującego rozwiązania problemu. Skupię się na innym problemie, o którym wspomina się o wiele rzadziej.

W obecnych warunkach w programie studiów o wiele

większą uwagę należałoby poświęcić kwestiom prawnym związanym z pracą w naszym zawodzie. Wiedza młodych medyków odnośnie przepisów, które dotyczą pracy lekarza, jest bardzo często niewystarczająca. W czasie, gdy działałem w sądzie lekarskim i pełniłem rolę biegłego sądowego, widziałem bardzo wiele uchybień, które skutkowały odpowiedzialnością zawodową i karną. W wielu przypadkach przyczyną była niezajomość obowiązujących przepisów. Niewiedza może niestety mieć tragiczne skutki – ostatni przypadek przetoczenia pacjentowi krwi niezgodnej grupowo jest tego najlepszym przykładem. Gdyby w szpitalu postępowano zgodnie z obowiązującym rozporządzeniem, zapewne udało by się uniknąć tej tragedii.

Znam przypadki lekarzy, którzy przepisów prawnych uczyli się w praktyce – siedząc na ławie oskarżonych w procesie karnym lub będąc pozwanymi w procesach cywilnych. Niekiedy mimo zatrudnienia bardzo dobrego adwokata takie nauki miały nieciekawą finał. Z kwestiami prawnymi wiąże się też sumienne prowadzenie dokumentacji medycznej. W przypadku skargi pacjenta lub jego rodziny sąd i biegli będą się opierać przede wszystkim na tym, co zostało w niej zapisane. To, co lekarz napisze w papierach, może mu bardzo pomóc albo zupełnie pogrzebać szanse na wygraną w sądzie.

W niektórych wypadkach dokumentacja bywała ze sobą sprzeczna – karta obserwacji przetoczenia zawierała wpis, który informował, że transfuzja odbyła się bez powikłań. Jednocześnie do RCKiK wysyłano zgłoszenie od czynu poprzetoczeniowego. Z zeznań i niektórych dokumentów wynikało, że pacjent miał określone powikłania, które były leczone – w historii choroby nie było na ten temat żadnego śladu. Spotykałem się także z fałszowaniem dokumentacji medycznej. Wyniki niektórych badań w niewyjaśniony sposób ginęły, zachowywały się jedynie jako odpisy lub wzmianki w karcie wypisowej. Niejednokrotnie, w toku postępowania, udawało się odnaleźć oryginały, które zawierały zupełnie inną, obciążającą pozwanego lekarza treść.

Kończąc moje wywody pragnę pozdrowić wszystkich czytelników bloga, a także życzyć przyszłym absolwentom satysfakcjonującej pracy – bez bliskiego spotkania z prokuratorem na stopie służbowej.

Zebrał i opracował Łukasz Budyńko

Prenumeruj *Remedium* i bądź zawsze na bieżąco!

- Polub nas na Facebooku (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 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

Silny samorząd aptekarski

O problemach polskiego aptekarstwa mówi się od kilkunastu miesięcy. Pesymiści twierdzą, że gorzej być nie może, optymiści widzą ogromny potencjał polskich farmaceutów. Jak jest naprawdę? O zdanie w tej sprawie poprosiliśmy dr. Pawła Chrzana, prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej w Gdańsku. Wywiad podsumować można chyba jednym stwierdzeniem: farmaceuci i studenci farmacji – wszystko w Waszych rękach.

Jak Pan ocenia obecną sytuację polskiego aptekarstwa?

Trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Jeżeli chodzi o sytuację aptekarstwa, a ściślej mówiąc magistrów farmacji – właścicieli aptek, to jest ona trudna. Jeżeli chodzi o sytuację farmaceutów i pracowników aptek również zrzeszonych w Izbie, obserwujemy obniżenie zarobków i więcej pracy. Mamy do czynienia ze zwolnieniami farmaceutów.

Grozi nam obraz bezrobotnego farmaceuty poszukującego pracy, np. w powiatowym urzędzie pracy...

Rzeczywiście zdarzają się przypadki dłuższego poszukiwania pracy, niemniej z tego co wiem, jeżeli farmaceuci chcą to pracę znajdują – nie od razu i nie taką, jaką by chcieli.

Bulwersujące jest również ciągłe obniżanie marży aptecznej. Pisma temat ten traktują zdawkowo, a i Izby niewiele w tej materii usiłują zmienić.

Nie mogę się zgodzić z takim stwierdzeniem. Już w poprzedniej kadencji przez niektórych członków Naczelnej Izby Aptekarskiej byłem nazywany wicherzycielem, ponieważ przeciwny byłem sztywnej marży naliczanej od limitu. Podkreślałem jednak, że jestem zwolennikiem jednolitych cen za produkty refundowane. Część prezesów izb widziała niebezpieczeństwo, jakie zaistniało z bieżącego stanu rzeczy. Kiedy opiniowane było stanowisko Izby, prezes NIA zarządził imienne głosowanie, mimo tego osobiście byłem przeciwny rozwiązaniu, jakie obecnie funkcjonuje.

Tym, co mnie jako studenta bardzo boli, jest to jak bardzo środowisko aptekarskie jest niesolidarne, mało zjednoczone. Z trudem wypracowujemy wspólne stanowiska. Lekarze potrafią, a my nie?

Farmaceuci, nie wiadomo dlaczego, mają rzeczywiście



Wywiad z dr. Pawłem Chrzanem, prezesem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Gdańsku.

taką cechą, że trudno im się zjednoczyć. Daleki jestem od potępienia środowiska i generalizowania, że to nie jest możliwe. Nieraz udało się nam wykrzesać trochę siły, chociażby wtedy, kiedy wchodziła ustawa refundacyjna. Nie jest jeszcze tak źle (śmiech).

Co dalej z zasadą apteka dla aptekarza? Pozornie uderza ona w podstawy liberalnego rynku, ale w dzisiejszych nastawionych na zys czasach może być jedyną rękojmnią należytego funkcjonowania aptek.

Zawsze podkreślałem, że apteka powinna należeć do aptekarza.

I należała. Z mojej perspektywy, Panie Prezesie, zmiany zaszły niedawno, dekadę temu.

Niestety geneza zmian w prawie, która doprowadziła do obecnej sytuacji i odstąpienia od zasady apteki dla aptekarza jest niechlubną kartą w historii polskiej farmacji. Część farmaceutów niestety lobbowała za zmianami w prawie, własne dobro przedkładając nad przy-

szłość zawodu i dobro pacjenta.

Jest realna szansa na powrót takiej tej zasady?

Węgorz się udało.

Wchodzimy w bardzo polityczne konotacje. Zmieńmy choć trochę front (śmiech). Naczelną Izba Aptekarska i prezes Kucharewicz mocno akcentują sukces zakazu reklamy apteki. Rzeczywiście jest to powód do aż takiego świętowania?

Moim zdaniem to pyrrusowe zwycięstwo. Oczywiście dobry jest jakiś zakaz niż żaden. To, co działo się wcześniej było totalnym rozpasaniem. Ustawa refundacyjna, jako całość wcale dobrą ustawą nie jest.

Co z zawodem technika farmaceutycznego? Likwidujemy zawód, z zachowaniem praw nabytych, dokształcamy na studiach farmaceutycznych, zostawiamy status quo.

W jakim kraju Unii Europejskiej funkcjonuje odpowiednik takiego tworu jak u nas? W niektórych krajach funkcjonuje personel pomocniczy, który jednak nie tyka się recept na leki refundowane. Nie wszyscy lekarze mają pełną świadomość, że w aptece pracują technicy, osoby bez wyższego wykształcenia farmaceutycznego, które realizują recepty na leki refundowane. Bardzo wielu lekarzy zareagowało na akcję studentów naszego Wydziału Farmaceutycznego. Również społeczeństwo jest przeświadczone o takiej sytuacji. Zawód został stworzony sztucznie...

Panie Prezesie, po prostu brakowało farmaceutów...

Dokładnie. Niemniej zawód został stworzony sztucznie. Dla mnie to niestety taki relikwitu komunizmu.

Czy Pana zdaniem istnieje w Polsce możliwość wprowadzenia opieki farmaceutycznej?

Uważam, że tak, chociaż czeka nas wiele pracy. Szansą dla nas jest program e-recepty. W zależności oczywiście, w jakim kierunku rządowy program się rozwinię. Pacjent przychodzi do apteki ze specjalną kartą chipową, gdzie są zapisane lekarstwa, jakie lekarz mu zlecił. Wtedy z biegiem czasu powstanie historia lekowa pacjenta i możliwość doradztwa odnośnie interakcji, sposobu podania leku etc. Wówczas będziemy mogli stanowić pomost między pacjentem a lekarzem. Na pozytywne skutki długo nie będzie potrzeby czekać. W moim odczuciu nie będziemy musieli przekonywać lekarzy.

- Na ostatnim zjeździe Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego rozwinęła się szeroka dyskusja o potrzebie reformy naszych studiów. Mam osobiste wrażenie, że farmacje dzisiaj nie przygotowuje ani do pracy w aptece, ani w przemyśle. Taki trochę „ni pies, ni wydra”.

Zapewniam Pana, że jest lepiej jak było za moich cza-



sów. Niewątpliwie doszły zajęcia z zakresu opieki farmaceutycznej, których kiedyś nie było. Na pewno można by się zastanowić nad zmianami. Zmniejszyć liczbę godzin z nauk podstawowych takich jak biochemia czy chemia analityczna, a zwiększyć z prawa farmaceutycznego czy farmacji klinicznej. Podkreślam jednak, że należy to zrobić ostrożnie. Czasami studenci nie mogą przewidzieć, co im się w życiu zawodowym przyda, a co nie. Życie potrafi zaskakiwać zarówno na płaszczyźnie zawodowej, jak i osobistej (śmiech)...

Jak zmotywować farmaceutów do kształcenia ustawicznego, podjęcia specjalizacji po ukończonych studiach?

W tej chwili funkcjonują punkty edukacyjne. Ponadto farmaceuci dopytują, szukają nowej tematyki szkoleń. Nie jest tak całkiem źle, część mimo wszystko podejmuje specjalizację.

Niedawno uchwalono prawo, że kierownikiem apteki można być dożywotnio. Jest to słabe rozwiązanie z perspektywy młodego farmaceuty.

Osobiście byłem przeciwny temu rozwiązaniu. Nie jest to dobre rozwiązanie dla aptekarstwa ani młodych adeptów sztuki farmaceutycznej. Wraz z wiekiem zmniejszają się zdolności intelektualne i fizyczne, jest to proces całkowicie naturalny. Dlatego zapis ten uważam, za wyjątkowo nieszczęśliwy.

Zaczynaliśmy od obecnej sytuacji aptek. Pytam teraz o przyszłość. Dokąd zmierzamy? Osobiście z natury jestem pesymistą, więc widzę czarne chmury.

Mam nadzieję, że sytuacja polskiego aptekarstwa będzie zmieniać się na lepsze. Moją wymarzoną aptekę mógłbym stworzyć na wzór niemiecki – apteka dla aptekarza, samorząd aptekarski ma silną pozycję wśród aptek, a sam aptekarz jest partnerem dla lekarza. Samorząd silny, siłą niezależnych aptek.

**Rozmawiał Damian Świeczkowski
Współpraca Agnieszka Sznajder**



Amorficzna viagra zadziała szybciej! – podaje na swojej stronie internetowej Polska Agencja Prasowa. Czy nadchodzi jakiś przełom na rynku farmaceutycznym? Rozmowa z **Kamilem Włodarskim**, doktorantem z Zakładu Chemii Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego.



Z czego wynika zainteresowanie lekami amorficznymi?

Obecnie 40% substancji leczniczych dostępnych na rynku farmaceutycznym należy do grupy związków praktycznie nierozpuszczalnych w wodzie, co może wpływać na ich dostępność farmaceutyczną (czyli uwalnianie substancji leczniczej z leku) i biologiczną (czyli wchłanianie). Szacuje się, że w przyszłości odsetek ten może wynosić nawet 70%. Stąd wynika zainteresowanie przemysłu farmaceutycznego metodami umożliwiającymi poprawę właściwości fizykochemicznych substancji leczniczych. Jedną z nich jest amorfizacja, czyli proces przekształcania krystalicznej struktury substancji do formy nieuporządkowanej, co stanowi temat mojego projektu badawczego.

Czym różnią się te dwie struktury substancji leczniczej?

Makroskopowo nie różnią się niczym, natomiast molekularnie cechuje je odmienne ułożenie cząsteczek w przestrzeni. Ciała stałe, w tym substancje lecznicze, charakteryzuje przeważnie uporządkowana krystaliczna struktura. Można wyobrazić ją sobie jako fragment muru składającego się z precyzyjnie ułożonych cegieł. Ten mur to właśnie nasza struktura krystaliczna, w której cząsteczki tworzą uporządkowaną sieć. W formie amorficznej panuje mniejszy ład a ułożenie cząsteczek jest bardziej zbliżone do cieczy. Jednak jest to wciąż ciało stałe, ale o bardziej chaotycznej strukturze.

Na czym polega przewaga substancji leczniczej w formie

amorficznej?

Struktura amorficzna substancji leczniczej jest tworem wysoce energetycznym. Układ amorficzny, dążąc do pozbycia się energii wewnętrznej, jest przez to bardziej reaktywny niż niskoenergetyczna forma krystaliczna. Wynika z tego, że formę amorficzną cechuje z reguły większa rozpuszczalność pozorna oraz szybkość rozpuszczania w wodzie. Jako, że wchłanianie substancji leczniczej w przewodzie pokarmowym jest możliwe dopiero po uwolnieniu jej z tabletki i rozpuszczeniu w otaczającym płynie, poprawa tych parametrów może przyczynić się do poprawy dostępności farmaceutycznej, a w konsekwencji biodostępności.

Czyli upraszczając, starasz się, żeby lek działał szybciej?

Tak, żeby ostatecznie większa dawka i w krótszym czasie dostawała się do krwiobiegu. Staramy się zwiększyć szybkość rozpuszczania, ale także rozpuszczalność chwilową substancji, przez co może być ona szybciej absorbowana w przewodzie pokarmowym i w rezultacie szybciej docierać do miejsca działania. Jest to szczególnie ważne w przypadku wielu grup farmakoterapeutycznych, m.in. w lekach przeciwbólowych. Dzięki poprawie dostępności farmaceutycznej można też zmniejszyć dawkę leczniczą preparatu. Ma to istotne znaczenie z technologicznego punktu widzenia. Możliwość uzyskania mniejszej tabletki przekłada się na poprawę komfortu jej przyjmowania przez pacjenta.

Wydaje się, że amorfizacja substancji leczniczych ma wiele zalet klinicznych. Czy są jakieś obostrzenia?

Pewnym wyzwaniem jest uzyskanie trwałej, stabilnej formy amorficznej. Substancja lecznicza może przyjmować wiele struktur różniących się energią wewnętrzną i w sprzyjających warunkach mogących w siebie wzajemnie przechodzić. W produkcji leków wciąż dominujący jest trend, aby wybierać najbardziej stabilną strukturę, czyli formę krystaliczną o najniższej energii wewnętrznej. To jak trwały będzie lek z substancją w formie amorficznej zależy od właściwości samej substancji leczniczej. Część z nich może być bardzo niestabilna i rekrytalizować w ciągu kilku dni, inne w ciągu kilku lat. Istnieją jednak metody fizykochemiczne, za pomocą których jesteśmy w stanie obliczyć teoretyczną trwałość formy amorficznej substancji leczniczej. Dodatkowo wprowadzenie postaci leku na rynek farmaceutyczny wymaga przeprowadzenia szeregu badań dotyczących jej stabilności.

Doktoranci GUMed

Czy są już na rynku jakieś leki amorficzne?

Tak, jest kilka preparatów zawierających amorficzne substancje lecznicze, np. zafirlukast, aksetyl cefuroksymu czy chlorowodurek chinaprilu. Z kolei insulina Humulin L® jest przykładem postaci leku łączącego w sobie formę amorficzną, odpowiedzialną za szybkie uwolnienie substancji oraz krystaliczną, pozwalającą na przedłużone uwalnianie. Taka postać pozwala na pewne odwzorowanie funkcjonowania trzustki.

Nad jaką substancją leczniczą obecnie pracujecie?

Zajmujemy się tadalafilami, należącym do grupy inhibitorów fosfodiesterazy 5, stosowanym w zaburzeniach erekcji. Dodam, że w naszym Zakładzie do tej pory otrzymaliśmy m.in. amorficzny indapamid i telmisartan. Projekty badawcze są realizowane we współpracy z naukowcami z Uniwersytetu Śląskiego w ramach jednego grantu naukowego.

Pierwszym etapem eksperymentów było otrzymanie formy amorficznej tadalafilu?

Tak, dokładnie. Przeprowadziliśmy formę krystaliczną w amorficzną kilkoma różnymi metodami, m.in. z wykorzystaniem liofilizacji, mielenia kulowego, kriomielenia i suszenia rozpyłowego.

Na czym polegają te metody?

Jest wiele dostępnych metod amorfizacji spośród których stosunkowo najprostszą jest wityfikacja. Polega ona na podgrzaniu ciała stałego i jego stopieniu, a następnie szybkim ochłodzeniu i zestaleniu. Oczywiście temperatura topnienia jest inna dla poszczególnych substancji. Tadalafil topi się w temperaturze 302°C i niestety degradowuje podczas topienia. Tak więc właśnie rozkład termiczny substancji jest pewnym ograniczeniem dla tej metody.

Z tego powodu w moich doświadczeniach zastosowaliśmy inne metody, m.in. liofilizację. Polegała ona na rozpuszczeniu tadalafilu w rozpuszczalniku organicznym, zamrożeniu roztworu i dalszej sublimacji rozpuszczalnika pod niskim ciśnieniem i w odpowiedniej temperaturze.

Na koniec procesu otrzymaliśmy proszek, który jest amorficzny. Kolejną metodą jest suszenie rozpyłowe, polegające na rozpraszaniu roztworu do postaci mgiełki i odparowaniu rozpuszczalnika pod wpływem ciepłego powietrza. Formy amorficzne można też uzyskać za pomocą mielenia substancji krystalicznej. Metody mielenia mogą być różne. Dla przykładu mielenie kulowe polega na umieszczeniu substancji w bębnie z kulkami, które opadając mikronizują nasz proszek, zmieniając jednocześnie strukturę substancji z krystalicznej na amorficzną. Może przypominać to trochę losowanie lotto. Mielić można również w tempe-

raturze ciekłego azotu. Jako że podczas mielenia wydziela się dużo energii w postaci ciepła, które może działać niekorzystnie na stabilność struktury amorficznej, chłodzenie umożliwia lepszą kontrolę procesu.

Jaki był kolejny etap doświadczeń?

Następnie oceniałem rozpuszczalność chwilową oraz szybkość rozpuszczania otrzymanych form amorficznych tadalafilu. Niestety, rozpuszczalność pozorna amorficznego tadalafilu niezależnie od metody amorfizacji zwiększyła się tylko trzykrotnie, co nie było satysfakcjonującym wynikiem. Pokazuje to, że przekształcenie struktury substancji leczniczej z krystalicznej w amorficzną nie zawsze wpływa znacząco na zmianę wspomnianych parametrów fizykochemicznych.

Na rozpuszczalność substancji leczniczej można również wpływać poprzez dodanie substancji pomocniczych. Postanowiłem zbadać czy zastosowanie polimerów może spowodować większy wzrost rozpuszczalności tadalafilu. Wobec tego kolejnym etapem doświadczeń była amorfizacja substancji czynnej z dodatkiem hypromelozy. Uzyskane amorficzne stałe rozproszenie zwiększyło rozpuszczalność tadalafilu ponad dziesięciokrotnie. Warto wspomnieć, że dodatek polimerów jest korzystny również dlatego, że może stabilizować strukturę amorficzną i chronić przed jej rekrytalizacją.

Następne etapy projektu będą polegały na zbadaniu wpływu innych niż hypromeloza polimerów na właściwości fizykochemiczne uzyskanych stałych amorficznych rozproszeń z tadalafilami. Planowane jest zastosowanie w tym celu wspomnianych metod, a także procesu ekstruzji na gorąco.

Końcowy etap prac może polegać na sporządzeniu stałej postaci leku (tabletki) z wytypowaną formą tadalafilu oraz porównanie jej dostępności farmaceutycznej z preparatem dostępnym na rynku farmaceutycznym.

Czy widzisz szansę przeniesienia wyników swoich doświadczeń ze skali laboratoryjnej na skalę makro produkcyjną?

Na razie badania mają charakter ściśle naukowy. Przed wszystkim przewagę otrzymanej postaci leku należy potwierdzić w badaniach farmaceutycznych i biologicznych. Ponadto, forma amorficzna substancji leczniczej traktowana jest w odniesieniu do istniejącej formy krystalicznej jako zupełnie nowa substancja. Wiąże się to z koniecznością przeprowadzenia całego niezwykle kosztownego procesu rejestracji leku, co nie jest wymagane w przypadku leków generycznych.

Dziękuję za rozmowę.

Ciekawostki naukowe

W związku z myślą przewodnią obecnego wydania *Remedium* – *Czego NIE nauczy Cię GUMed?* postanowiliśmy podzielić się z Wami kilkoma ciekawostkami związanymi ze światem medycyny.

Asia Chelmieniewicz,

I rok, kierunek lekarsko-dentystyczny
redakcja *Remedium*

Czy wiedzieliście, że liczba komórek tłuszczowych w ludzkim organizmie szacowana jest na około 50 miliardów? Oczywiście jest ona wielokrotnie większa u osób otyłych. Według badań szwedzkich naukowców (*Nature*, 2008 r.) ilość komórek tłuszczowych kształtuje się w dzieciństwie oraz w okresie dojrzewania i jest ona niezmienna przez całą naszą dorosłe życie. Badacze twierdzą jednak, że adipocyty podlegają dynamicznym przemianom, te, które obumierają są zastępowane nowymi. Podobno w ciągu roku wymianie ulega około 10% komórek. Zmiana budowy ludzkiego ciała w późniejszym okresie życia, nie wynika więc z faktu pojawiania się dodatkowych adipocytów, a wyłącznie ze zwiększania lub zmniejszania ich wielkości i objętości.

Najstarsze ślady narzędzi stomatologicznych odkryto na Półwyspie Indyjskim już 9 tysięcy lat temu! Jednak to dopiero Leonardo da Vinci był pierwszym znanym anatomem, który poprawnie opisał strukturę zębów, ich ilość oraz liczbę korzeni. W swoich notatkach zamieścił także informacje o budowie żuchwy, szczęki i zatoki szczękowej.

Naukowcy Ren Lai z Chińskiej Akademii Nauk i Glenn King z University of Queensland na podstawie swoich badań stwierdzili, że jad chińskiej skolopendry ma silniejsze właściwości przeciwbólowe od morfiny. Peptyd zawarty w jadzie tego stawonoga blokuje selektywnie kanał sodowo-jonowy Nav 1.7, odpowiedzialny za przesyłanie uczucia bólu. W porównaniu z morfiną substancja ta ma mocniejsze działa-

nie, nie uzależnia i nie powoduje skutków ubocznych. Odkrycie to może mieć duże znaczenie w leczeniu ludzkich patologii bólu. Więcej na ten temat można przeczytać we wrześniowym wydaniu *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS).

Zeszyty *Oświęcimskie* to wydawnictwo uważane za najpoważniejsze źródło wiedzy na temat medycznych, społecznych i psychologicznych skutków niewoli w obozach koncentracyjnych. Ukazywały się one w latach 1961-1991 wraz z



Przeglądem Lekarskim. Przedsięwzięcie to było dwukrotnie nominowane do Pokojowej Nagrody Nobla.

Według ostatniej publikacji kanadyjskich naukowców w *Nature Neuroscience* za podejmowanie decyzji mogą być odpowiedzialne jądra uzdeczki bocznej będącej częścią nadwzgorza. Stopper i Floresco przeprowadzili serię eksperymentów na szczurach, które ukazywały związek pomiędzy porcją smakołyków wybieranych przez gryzonie a określonym ryzykiem. W przypadku zwiększonej niepewności, szczury wybierały mniejszą, ale pewną porcję nagrody. Po zablokowaniu aktywności jąder uzdeczki bocznej przez badaczy, gryzonie podejmowały decyzje chaotycznie i w sposób przypadkowy, nie zwracając uwagi na ryzyko. Odkrycie to może pomóc w terapii osób cierpiących na zaburzenia psychiczne związane z podejmowaniem decyzji, a także w łagodzeniu objawów stanów depresyjnych.

Jak zwykle dziękujemy!

dr Jolanta Wierzba,
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego

Kilkanaście lat temu w gronie polskich genetyków klinicznych powstała idea organizowania interdyscyplinarnych konferencji koncentrujących się na problemach osób z poszczególnymi zespołami uwarunkowanymi genetycznie i ich rodzin. Od kilku lat w corocznych spotkaniach uczestniczą także studenci GUMed-u. Tym razem trzecia tego typu konferencja – pierwsza pomorska – dotyczyła najczęściej występującej choroby genetycznej – zespołu Downa i nosiła znamieny tytuł *Ja też mam przyszłość*. Została zorganizowana w Sobieszewie w dniach 26-27.10.2013 r. przez Stowarzyszenie JA TEŻ wspólnie z jednostkami naszej Uczelni.

W trakcie spotkania przedstawiono najnowszą wiedzę z zakresu kliniki i terapii trisomii 21 chromosomu. Uwzględniono także warsztaty psychologiczno-pedagogiczne przeznaczone dla pacjentów i ich ro-

dzin oraz terapeutów. W sympozjum uczestniczyło 250 osób z naszego województwa, ale także z całej Polski.

Organizacja Sympozjum jak zwykle byłaby niemożliwa bez pomocy naszych studentów. Przedstawiciele V roku Wydziału Lekarskiego (6 osób) wzięli na siebie prowadzenie biura konferencyjnego i obsługę audio-wizualną. Dzięki ich perfekcji i doświadczeniu Konferencję oceniono jako fantastyczną. Moi Drodzy Kole-dzy Studenci – przyszli lekarze, zdaliście kolejny egzamin na pięć z plusem. Po cichu dodam, że zwracali się do mnie chętni z propozycją podkupienia Was wszystkich na inne konferencje. Ja tylko z przerażeniem myślę, że nasza ulubiona grupa jest już na piątym roku...

Studenci Wydziału Pielęgniarstwa (20 osób) oraz studenci zrzeszeni w Kole Naukowym Pielęgniarstwa Pediatricznego przejęli trzydniową opiekę nad dziećmi chorymi oraz ich rodzeństwem. Umożliwiło to rodzicom udział w wykładach i konsultacjach. Studenci opiekowali się zarówno małymi dziećmi, jak i rodzeństwem.

Zorganizowali wspaniałą grę terenową, a dzieci z wielkim smutkiem rozstawały się z opiekunami. Opieka nad małym dzieckiem, na dodatek z zespołem genetycznym, to mistrzostwo świata. Studentki mają oczywiście propozycję dalszej współpracy z wolontariatem. Do udziału zostali zaproszeni także studenci z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, którzy przygotowali sesję plakatową. Byliście wszyscy jak zwykle fantastyczni! Dziewczyny i Chłopaki, dziękujemy!



Studenci zaangażowani w organizację:

II rok pielęgniarstwa, studia stacjonarne I stopnia:

Anna Kucharska, Żaneta Terlecka, Honorata Pachur, Laura Lis, Magdalena Wiśniewska;

III rok pielęgniarstwa, studia stacjonarne I stopnia:

Anna Wesołowska, Anna Wójtowicz, Martyna Kurzynka, Magda Iwanow, Alicja Kałużniak, Ewa Zawada, Karolina Pisarska, Agnieszka Miłek, Klaudia Niemoth, Karolina Radtke, Aleksandra Wilk;

II rok pielęgniarstwa, studia stacjonarne II stopnia:

Agnieszka Furtak, Agnieszka Herman, Karolina Szelągowska, Marysia Majcher;

kierunek lekarski – biuro, obsługa elektroniczna:

Aleksandra Berus, Paulina Jarębska, Elżbieta Kołodziej, Karolina Kobiela, Paweł Figarski, Dymitr Rychter.

Pokaż co potrafisz!

Dymitr Rychter,
V rok kierunku lekarski
redakcja *Remedium*,

Agnieszka Połocka,
V rok farmacji
redakcja *Remedium*,

Witam. Po raz kolejny mam przyjemność zaprezentować Wam 3 zagadki o tematyce medyczno-przyrodniczej. Dzięki wsparciu Sekcji Informacji i Promocji GUMed za poprawne rozwiązanie tej edycji konkursu (i mam nadzieję, że wszystkich następnych) **otrzymacie nagrody rzeczowe**. Odpowiedzi proszę kierować na adres remedium@gumed.edu.pl. Ostateczny termin nadsyłania rozwiązań – **15.01.2014 r.** Spośród wszystkich prawidłowych odpowiedzi zwycięzca zostanie wytypowany drogą losowania. Wyniki konkursu zostaną ogłoszone na facebookowym profilu *Remedium*. Pamiętajcie o ramach czasowych konkursu. Maile nadesłane po terminie nie będą rozpatrywane.

I Szybki strzał. Na każde z poniższych pytań odpowiedz krótko TAK lub NIE.

1. Mioklonie fizjologiczne to: nagle, mimowolne, krótkotrwałe ruchy mięśni występujące typowo tuż po przebudzeniu.
2. Chorobą zawodową kapeluszników było zatrucie ołowiem.
3. Poziom sodu w osoczu krwi u pacjenta chorego na moczówkę prostą jest niski.
4. Zespół szarego dziecka był związany z nadużywaniem heroiny przez matki w czasie ciąży.
5. Nikotynowa terapia zastępcza nie tylko pomaga w rzucaniu palenia, ale również łagodzi objawy wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.
6. Polska jest jedynym krajem na świecie, w którym można spotkać proszki dzielone w kapsułkach skrobiowych.

II Puzzle. Medycyna uwielbia wszelkie skrót i akronimy. Dopasuj choroby do akronimów, które są z nimi związane.

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| 1. Ostre zapalenie trzustki | A. AAA |
| 2. Szpiczak mnogi | B. CRAB |
| 3. Twardzina układu | C. DDDD |
| 4. Zespół Allgrove'a | D. I GET SMASHED |
| 5. Niedobór niacyny | E. CREST |

III Pytanie do eksperta. *Panie Doktorze, mam nogi jak z waty.*

Jesteś lekarzem POZ-u. Tego popołudnia do twojego gabinetu wchodzi, powłócząc nogami 50-letni mężczyzna. Opada ciężko na krzesło. – Panie Doktorze, mam nogi jak z waty – rozpoczyna swoją opowieść. Oczywiście zbierasz dokładny wywiad. Oto czego się dowiedziałeś: Pacjent od tygodnia przyjmuje tzw. terapię trójlekową (eradykacja *Helicobacter pylori*) z powodu niedawno wykrytej choroby wrzodowej żołądka. Dodatkowo od 10 lat zmagają się z nadciśnieniem tętniczym oraz zaawansowaną miażdżycą. Z powodu swoich przypadłości przyjmuje szereg leków, m.in. statyny (Atorwastatyna). Po dwóch dniach od rozpoczęcia terapii trójlekowej zauważył postępujące osłabienie w kończynach dolnych. – Na początku myślałem, że nogi po prostu mi drętwieją, ale jest coraz gorzej – kontynuuje. – Co ciekawe, nie mam zadyszki ani kołatania serca kiedy spaceruję. Po prostu moje nogi są słabe.

– A i jeszcze jedno – przypomina sobie. Wczoraj miałem trochę gorączki i tak jakoś łupie mnie w lędźwiach.

Jaka jest prawdopodobna przyczyna takiego stanu pacjenta? Co powinieneś zrobić w takiej sytuacji?

AIDS: nowe powody do obaw

W Polsce o HIV się nie dyskutuje. Milczy większość z 17.000 nosicieli, dla których choroba wciąż stanowi nieznośny stygmat.

Łukasz Budyńko,
VI rok, kierunek lekarski
redakcja *Remedium*,

Nie słycać głosu organizacji pozarządowych, których tezy bywają niewygodne dla reszty społeczeństwa. Ministerstwo Zdrowia próby rozmowy zbywa oświadczeniami, że nic nie jest w stanie podważyć sukcesów odniesionych dotychczas w walce z epidemią. Dlaczego zatem wracać do niepożądanego tematu?

Odpowiedzi na to pytanie szukali goście debaty *HIV/AIDS stygmaty nad stygmatami*, która 3 grudnia 2013 r. odbyła się w Świetlicy Krytyki Politycznej w Gdańsku. Jakub Janiszewski, dziennikarz pracujący m.in. dla radia TOK FM, zmagania osób zakażonych z polskim systemem opieki medycznej opisał niedawno w książce *Kto w Polsce ma HIV?* Elizabeth Pisani, ekspert z dziedziny zdrowia publicznego, rozgłos zdobyła publikacją *The Wisdom of Whores*, w której obnażyła brak konsekwencji i hipokryzję globalnych programów walki z AIDS. Środowisko lekarskie reprezentowała dr. Maria Jankowska z Kliniki Chorób Zakaźnych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Kontekst społeczny problemu przybliżyła Kinga Dunin, publicystka i socjolog, współzałożycielka Partii Zielonych. Spotkanie prowadził Tomasz Stawiszyński.

Po trzydziestu latach walki z wirusem HIV dysponujemy wiedzą i możliwościami technicznymi, które umożliwiły wprowadzenie skutecznych metod prewencji. W grupach zwiększonego ryzyka jednak nierzadko kończą się one niepowodzeniem. Przyczynę wielu porażek stanowi opór przedstawicieli rządowych. Nie zamierzają oni wspierać działania niepopularne, sprzeczne z ich konserwatywnym światopoglądem. Z pragmatycznej kalkulacji natomiast wynika, że tylko sensowna pomoc adresowana do narkomanów, prostytutek oraz mężczyzn mających relacje homoseksualne jest w stanie istotnie zmniejszyć liczbę nowych zakażeń. Od momentu zniknięcia z widoku osób cierpiących na pełnoobjawowy AIDS szczególnie wśród nich obserwuje się powrót do niefrasobliwych zachowań.

Polski schemat postępowania z osobami zakażonymi pochodzi jeszcze z poprzedniej epoki. Przyjęte rozwiązania kryją rozliczne paradoksy. Większość z testów na HIV wykonuje się w rozproszonych na terenie kraju

Polski schemat postępowania z osobami zakażonymi pochodzi jeszcze z poprzedniej epoki. Przyjęte rozwiązania kryją rozliczne paradoksy.

punktach diagnostycznych. Zainteresowanym oferuje się tam kompleksowe poradnictwo, lecz wpierv sami muszą się po nie dobrowolnie zgłosić. Przeciętny lekarz nie zaproponuje wykonanie badania pacjentowi, który nie jest stereotypowym przedstawicielem „grupy ryzyka”. NFZ nie zachęca zresztą do podobnych działań na poziomie przychodni POZ, gdyż testu na HIV brak na liście świadczeń gwarantowanych. Osoby chore w systemie ochrony zdrowia cieszą się generalnie wyjątkowym statusem. Mają ułatwiony dostęp do świadczeń medycznych oraz drogich leków. Terapia antyretrowirusowa zwróciła im życie. Teraz próbują uwolnić się od piętna śmiertelnej choroby.

Warto zwrócić uwagę na kwestię społecznego odbioru problemu. Nosicielstwo HIV to potężne obciążenie psychiczne. Inne choroby zakaźne o niepewnym rokowaniu, w tym wirusowe zapalenia wątroby, cieszą się znacznie większą akceptacją. Lewicowi myśliciele w analizach tego fenomenu podkreślają wagę stosowanej terminologii. W Polsce jednakże w ogóle trudno rozpocząć na takie tematy kompetentną dyskusję. Ogranicza nas powszechny brak elementarnej wiedzy z zakresu seksualności człowieka. Panel Krytyki Politycznej uświadomił uczestnikom wielkość tej luki intelektualnej. Panujący obecnie względny spokój jest bardzo złudny. W historii epidemii HIV może nastąpić jeszcze niejedyn zaskakujący zwrot akcji.

Światowy Dzień AIDS lub **Światowy Dzień Walki z AIDS** (World AIDS Day) – święto obchodzone corocznie 1 grudnia z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) od 1988 roku. Zgromadzenie Ogólne ONZ wyraziło swoją troskę w związku ze skalą pandemii, podkreślając znaczenie obchodów tego dnia w swojej rezolucji 43/15 z 1988 roku. W tym dniu na całym świecie, w tym i Polsce, odbywają się m.in. konferencje, happeningi oraz akcje edukacyjne dotyczące profilaktyki HIV/AIDS. Krajowe Centrum ds. AIDS (Polska) w ramach Światowego Dnia Walki z AIDS od 2001 roku prowadzi kampanie multimedialne (na podstawie *Wikipedii*).

Dr Internet – globalna konkurencja Goździkowej

Po latach kwitnącej *prosperity* enigmatycznej Goździkowej, której nikt nie widział i nie słyszał, w dziedzinie zdrowotnego doradztwa Polakom czuć powoli nadchodzące zmiany.

dr Beata Januszko-Giergielewicz

Tajemnicza Goździkowa, która pokretnie kształtowała upodobania rodaków co do zażywania tych bądź innych leków przeciwbólowych, a tym samym, generując ich rekordowe spożycie w naszym kraju, posiadała niesłabnący wpływ na strukturę finansową rynku farmaceutycznego (spryciara!) stanowiła prawdziwe guru dla naszej rodzimej populacji. Jej niezagrożona niegdyś pozycja lidera ostatnio mocno się zachwiała. Cóż, rynek kieruje się swoimi prawami, jest wymagający, zmienny, nawet w temacie wirtualnych doradców medycznych Polaków, a ci ostatni uwielbiają samodiagnozowanie i samoleczenie, zgodnie z powiedzeniem *Polaku, lecz się sam*. Dziś nie wystarcza już obecna w zasięgu ręki Goździkowa, która WIE WSZYSTKO, dziś prawdziwe triumfy święci dr Internet.

To już nie przelewki. O ile zasięg wpływów Goździkowej był jedynie ogólnopolski, to dr Internet jest nieopanowanym globalnym rekinem opiniotwórczym na całym świecie. Domniemam, że w Polsce, z racji upodobania do samoleczenia, jest szczególnie popularny.

Dr. Interneta (nie bez kozery użyłam tej formy), tak jak Goździkowej, nikt nie widział i nie słyszał. Gabinet



lekarski ma nie wiadomo gdzie, specjalizację ma nie wiadomo jaką, a więc, w domyśle dla niektórych prosto rozumujących, jest specjalistą wszech nauk. Prawdziwy geniusz! A jak się ustawił! Za gabinet czynszu nie płaci, o podatkach nie słyszał, co więcej, nie ściga go żaden urząd skarbowy. Instytucja prokuratora z tytułu odpowiedzialności zawodowej nigdy do niego nie dotarła, a o kładących rozporządzeniach NFZ i refundacjach leków nigdy nie słyszał. Ma globalną wolność i jest całkowicie bezkarny. Do tego zbiera krocie z wpływu gotówki za reklamy leków, zamieszczanych przez reklamodawców na najczęściej odwiedzanych portalach internetowych. Szczęściarz czy lawirant?

To już nie przelewki. O ile zasięg wpływów Goździkowej był jedynie ogólnopolski, to dr Internet jest nieopanowanym globalnym rekinem opiniotwórczym na całym świecie.

Moje spotkania z praktyką dr. Interneta zawsze budziły we mnie mieszane uczucia. Był w tym bunt zawodowy przed brakiem profesjonalnego postępowania pacjenta z informacją zdrowotną, był podziw dla możliwości globalnego przesyłania informacji (zalety w profilaktyce chorób) i jednocześnie zdziwienie, jak silny i obezwładniający wpływ na świadomość i podświadomość moją media, w tym najsilniejsze współczesne medium – Internet.

Zadzwoiła do mnie koleżanka z tragiczną wiadomością, że u jej trzyletniej córki rozpoznano białaczkę i cała rodzina jest w rozpacz. Zszokowana nie mogłam w to uwierzyć, mając w oczach okrągłą, różową buźkę żywego jak iskra dziecka, okazu zdrowia jesz-



cze trzy tygodnie temu! Wiedziona instynktem lekarskim próbuję opanować panikę matki i pytam:

– Kto postawił tak poważne rozpoznanie, kiedy zdążyliście zrobić biopsję szpiku i co to za piorunujący przebieg, na Boga!? To niemożliwe! – krzyczę zdenerwowana w słuchawkę. Dzwonię do męża tej koleżanki.

W końcu mężczyzna z definicji myśli bardziej racjonalnie, z mniejszym ładunkiem emocjonalnym, coś może się dowiem od niego konkretnego. Ten... płacze, płacze jak dziecko.

– Tak, to ostra białaczka – odpowiada mi krótko drżącym głosem. Jednak drążąc temat niezłomnie dowiaduję się, że poszukują kontaktu z hematologiem dziecięcym, a więc... u niego nie byli! W ogóle nie byli u żadnego lekarza, dopiero dziś zapisali się na wizytę do lekarza rodzinnego, tak naprawdę nie na wizytę, tylko po skierowanie do hematologa, bo przecież sami wiedzą jaka to choroba, co trzeba robić itd.

– Kto postawił rozpoznanie?! – krzyczę w słuchawkę, by przebić się przez ścianę paniki, strachu i płaczu całej rodziny.

– No... przeczytałam w Internecie, że jak się ma powiększone węzły chłonne, to może być białaczka, a Ania ma je taaaakie wielkie i gorączkę, i ciągle płacze. To pewnie, że ma tę białaczkę.

Oniemiałam. A mąż? Porażony siłą sugestii żony, suto wzmocnionej emocjami, uwierzył w to, czym go uraczyła i nie starczyło mu tradycyjnego męskiego opanowania, by wesprzeć ją w dotarciu do obiektywnej prawdy, obalić mit tego internetowego koleśka i zdrowo się z nim rozprawić.

Oczywiście po weryfikacji rozpoznania u skromnego, regionalnego, tradycyjnie wykształconego, płacącego regularne podatki, jednak najlepszego w okolicy fachowca w tej dziedzinie, sprawa okazała się tylko ostrym odczynem węzłowym w przebiegu infekcji wirusowej. Ha! Dr Internet się pomylił, a ja doznałam największego w mojej praktyce szoku zawodowego związanego ze spotkaniem z jego kontrowersyjnymi metodami. Ile strachu, cierpienia, złego rozumowania i fałszowania prawdziwych dróg postępowania może zafundować ten dr Niby Ktoś. Czasami to naprawdę groźne zjawisko. I żaźliwie. Bo przecież za chwilę jedna pani drugiej pani przekaże, gdzie się uzyskuje porady bez rocznej kolejki do specjalisty. I to za darmo!

Ta historia skończyła się dobrze. Ale druga, którą przytoczę z pakietu licznych doświadczeń własnych, mogła się skończyć znacznie gorzej.

Jedna z pielęgniarek z przerażeniem przyprowadziła na konsultację młodą koleżankę o znamionach klinicznych wyniszczenia – wprost skóra i kości. Po usunięciu nerki z powodu ograniczonego ogniska nowotworowego (bez przerzutów) ktoś z lekarzy bąknął, że musi przestrzegać diety z ograniczeniem białka i soli kuchennej, ale co tak naprawdę jeść i ile – nie powiedział. Dr Internet zaś powiedział, że jeść to prawie już nie ma co, tyle rzeczy nie wolno, a w odczuciu przestraszonej pacjentki oznaczało to już jedynie kleiki, trochę wody, no... i zioła cudotwórcze (na co, się pytam? na odrost nerki?!). Depresyjna, zagubiona pacjentka przedstawiała sobą obraz totalnego medycznego zaniedbania. Szczęśliwie ta druga, jedyna nerka oparła się wpływom drakońskiej diety dr. Interneta, dzielnie filtrując za dwie w dramatycznym stanie odwodnienia, hiponatremii i ciśnienia tętniczego 85/50 mmHg. Prawdziwy cud! Organizm to jednak potrafi się bronić, przed leczeniem też, nie tylko serwowanym przez tego medycznego geniusza.

Póki co nowy idol w rankingu Polaków na *Najlepszego doktora świata* ma się świetnie. Myślę sobie tylko – ciekawe kto nim będzie następny? Po co nam te wszystkie papiery specjalizacyjne, lata mozołu i nerwów nad książkami? I tak nikt z nas nie zrobi większej kariery niż dr Internet. To globalna konkurencja nie tylko dla Goździkowej. Tanio, szybko i przyjemnie, bo we własnych ciepłych kapiach pielęgnują Polacy miłosne wspomnienie o socjalistycznej bezpłatnej SŁUŻBIE ZDROWIA, a służy im ofiarnie przez całą dobę dr Internet. Tylko czy to przeżyją? Ale że ja Polką też jestem, chyba powoli zaczynam ulegać temu zbiorowemu, narodowemu szaleństwu, bo w moim mózgu powoli kiełkuje myśl, która mnie intryguje... A ten dr Internet to blondyn czy brunet?

Tekst pierwotnie ukazał się w
Biuletynie Lekarskim Warmińsko-Mazurskiej
Izby Lekarskiej: ROK XXIV, październik 2013,
nr 129

Święta, czyli czy kierujesz się sercem, czy rozumem?

Od jakiegoś czasu słyszę, że brakuje świątecznego nastroju...



Monika Gorznik,

I rok studiów doktoranckich
Zarząd Samorządu Studiów Doktoranckich

Ludzie sprawiają wrażenie trochę znudzonych oraz przemęczonych natłokiem spraw. W radiu *Last Christmas, All I want for Christmas is you* albo *Snow is falling*. Za oknem pierwszy śnieżek – nieważne jak marnej jakości, nieważne, że spadł na miesiąc przed Świętami i nieważne czy to zaledwie kilka płatków zmrożonego deszczu... Nagle wszyscy od razu odczuwają nieodpartą potrzebę świętowania. Mam wrażenie, że to takie nowe zjawisko meteorologiczno-psychologiczne. Ale czy to uczucie to na pewno chęć świętowania?

Ja bym nazwała to raczej chęcią „mikołajania”, „choinkowania”, „lampkowania” i co najważniejsze – „prezento-zakupowania”. Nawet jeśli człowiek nie chce, poddaje się tej całej gorączce. Gorzej, bo śnieg jakoś nie kwapi się w nasze rejony geograficzne. Pojawia się masowe zagubienie jednostki we wszechświecie, ludzie nie mają co ze sobą robić, ogarnia ich przygnębienie i uczucie pustki.

A Święta? Jakoś mało kto wie, o co w tym wszystkim chodzi. *A to nie o to, żeby sobie pojeść?, Święta są super, bo wtedy puszczają fajne filmy w telewizji, Bo są prezenty. Jacy się z nas zrobili materialści... Nie jest już szokujące, że czas Świąt traktuje się po prostu jak wakacje, podczas których trzeba odpocząć od adwentowego zgiełku i podreperować swoją kondycję na okres karnawału. Najlepiej naturalnie w jakimś zagranicznym kurorcie lub na egzotycznej wycieczce. W Wigilię kończy się oczekiwanie na prezenty. Wreszcie ta*

ustrojona miesiąc temu choinka na coś się przyda. A może po prostu te dwa wolne dni są po to, aby od tego wszystkiego odpocząć. Aby nabrać sił przed zbliżającym się Sylwestrem.

Zdaję sobie sprawę, że popadam w skrajność. Wiem, że są ludzie, którzy Świąt nie spędzą przed telewizorem czy na zagranicznej wycieczce w ciepłych krajach, ale tradycyjnie, w rodzinnym gronie. Są ludzie, dla których ten czas to naprawdę święto. Może uda Wam się wykorzystać te wolne dni na nadrobienie niecodziennych zaległości. Może udało mi się nakłonić niektórych do refleksji. Nasuwa mi się jeszcze opowieść Karola Dickensa i jego ponadczasowy charakter – nie sądzę, że nawiedzą nas duchy Bożego Narodzenia, ale może warto byłoby się zastanowić, co by było, gdyby to nam ktoś pokazał sceny z życia przeszłego, teraźniejszego i przyszłego.





Wiele myśli... bo dzisiaj mamy większe domy, ale mniejsze rodziny. Mamy więcej możliwości, ale mniej czasu. Mamy więcej specjalistów, ale i więcej problemów. Więcej medycyny – mniej zdrowia. Uczymy się jak zarabiać na życie, ale nie jak żyć. Więcej posiadamy, ale mniej używamy. Więcej kupujemy, ale mniej mamy satysfakcji. Podróżujemy na księżyc i z powrotem, ale mamy problem przejść przez ulicę i odwiedzić naszych sąsiadów. Więcej planujemy, a mniej realizujemy. Nauczyliśmy się spieszyć, ale nie czekać. Mamy też więcej możliwości, ale mniej czasu. Mamy więcej rodzajów jedzenia, ale mniej odżywienia. Są to czasy pokoju na świecie, ale walk krajowych...

STOP! Trzeba się wreszcie zatrzymać! Wyrzuć ze swego słownika wyrazy takie jak: może, kiedyś oraz później. Napisz ten list, który chciałeś napisać, a odłożyłeś na potem. Powiedz swojej rodzinie i przyjaciołom, jak bardzo ich kochasz. Nie zwlekaj z niczym, co wprowadza uśmiech i radość do Twojego życia.

Święta! Chyba ten czas NAM wszystkim będzie potrzebny. A tu nadal ostatnie zaległości, obowiązki, wszystko nadal w biegu! W głowie wirują i kotłują myśli, żeby zdążyć...

A co nowego u doktorantów? Pracujemy. Czasem widać nas bardziej, czasem mniej. Obiecujemy, że skorzystamy z przerwy świątecznej, ale po Nowym Roku wracamy znów do ciężkiej pracy. Teraz z zasilanym gronem nowych członków Zarządu Samorządu Studiów Doktoranckich GUMed. Chcielibyśmy, aby nasze wysiłki przynosiły owoce! Założyliśmy też *fanpage* ZSSD, który mamy nadzieję przyniesie wiele dobrych rozwiązań. Mamy wiele pomysłów i motywacji, ale ucieszymy się, jak będziecie nawiązywać z nami kontakt. Czekamy na Wasze sugestie.

Zbliżają się cudowne Święta Bożego Narodzenia, a świąteczny czas sprzyja przemyśleniom i refleksjom. Z ramienia ZSSD życzę Wam zdrowia, pomyślności, dużo życzliwości dookoła i oczywiście, aby Wasze sukcesy były większe z dnia na dzień. Pamiętajcie: istnieją tylko 3 kolory, 10 cyfr i 7 nut. Ale dopiero to, co z nich tworzymy ma naprawdę znaczenie.



Remedium



Współtwórz to czasopismo z nami!

www.remEDIUM.gumed.edu.pl



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



Pobierz naszą aplikację!