



Dodatek do Gazety AMG

Remedium



Pakietowy zawrót głowy



Efekt "Bogów"
Neurobiologia miłości
Bezdomni w Pomorskiem

Remedium

facebook.com/remedium.gumed

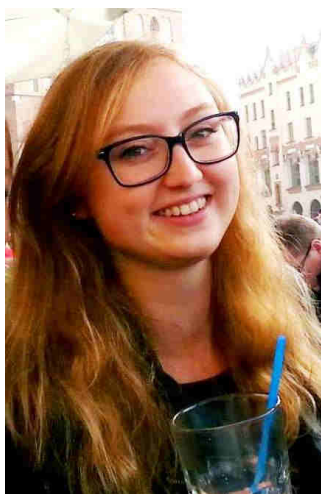
Polub nas na



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:

Powiało wiosną!	2
Pakietowy zawrót głowy	3
Neurobiologia miłości	7
Wywiad z Ministrem	10
Pigułka dzień po	14
Pink Awareness	15
Tajemnica geniuszu Paganiniego	16
Co przyniesie przyszłość	18
Przychodnia studencka	19
Bezdomni na Pomorzu	21
Efekt Bogów	22
W rytmie Medyka	23



Wiktoria Filipkowska
redaktor
prowadząca
Remedium

Powiało wiosną!

Wiosna, cieplejszy wieje wiatr!

Czujecie? Ptaki śpiewają, dzień dłuższy o całe wieki, a w drodze do domu z zajęć widziałam przebiśniegi! To niewątpliwie znak, że coś się dzieje.

Tak samo jak w *Remedium*!

Wróćmy jednak na sekundę do wiosny. Ta astronomiczna rozpoczyna się w momencie równonocy wiosennej. Zarówno kiedyś, jak i w czasach mojego przedszkola, z tej okazji kultywowano zwyczaj topienia Marzanny, jako symbolu zimy (a jednocześnie zła i śmierci, z którymi była niegdyś kojarzona). Później, w czasach szkolnych, z niewiadomych mi powodów topienie Marzanny stało się najpierw niemożliwe, a w końcu – z uwagi na zaśmiecanie rzek i innych wód –

zakazane. Na szczęście Pierwszy Dzień Wiosny nigdy nie pozostał nieuczczony. Co roku widzę jakichś wagarowiczów na ulicach.

Wiosna jaka jest każdy widzi. I słyszy. Nie mówię tu bynajmniej o rozkręconych na cały regulator muzycznych odtwarzaczach samochodowych czy też tych wystawionych w oknach bloków, najlepiej na osiedlach. Tak, żeby pogłos był lepszy. I żeby więcej ludzi miało umiłony czas. Oczywiście, koniecznie w jakiś przedegzaminacyjny wieczór. Moi sąsiedzi z góry, z nie do końca jasnych dla mnie powodów, zawsze bardzo celnie trafiają w takie właśnie wieczory ze swoimi parapetówkami.

A wiosenne *Remedium*?

Wiosna to najlepsza pora, żeby się zakochać (wypytałismy eksperta o naukowe szczegóły tego dziwnego stanu), bardzo dobra, by odkryć tajemnice mistrzów (czy to prawda, że Niccolò Paganini zawarł pakt z diabłem?), a także idealna, by się rozerwać (mamy przecieki o nadchodzących wydarzeniach w klubie Medyk)!

Przyjemnej lektury!

Redakcja: Joanna Chelmieniewicz, Aleksandra Wierzba, Małgorzata Kacprzak, Małgorzata Rządowska, Sylwia Lipińska, Anna Ostapko, Izabela Majkut, Jacek Feliga, Łukasz Budyńko, Dymitr Rychter, Damian Świeczkowski, Przemysław Waszak, Wiktoria Filipkowska (redaktor prowadząca)
Stali współpracownicy: Anna Kluk, Marianna Rogowska
Korekta: Joanna Śliwińska, Jolanta Świerczyńska-Krok
Pomoc techniczna: mgr Tadeusz Skowrya
Zdjęcia: materiały autorów, www.sxc.hu,
Okładka: Agnieszka Borowska
Remedium stanowi dodatek do *Gazety AMG*
Redaktor naczelny *Gazety AMG*: prof. Wiesław Makarewicz

Pakietowy zawrót głowy

Początek roku przyniósł niemałe poruszenie w polskiej służbie zdrowia. Nowe rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia były powodem zażartych dysput pomiędzy lekarzami a decydentami. O wyrażenie opinii na temat wprowadzonych zmian poprosiliśmy **dr. Piotra Popowskiego i lek. Andrzeja Zapaśnika**.

Rozmawia:

Dymitr Rychter

VI rok, kierunek lekarski,
redakcja *Remedium*

Panie Doktorze, jakie nowe obowiązki nakładają na lekarzy POZ wprowadzone niedawno pakiety świadczeń (np. pakiet onkologiczny)?

A.Z. (Andrzej Zapaśnik): Na pakiet onkologiczny należy patrzeć w kontekście całości zmian jakie w opiece podstawowej zaistniały. W krótkim czasie dostaliśmy szereg nowych zadań. Już teraz jesteśmy przeciążeni pracą. Czasami przyjmujemy do 70 pacjentów dziennie. Do tych rozbudowanych obowiązków dokłada się nam nowe kompetencje, a co za tym idzie nowe wizyty. Boimy się, że ich liczba wzrośnie o dodatkowe 10-15%. Możemy sobie z tym nie poradzić. W sposób jednoczasowy, bez konsultacji ze środowiskiem, narzucono nam obowiązki, których w tej chwili nie jesteśmy w stanie zrealizować. Środowisko lekarskie jest negatywnie nastawione do wprowadzania zmian w taki sposób. Założenia są słuszne. Nie ulega wątpliwości, że pacjenci onkologiczni powinni mieć lepszą opiekę. Zgadzam się z tym, że część obowiązków z tym związanych powinni przejąć lekarze POZ. O pakiecie onkologicznym mówi się najwięcej, tymczasem to nie on jest największym problemem. W mojej przychodni wydano do tej pory zaledwie dwie tzw. zielone karty. Od nowego roku, żeby zapisać się do lekarza dermatologa i okulisty potrzebne jest skierowanie lekarza POZ. Jest to wymóg czysto biurokratyczny. Nikt nie pomyślał o tym, żeby z tych pacjentów wydzieleć grupy, które mogłyby zgłosić się do rzeczonych specjalistów bezpośrednio. Co zmienia fakt wystawienia przeze mnie skierowania do okulisty dla pacjenta, który jest pod jego stałą kontrolą i chce tylko zmienić szklą? W jaki sposób wpływa to na sposób terapii? Odpowiedź jest prosta – żaden.

Jakie środki finansowe zostały przeznaczone w celu wprowadzenia nowych założeń polityki zdrowotnej państwa?

A.Z.: Środki zostały zwiększone średnio o 10-15% dla

jednej przychodni. Nie każdy otrzyma te dodatkowe pieniądze, ponieważ jednocześnie doszło do znacznych zmian w finansowaniu usług medycznych. NFZ nie ma zamiaru płacić za pacjentów nieubezpieczonych (ok. 7%). Doszło do włączenia kosztów opieki nad pacjentami z cukrzycą i chorobami krążenia w stawkę podstawową. Wynika z tego, że niektóre przychodnie mogą stracić, a inne zyskać nowy dochód czasami przekraczający 20%. Dysproporcje będą wynikać z populacji pacjentów jakimi zajmuje się dana przychodnia. Prawda jest taka, że nikt nie wie do końca ile pieniędzy dostanie. Nawet jeśli środków jest dość, budzą się lęki, że może ich nie wystarczyć. Nikt tak naprawdę nie wie jak mają zostać rozdysponowane. Na dzień dzisiejszy najistotniejsza jest zmiana organizacji pracy poszczególnych przychodni, aby sprostać nowym obowiązkom. Finanse schodzą na drugi plan.

O pakiecie onkologicznym mówi się najwięcej, tymczasem to nie on jest największym problemem.

Jak Pan uważa, czy stworzenie specjalnej listy oczekujących na świadczenia nielimitowane jest słusznym założeniem (w kontekście art. 68 Konstytucji RP)?

A.Z.: Założenia są słuszne, ale jednocześnie zapomniana została grupa, która już jest leczona. Przyjrzyjmy się poniższej sytuacji: jeden z pacjentów zakończył leczenie, ale jest nadal pod kontrolą onkologiczną. Tymczasem proces terapeutyczny rozpoczyna pacjent w ramach świadczeń nielimitowanych. Choremu, który zakończył leczenie, termin kolejnej wizyty wyznacza się na wrzesień. Pierwszeństwo ma pacjent będący na tzw. krótkiej ścieżce. Wkrótce zaczną brakować finansów na leczenie osób, które mają takie same schorzenie jak ci, którzy posiadają zieloną kartę. Poprawa leczenia jednej grupy pacjentów odbija się kosztem innej. Jeżeli zmniejsza się kontrakty w różnych poradniach specjalistycznych na rzecz pacjentów onkologicznych, to jednocześnie wydłużają się →

do nich kolejki. Służba zdrowia to system naczyń połączonych.

Jak powinno wyglądać wzorcowe wdrażanie takich projektów?

A.Z.: Ostatnio miałem przyjemność wysłuchania wykładu na temat wprowadzania takich zmian w Unii Europejskiej. Po pierwsze: taki proces trwa lata. Pomysł podobny do tego jaki ma minister Arłukowicz jest implementowany oddolnie w służbę zdrowia. Najpierw zajmują się nim lekarze praktycy, a na podstawie ich doświadczeń tworzy się całą konstrukcję. Grupy robocze wyciągają pewne wnioski i to one są przetwarzane na ustawy. Te ustawy przechodzą proces uzgodnień. Tak powstaje projekt finalny. Zmiany, z którymi mamy właśnie do czynienia wymagają pilotaży (co najmniej rok pilotażu na reprezentatywnej grupie). Cały proces powinien trwać ok. 5 lat.

Jednym z założeń pakietów (pakiet kolejkowy) ma być nadanie pielęgniarkom (od 2016 r.) możliwości zlecania niektórych badań oraz przepisywania leków. Czy uważa to Pan za dobre posunięcie?

A.Z.: Myślę, że system jest bardzo przeciążony. Występuje ogromny niedobór lekarzy. Posiadamy najniższą średnią unijną jeśli chodzi o lekarzy. Na przestrzeni ostatnich 10 lat widzimy znaczny wzrost wizyt w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Lekarze również są coraz starsi. Bez wsparcia dobrze wyszkolonego personelu pielęgniarskiego system stanie się w końcu niewydolny. U siebie w przychodni włączam pielęgniarki w koordynowanie procesem leczniczym. W niektórych przypadkach to pielęgniarka decyduje, czy dany pacjent naprawdę potrzebuje wizyty lekarskiej. Warunkiem jest dobrze wyszkolony personel. Jestem zwolennikiem poszerzenia kompetencji pielęgniarek. Wykorzystajmy potencjał, który mamy. Właśnie po to zaczęliśmy kształcić pielęgniarki na studiach wyższych. Problemem jest to, że czasami one same nie chcą przyjąć na siebie takiej odpowiedzialności.

Jak daleko ma być posunięta ta odpowiedzialność?

A.Z.: Nie pójdziemy o krok dalej bez standaryzacji świadczeń medycznych. Nie ma żadnych wytycznych co do tego, jaki stan pacjenta może być zaopatrzony przez pielęgniarkę, a jaki wymaga interwencji lekarskiej. W innych krajach europejskich (np. Szwecja) wykształcona pielęgniarka sprawuje rolę pracownika pierwszego kontaktu. Nie jestem przekonany czy ten proces ma być posunięty aż do tego stopnia. Możliwość jest wiele.

P.P. (Piotr Popowski): Takie rozwiązania powinny być wprowadzane ostrożnie i z rozważą. Liczy się akceptacja nie tylko środowiska, którego bezpośrednio to dotyczy, ale wszystkich interesariuszy. Trudno wyobrazić sobie rozwiązania, których ani pielęgniarki, ani lekarze

nie akceptują. Także pacjenci mogą mieć problem z taką zmianą. Inni ludzie leczą się w Anglii, a inni w Polsce. Przyzwyczajenia odgrywają dużą rolę. Do wprowadzenia takiej reformy potrzeba dużo doświadczenia, a przede wszystkim chęci, ale jest to możliwe.

Poprawa leczenia jednej grupy pacjentów odbija się kosztem innej. (...) Służba zdrowia to system naczyń połączonych.

Wspomniał Pan o tym, że Polska cierpi na znaczny niedobór lekarzy. Według nowych zarządzeń Ministerstwa odpowiedzią na to mają być m.in. specjalizacje modułowe. Czy generowanie rzeszy specjalistów jest jedynym rozwiązaniem problemu kolejek?

A.Z.: Niestety w kwestii edukacji lekarzy posiadam niewiele informacji. Mogę jedynie odnieść się do kształcenia specjalistów medycyny rodzinnej. 15 lat temu mówiono o tym, że lekarze POZ będą stanowili podstawę działania systemu. Po 5 latach drastycznie okrojono ich kompetencje, tak że stali się sekretarką medyczną dla innych specjalizacji. Moim zdaniem powinno się systematycznie budować, ponad podziałem politycznymi, system kształcenia tej grupy lekarzy. Specjalizacje bardziej ukierunkowane powinny być oparte na podstawie stworzonej przez medycynę rodzinną. Ważne jest także dbanie o atrakcyjność tej specjalizacji. Młodzi lekarze powinni być zainteresowani pracą w POZ.

Problem kolejek występuje w innych krajach europejskich, jednak na zdecydowanie mniejszą skalę. Czy mógłby Pan wskazać, które państwo i w jaki sposób najlepiej sobie z nim poradziło?

P.P.: Nie można abstrahować od tego, że pacjenci w różnych krajach są bardzo różnie obsługiwani. W niektórych punktem wyjścia jest brytyjski model medycyny rodzinnej, lekarz rodzinny jako *gate keeper*. We Francji lub w Niemczech pacjenci trafiają od razu do specjalisty. Nie jestem ekspertem w dziedzinie kolejek. Nie mogę twierdzić, że powinniśmy do kogoś w tej kwestii się porównywać, dążyć do takich, a nie innych rozwiązań.

A.Z.: Uważam, że z problemem kolejek powinna porządkować sobie standaryzacja świadczeń. Za pomocą wytycznych należy opisać, jakimi grupami pacjentów ma zająć się dany specjalista. Sztandarowym przykładem może być leczenie nadciśnienia. Lekarz POZ powinien mieć jasno powiedziane, że zajmuje się pacjentami z uregulowanym nadciśnieniem pierwotnym. Kardiolog-

wi pozostawić należy przypadki nadciśnienie lekopornego czy wtórnego. Mamy przecież wytyczne polskich towarzystw naukowych. Co stoi na przeszkodzie, aby wprowadzić je w system ochrony zdrowia? Jeżeli pojawiłby się takie standardy oraz możliwości lekarzy POZ, aby je realizować, to kolejki na pewno uległy by skróceniu. Połowa pacjentów u kardiologa leczy się na nadciśnienie tętnicze. To powoduje brak miejsc dla pacjentów pilnych! Standaryzacja wprowadza także racjonalne podejście do finansowania służby zdrowia. System, który mamy obecnie promuje świadczenia lepiej wyceniane, co nie zawsze jest zgodne z potrzebami pacjenta. Mamy mało środków, a jeszcze większość z nich jest nieracjonalnie wydawana.

P.P.: Powszechnym problemem na całym świecie jest to, że dostępność usług jest moderowana przez sposób ich opłacalność. W Stanach Zjednoczonych tego typu sytuacje są przyczyną bardzo częstego wprowadzania poprawek legislacyjnych. Dla przykładu: w niektórych stanach ustawowo zakazano prowadzenia przez lekarzy własnych laboratoriów diagnostycznych, wielu pacjentów było kierowanych do nich bez wskazań do wykonania danego badania. Tym do czego my dążymy jest system, który nagradza świadczeniodawcę za dostarczanie zdrowia pacjentowi, a nie wykonywanie zbędnych, czasami wręcz szkodliwych świadczeń.

Na czym polegał konflikt pomiędzy lekarzami zrzeszonymi w Porozumieniu Zielonogórskim a Ministerstwem Zdrowia?

A.Z.: Źródłem tego konfliktu był brak gotowości ze strony Ministerstwa do dyskusji ze środowiskiem medycznym. Od początku lekarze z Porozumienia Zielonogórskiego chcieli włączyć się w program skrócenia kolejek jako eksperci. Nie ma przecież lepszego doradcy niż ten, który codziennie styka się z problemem. Prof. Jassem opracował cały nowoczesny projekt walki z nowotworami – Cancer Plan. Tekst ustawy dotyczącej pakietu onkologicznego został mu przedstawiony bez żadnych wcześniejszych konsultacji. Dalej nastąpiła dyskusja nad planowanymi zmianami, do której zaproszono lekarzy z różnych dziedzin medycyny. Niestety pracę nad już wadliwym produktem są znacznie trudniejsze niż porządne przygotowanie koncepcji od samego początku. Pomimo przekazywania różnego rodzaju uwag i prób naprawienia ustawy, żadna merytoryczna uwaga nie została przyjęta przez Ministerstwo. Pierwszy projekt rozporządzenia dostaliśmy w połowie października. Dopiero 25 listopada 2014 r. zaczęliśmy omawiać kwestie merytoryczne. Sześć tygodni przed wprowadzeniem pakietu! Tak skandaliczny sposób wprowadzania zmian nie może mieć miejsca w państwie demokratycznym. Zostaliśmy postawieni przed faktem dokonanym. Musieliśmy walczyć o dalsze istnienie Porozumienia Zielonogórskiego, a tymczasem drzwi przychodni w kraju były

zamknięte. Po raz kolejny przez ambicje polityczne ucierpieli pacjenci.

To już nie pierwszy raz, kiedy wraz z początkiem roku borykamy się z problemem zamkniętych drzwi w przychodniach. Dlaczego takie sytuacje się powtarzają?

A.Z.: Właśnie dlatego, że brak wcześniejszych uzgodnień ze środowiskiem lekarskim. To my jesteśmy realizatorami tych pomysłów, to my ponosimy odpowiedzialność. Nie boję się ministra czy NFZ. Boję się prokuratora. Będę miał go na karku, jeśli w określonym czasie nie rozpoznam u mojego pacjenta nowotworu i nie wydam mu karty. Nie chcę ryzykować w imię nieprzemyślanych pakietów.

Na koniec chciałbym zapytać o projekt Koordynowanej Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej (KAOZ). Czy widzi Pan realne szanse na jego wprowadzenie?

A.Z.: To jest projekt, który należy wprowadzić na drodze klasycznego pilotażu. Bałbym się (śmiech), gdyby pojawił się nowy minister i powiedział, że w ciągu najbliższego roku wprowadzamy KAOZ. Nie tędy droga.



Tworzymy system współpracy pomiędzy lekarzem rodzinnym a lekarzem danej specjalności w odniesieniu do opieki ambulatoryjnej. Nie jest to nowość na skalę europejską czy nawet światową. Takie systemy z powodzeniem działają w Wielkiej Brytanii (UK) czy USA. W UK po 20 latach rozwoju, prawie cała ochrona zdrowia opiera się o KAOZ. Jednostki utworzone przez: lekarzy rodzinnych, samorządy terytorialne i przedstawicieli pacjentów otrzymują 75% nakładów finansowych przeznaczanych na tamtejszą służbę zdrowia.

Takie grupy płacą za część usług oferowanych przez opiekę stacjonarną. My musimy stworzyć własny model. Staramy wprowadzić się standardy medyczne do leczenia chorych przewlekle. Oprzeć opiekę na aktualnych wytycznych naukowych. Dążymy do zmiany organizacji, która powiązałaby pracę lekarza podstawowej opieki ze specjalistą. Znowu pozwolę sobie oprzeć się na przykładzie pacjenta z nadciśnieniem. Jeśli →

wykryję u niego niespecyficzne zmiany w EKG, powinienem wysłać go do kardiologa celem przeprowadzenia pogłębionej diagnostyki. Spodziewam się, że jeśli nic niepokojącego nie zostanie wykryte, pacjent wróci pod moją opiekę. Tak jednak się nie dzieje. Chory z dobrze kontrolowanym nadciśnieniem leczy się u kardiologa, kiedy ja oczekiwałem jedynie konsultacji. Z takim postępowaniem walczymy. Warto zaznaczyć, że KAOZ ma być jedną z możliwości, którymi będzie dysponował pacjent. Nauczeni doświadczeniem innych państw, nie chcemy wprowadzać tej innowacji jako jedynej rozwiązania. Wolelibyśmy, aby to pacjent zdecydował czy chce uczestniczyć w takim modelu opieki podstawowej, czy woli model tradycyjny. Korzystając z danych amerykańskich widzimy, że prawie połowa pacjentów wybiera model KAOZ. Podjęcie takiej decyzji wymaga dużej dyscypliny od pacjenta. Po pierwsze musi naprawdę regularnie chodzić do swojego lekarza, po prostu chce się leczyć. Po drugie brak tu miejsca dla jakiegokolwiek życzeniowości. To wytyczne decydują kiedy trafi do specjalisty.

Na jakim etapie pracy jesteście Państwo obecnie?

A.Z.: Inicjatywa powstała rok temu. Wniosek został złożony do Ministerstwa i jest wstępnie przyjęty. Tak jak mówiłem, wprowadzenie tego projektu chcemy oprzeć o pilotaże. Liczymy, że nasz pomysł nie utknie gdzieś w

szufladach ministerialnych. Miejmy nadzieję, że sprawa finansowania zostanie uwzględniona przy rozdziale środków unijnych na lata 2014-2020. Na spotkaniu informacyjnym, które niedawno zorganizowaliśmy pojawiło się 20 świadczeniodawców z Gdańska. Nie byłoby problemu z przeprowadzeniem jednego z takich pilotaży właśnie tutaj. □

O rozmówcach:

lek. Andrzej Zapaśnik – szef gdańskiej Przychodni BaltiMed, wiceprzewodniczący Pomorskiego Związku Pracodawców Ochrony Zdrowia;

dr Piotr Popowski – adiunkt w Zakładzie Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej GUMed; przewodniczący Polskiego Towarzystwa Programów Zdrowotnych.



Już po raz 23 Studenckie Towarzystwo Naukowe GUMed zaprasza na ISSC – Studencką Międzynarodową Konferencję Naukową! Jedyne takie wydarzenie na naszej *Alma Mater*! Podczas tegorocznej edycji odbędzie się ponad 15 sesji naukowych, w tym sesje+, czyli sedno Konferencji – geriatra, medycyna sportowa, ekonomia w medycynie i prawo medyczne. Dodatkowo odbędą się panele dyskusyjne jako poszerzenie tematyki sesji, warsztaty pozwalające pozyskać nowe umiejętności i doskonalić te już posiadane, a także wykłady. Chcesz się zgłosić lub po prostu wiedzieć więcej? Zapraszamy na www.issc.gumed.edu.pl oraz na www.facebook.com/ISSC.Gdansk

Do zobaczenia!

Neurobiologia miłości

Euforia, brak zmęczenia, utrata apetytu, zwiększona empatia, uwaga skupiona na obiekcie uczuć to tylko niektóre znane nam wszystkim pierwsze symptomy zakochania. Ale czy to, że sami doświadczyliśmy ich na własnej skórze, oznacza, że o miłości wiemy już wszystko?

Popkultura bardzo chętnie i jednoznacznie umiejscawia siedlisko tego gorącego uczucia w sercu. Najlepiej wielkim i czerwonym z napisem Love You. Lecz gdyby osoby projektujące kartki walentynkowe zechciały kiedyś wiarygodnie przedstawić rzeczywistość, bez wątplenia musiałyby zacząć umieszczać na nich nic innego jak mózg. O tym, w jakim celu się zakochujemy, w jaki sposób kochamy i jak sprawić, by miłość trwała wiecznie, rozmawiam z **dr. Wojciechem Glacem**, neurobiologiem i popularyzatorem nauki z Uniwersytetu Gdańskiego.

Przed nami wiosna. Okres, który utożsamiany jest nie tylko z rozkwitem przyrody, ale również eksplozją uczuć i częstszym łączeniem się ludzi w pary. Czy faktycznie na wiosnę jesteśmy bardziej skorzy do amorów?

U człowieka taki schemat nie jest tak bardzo widoczny, bo my nie jesteśmy tak uzależnieni od pór roku, ale u zwierząt te sezonowe zmiany oczywiście występują i są one związane ze zmianą długości dnia czy natężenia światła. Pod wpływem tych zmian podwzgo-



rze uruchamia mechanizmy prowadzące do nasilenia popędu płciowego. I rozpoczynają się zaloty, którego specyficzną formą jest ludzka miłość romantyczna.

Z drugiej strony istnieją czynniki, które także u człowieka mogą powodować to, że na wiosnę miłość rozkwita. Może wynikać to choćby z tego, że ludzie częściej się spotykają, odsłaniają swoje ciała, powodując, że płęć przeciwna jest bardziej podatna na bodźce seksualne, które mogą indukować stany pożądania czy choćby zainteresowania. Kiedy zimą człowiek jest opatulony i widać tylko jego twarz, to zawsze w mniejszym stopniu pobudza to zmysły i w związku z tym emocje.

Jak według Pana, jako neurobiologa, wyglądałby uniwersalny wzór miłości?

We wszystkich pracach, w których badane były osoby zakochane rzeczywiście przejawia się jeden charakte-

rystyczny wzór. Na samym początku stan zakochania charakteryzuje się bardzo silną aktywnością układu nagrody i wszystkich

struktur, które są na zakończeniach włókien dopaminergicznych tego układu,

czyli m.in. zakrętu obręczy, jądra półleżącego przegrody czy kory oczodołowej. Aktywna jest również wyspa. Z drugiej strony obserwuje się również zmniejszenia aktywności niektórych struktur takich jak ciało migdałowe, jąder szwu czy znacznych obszarów kory przedczołowej. Wydaje się, że taki wzorzec aktywności występuje najczęściej. I oczywiście zmiany aktywności tych różnych struktur odpowiadają za znaczną część charakterystycznych objawów miłości.

Właśnie, wspomina Pan o układzie nagrody. Znalazłam w literaturze informację mówiącą o tym, że nagroda ma dwa oblicza o różnych podłożach biologicznych – *liking*, czyli lubienie wynikające z samej konsumpcji nagrody i *wanting*, czyli chęć na tę konsumpcję. Który z tych aspektów przeważa, jeśli chodzi o zakochanie? Nasz mózg woli czekać i zdobywać czy cieszyć się ze zdobyczy?

Na początku jest to na pewno związane z „lubić”, czyli z kontaktem z osobą, która ewidentnie przypada komuś do gustu, co pobudza układ nagrody działający jak detektor nagrody, którą wywołuje oddziaływanie przyjemnego bodźca. W sytuacji, w której ktoś często przebywa z (nazwijmy to) tym „zespołem bodźców”, czyli osobą, która wywołuje pobudzenie układu nagrody, to zachodzi proces warunkowania, tworzenia nawyku przebywania z tą osobą. W konsekwencji działanie układ nagrody zmienia się z trybu „lubienia” na tryb „chcenia”. Zaczyna działać jako motywator. Wywołuje przymus przebywania z tą osobą, efekt dążenia do jak najczęstszego i jak najbardziej intensywnego z nią kontaktu.

→



Rozmawia

Aleksandra Wierzbę

II rok, kierunek lekarski,
redakcja *Remedium*



Jakie fazy miłości możemy wyróżnić?

Jeśli mówimy o miłości romantycznej pomiędzy dwiema osobami niespokrewnionymi ze sobą, to pierwszą fazą jest zainteresowanie drugą osobą, którego podłożem biologicznym jest popęd płciowy. Potem następuje faza zakochania. Wtedy najbardziej widać zmianę w sposobie funkcjonowania mózgu. Później uczucie to powoli ewoluuje w kierunku miłości dojrzałej, która opiera się przede wszystkim na więzi.

I w jakim celu to wszystko?

Z biologicznego punktu widzenia w celu prokreacji. Więź tworzy się po to, aby para miała potomstwo, a utrzymuje się tak długo, by zapewnić temu potomstwu odpowiednią opiekę.

A jeśli pomyślimy o ludziach, którzy się zakochują, ale nie mogą albo nie chcą posiadać potomstwa, np. seniorach albo parach homoseksualnych?

Skuteczna prokreacja jest głównym celem biologicznym miłości. Można sądzić, że to było powodem, dla którego w ogóle powstała miłość, utrzymała się i jest tak uniwersalna nie tylko wśród ludzi, ale w ogóle w świecie zwierząt. Jest to mechanizm, który powoduje, że skuteczność prokreacji rośnie. Oczywiście dostrzec można również inne korzyści płynące z miłości i więzi między partnerami. Razem łatwiej znosić trudy, łatwiej pokonywać niebezpieczeństwa i zdobywać potrzebne dobra, życie z kimś jest generalnie mniej stresujące, mniejszy jest poziom lęku i tak dalej. Pamiętajmy też, że miłość jest pewnego rodzaju automatycznym wzorcem, który uruchamiany jest bez udziału naszej woli. Nie mamy wpływu na to kogo pokochamy i kiedy. Jeśli ten wzorzec zachowania i emocji istnieje, może być wyzwolony bez względu na to, czy tworzą go osoby tej samej czy różnej płci.

Którym z neurobiologicznych struktur przypisuje się winę za euforię, brak zmęczenia i apetytu występujące w fazie zakochania?

Euforia wynika z działania układu nagrody. Kiedy jest on bardzo silnie pobudzony, my – w sposób świadomy – odczuwamy to jako silną euforię. W wyzwalaniu euforii uczestniczyć mogą jeszcze inne mechanizmy, w tym system opioidowy. Dopamina związana jest również ze zmniejszeniem łaknienia. W fazie zakochania oprócz neuronów dopaminergicznych, bardzo silnie pobudzone są neurony noradrenergiczne z miejsca sinawego i okolicznych jąder noradrenergicznych, które wydzielając noradrenalinę w całym mózgowiu zapewniają zakochanym stan super aktywności i braku zmęczenia.

Podobno w obrazie mózgu osób zakochanych można znaleźć wiele analogii do obrazu mózgu osób silnie uza-

leżnionych...

Powodem tego jest właśnie ta silna aktywność układu nagrody. I to do czego ona prowadzi. U osoby zakochanej, zwłaszcza na samym początku, widoczne jest bardzo silne pobudzenie tego układu. Tak jak po przyjęciu substancji uzależniającej, działającej nagradzająco, również dochodzi do wydzielania sporych ilości dopaminy. W jednym i w drugim przypadku dochodzi do wytworzenia szczególnej zależności. Analogię można znaleźć również wtedy, kiedy osoba zakochana nie jest z osobą, którą kocha, czyli kiedy tęskni. To taki szczególny rodzaj zespołu odstawienego, kiedy odczuwa się silną potrzebę kontaktu z osobą ukochaną, tak jak osoba uzależniona odczuwa niepokonywaną potrzebę konsumpcji narkotyku.

Mówiliśmy przez cały czas o miłości romantycznej. A co dzieje się w mózgu osób, które są w związku już wiele lat?

Właściwie nic szczególnego poza tym, że jeżeli te osoby dalej się kochają, w czasie badań widać wyraźnie, że u tych osób bardziej niż u osób z grupy kontrolnej pobudzone są struktury, które odpowiadają za empatię. Ta empatia dla drugiej osoby utrzymuje się silnie przez cały czas trwania tego związku mimo upływu lat. Jest ona po części powodem więzi, którą ta osoba odczuwa z drugą osobą i ściśle się z nią łączy. Natomiast nie ma już tak wielkich i silnych pobudzeń układu nagrody i innych charakterystycznych zmian, które pojawiają się na samym początku. Praca mózgu się stabilizuje, co może być akurat dobre dla tych osób, bo życie w stanie zakochania jest bardzo trudne i może się źle skończyć.

Czy ta faza stabilizacji pracy mózgu podobna jest do stanu miłości macierzyńskiej?

Tak, miłość macierzyńską charakteryzuje bardzo silna empatia i więź. W miłości macierzyńskiej, oprócz pobudzenia struktur odpowiedzialnych za empatię, trwale zmienione jest funkcjonowanie obszarów odpowiedzialnych za krytycyzm. One u rodziców rzadko kiedy wracają do normy, co widać po tym, że rodzice nie są w stanie zaakceptować faktu, że ich dziecko mogło coś zbroić, być niegrzeczne. Mawiają zawsze: to niemożliwe, by zrobił to mój synek, córeczka...

Czy zakochanie/miłość mogą wywołać jakieś trwałe zmiany w strukturze mózgu?

W momencie, gdy tworzy się więź, kiedy zakochanie jest bardzo silne, to w pewnym sensie wytwarza się zmiana. Polega ona na tym, że tworzy się pewien wzorzec zachowania, który opiera się na byciu przy tej drugiej osobie. To przywiązanie jest pewną (można powiedzieć) reakcją warunkową, która powstaje pod wpływem nagrody towarzyszącej osobie zakochanej, gdy ta przebywa z obiektem swoich uczuć. W pewnym sensie w mózgu zachodzą w ten sposób zmiany plastyczne, które potem sprawiają, że osoba zakochana czy potem kochająca odczuwa potrzebę bycia z drugą osobą. Mówimy więc tutaj o zmianach plastycznych w skali mikro. Zmian

strukturalnych w skali makro nie należy się ich raczej spodziewać.

Zarówno mężczyźni, jak i kobiety dążą do reprodukcyjnego sukcesu. Kobiętom zależy na partnerze o jak najwyższej jakości, a mężczyznom – na jak największej ilości partnerek. Czy to, że drogi dotarcia do tego celu są różne, oznacza również, że inaczej kochają mózg kobiety i mężczyźny?

Jeśli chodzi o wzorec aktywności, jest on bardzo podobny. W tej początkowej fazie zakochania właściwie nie ma żadnych różnic pomiędzy aktywnością mózgu kobiety i mózgu mężczyzny. Aktywność różnych struktur jest podobna, natomiast to co wydaje się nieco różnić kobietę i mężczyznę, to udział dwóch neurotransmiterów – wazopresyny i oksytocyny. Neurotransmitery te warunkują stan zakochania. U zwierząt wydają się być właściwie niezbędne, by mogło dojść do wytworzenia więzi między osobnikami. Ich poziom silnie wzrasta w fazie zakochania, odgrywają podobną rolę u mężczyzny i kobiety, ale u kobiet generalnie dominuje oksytocyna, a u mężczyzn – wazopresyna. Mają one podobne działanie jeśli chodzi o zapewnianie więzi pomiędzy tymi partnerami, o dbanie o drugą osobę, ale zupełnie inne, jeśli chodzi o działanie w ciele migdałowatym. Wazopresyna jest tym neurotransmiterem, który pobudza te zachowania, które związane są ze zdobywaniem (takie jak agresywność), natomiast oksytocyna działa tutaj ewidentnie przeciwnie. Być może te drobne różnice mogą być powodem tego, że po pewnym czasie miłość ewoluuje u mężczyzny i u kobiety w trochę innym kierunku. Są to jednak na ra-

zie tylko domysły, które się pojawiają. Nie ma na to żadnych dowodów. Prawdopodobnie chodzi o coś głębszego i ten wzorec polegający na innej strategii reprodukcyjnej zakodowany jest w genach, które przekładają się na nieco inne funkcjonowanie mózgu. Tak więc ta sama aktywność różnych struktur mózgowych u mężczyzny i kobiety może prowadzić do wyzwolenia nieco innych strategii, które zapisane są w ich sieciach neuronalnych.

Skoro budowa ludzkiego mózgu nie miała szansy na drastyczną zmianę w tak krótkim czasie, skąd odmienne wzorce dobierania partnerów i znaczna różnica w czasie trwania związków pomiędzy pokoleniem dzieci, rodziców, dziadków?

Na to na pewno wpływ ma środowisko, wpływy kulturowe. Kiedyś bardzo źle postrzegane było zmienianie partnera. Kiedy wiązało się z kimś, trzeba było z nim być przez całe życie. Teraz nie ma już presji środowiska, żeby partnerzy byli razem mimo wszystko. Teraz jest presja na to, by żyć szybko, mocno. To wpływy kulturowe determinują naszą dbałość o trwałość związku pomiędzy kobietą i mężczyzną. Być może to, co możemy obserwować teraz, paradoksalnie bliższe jest naturze.

Seryjna monogamia? No właśnie. Skoro zupełnie chłodno i naukowo rozebraliśmy już miłość na czynniki pierwsze, to może mógłby Pan przywrócić jej trochę magii i zdradzić sposób na to, by trwała jednak dłużej niż przewiduje biologia?

Takim mechanizmem jest mechanizm oparty o działanie oksytocyny, która odpowiada za więź między partnerami. Im jest jej więcej, tym większa jest więź, tym silniejsza jest empatia. Oksytocyna wydzielana jest przez kontakt skóry ze skórą drugiego człowieka, więc wszelkie formy bliskości fizycznej między partnerami, począwszy od trzymania się za ręce, głaskania, przytulania, a skończywszy na stosunku płciowym są tymi mechanizmami, które powodują wzrost wydzielania oksytocyny, która nasila więź, pozwala ten związek utrzymać dłużej. Przynajmniej teoretycznie...

□

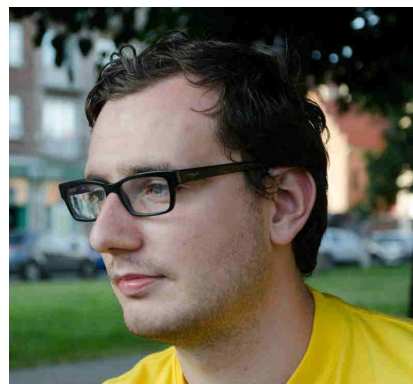


dr Wojciech Glac – neurobiolog, adiunkt w Katedrze Fizjologii Zwierząt i Człowieka Wydziału Biologii UG, laureat kilku nagród dla „Nauczyciela Roku”, organizator Dni Mózgu, pomysłodawca akcji *Krwawy Piątek – o krwi i dla krwi*, opiekun koła naukowego Homunculus. Szanowany i lubiany popularyzator nauki, który swoją rozległą wiedzę szczególnie chętnie dzieli się z młodzieżą szkolną podczas licznych wykładów, warsztatów oraz prelekcji w ramach wielu organizowanych w Trójmieście eventów oraz wizyt w szkołach. Jego zainteresowania naukowe obejmują neurobiologię uzależnień oraz immunologię, które łączy, prowadząc badania nad mechanizmami wpływu środków uzależniających na odporność.

Wiedzą, mówią – NIC nie zmieniają...

Wywiad z rzecznikiem Ministerstwa Zdrowia

Czy kiedykolwiek mieliście ochotę porozmawiać rzeczowo z kimś decyzyjnym w sprawach naszej niedalekiej, jak na razie słabo wyglądającej postudenckiej przyszłości, by rozwiązać swoje wątpliwości, uspokoić obawy i wyjaśnić niedorzeczności? Zapewne tak. Wychodzę więc naprzeciw tej potrzebie. Oto rozmowa z Krzysztofem Bąk, rzecznikiem Ministerstwa Zdrowia.



Rozmawia
Damian Świeczkowski
V rok, farmacja,
redakcja Remedium

Z rozmowy z rzecznikiem Ministerstwa Zdrowia nie wynika nic konkretnego. Może oprócz tego, że urząd zna się na obowiązującym prawie, nie ma chęci do otwartych rozmów i zmiany swojego stanowiska nawet wobec uzasadnionych postulatów. Minister Arłukowicz ani żaden z jego zastępców ostatecznie nie zgodził się na rozmowę ze mną. Słowem (pozwolę sobie napisać): wiedzą, mówią, NIC nie zmieniają...

W związku z reformą kierunku lekarskiego wkrótce mury uczelni opuści podwójna liczba absolwentów. Czy w związku z tym Ministerstwo Zdrowia zamierza zwiększyć ilość miejsc specjalizacyjnych? Jakiego kroki w tym kierunku już wykonano?

Rok 2009 – 3 500 liczba przyznanych rezydentur
2010 – 2 500
2011 – 3 342
2012 – 2 944
2013 – 3 000
2014 – 3 000
Łącznie: 18 286

Czy w związku z rozpoczęciem kształcenia modułowego zmieni się ilość, struktura oraz dostępność miejsc specjalizacyjnych?

Dlaczego istotne zmiany o charakterze systemowym, dotyczące warunków przyznawania rezydentur, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się wprowadzić w życie za pośrednictwem tzw. ustawy o budżecie?

Czy na obecnym etapie prac legislacyjnych Ministerstwo ma zamiar uwzględnić zastrzeżenia wnoszone obecnie przez Naczelną Radę Lekarską do zmian wprowadzanych ustawą o budżecie?

Ministerstwo Zdrowia corocznie stara się zapewnić na przyznawanie etatów rezydenckich znaczne środki, uznając rezydenturę za optymalną formę intensywnego i efektywnego szkolenia specjalizacyjnego, zachęcając lekarza do podejmowania szkolenia w określonej dziedzinie. W latach 2009-2014 w dziedzinach lekarskich i lekarsko-dentystycznych zostało przyznanych łącznie 18 286 miejsc rezydenckich, co oznacza, że w ww. okresie szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogło rozpocząć średnio 3000 lekarzy rocznie. Liczbę przyznanych rezydentur w latach 2009-2014 przedstawia poniższe zestawienie:

Należy podkreślić, że problem zapewnienia odpowiedniej liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy ubiegających się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego jest przedmiotem stałej troski i działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia.

Środki finansowe na kształcenie lekarzy w trybie rezydentury co roku są planowane na rok następny oraz podlegają weryfikacji i za potwierdzeniu przez Ministerstwo Finansów, dlatego to czy Ministerstwo Zdrowia będzie w stanie zabezpieczyć za 3 lata wystarczające środki na sfinansowanie większej liczby etatów rezydenckich, będzie uzależnione od sytuacji finansowej budżetu państwa. Jednocześnie, zgodnie z informacją przekazaną w exposé przez premier Ewę Kopacz, planuje się zwiększyć w 2015 roku liczbę przyznanych miejsc rezydenckich o ok. 3 500. Możliwość uruchamiania miejsc specjalizacyjnych w postępowaniach kwalifikacyjnych do rozpoczęcia specjalizacji jest ściśle zależ-



Odpowiada Krzysztof Bąk,
rzecznik Ministerstwa Zdrowia

niona od ogólnej liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w danej dziedzinie. Ministerstwo Zdrowia stara się podejmować działania prowadzące do wzrostu liczby miejsc szkoleniowych. Niemal we wszystkich dziedzinach medycyny obserwuje się systematyczny wzrost liczby miejsc szkoleniowych w jednostkach organizacyjnych uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. Wzrost ten obrazują następujące dane: w dniu 1.02.2008 r. 4 376 jednostek dysponowało 31 336 miejscami szkoleniowymi we wszystkich dziedzinach medycyny, natomiast obecnie (według stanu na dzień 11.02.2014 r.) dostępnych jest 37 356 miejsc szkoleniowych w 5 412 jednostkach szkolących, co oznacza, że w ww. okresie nastąpił wzrost liczby jednostek szkolących o 24% natomiast miejsc szkoleniowych o 19%. Trwają również prace, prowadzone wraz z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi oraz Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, nad zwiększeniem liczby jednostek akredytowanych do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego. W odniesieniu do zmiany ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 z późn. zm.) należy zaznaczyć, że rządowy projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej ma na celu ograniczenie wydatków jednostek sektora finansów publicznych oraz jest ściśle związany z rządowym projektem ustawy budżetowej na rok 2015. Regulacje ww. projektu ustawy mają charakter komplementarny i dopełniający do przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 3 września 2014 r. projektu ustawy budżetowej na rok 2015. Propozycje zmian niektórych ustaw znajdują swoje odzwierciedlenie i wymierną korelację w kwotach ujętych w projekcie budżetu państwa na przyszły rok lub wiążą się z prawidłową realizacją ustawy budżetowej na rok 2015. 7 listopada 2014 r. odbyło się pierwsze czytanie rządowego projektu o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją ustawy budżetowej na posiedzeniu Sejmu.

Czy Ministerstwo rozważa upoważnienie farmaceutów do przedłużania recept lekarskich w schorzeniach przewlekłych?

Obecnie nie są prowadzone prace zmierzające do zmian w aktualnie funkcjonującym modelu zaopatrzenia pacjentów w leki, z lekarzem jako przepisującym leki, a farmaceutą je wydającym, które miałyby polegać na umożliwieniu farmaceutom „przedłużania recept” na leki stosowane w schorzeniach przewlekłych. Ostatnie zmiany w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich, które obowiązują od września br., umożliwiły lekarzom przepisywanie recept na okres nawet czterokrotnie dłuższy

niż dotychczas (do 360 dni zamiast do 90 dni), jak również wydłużenie okresu na jaki maksymalnie mogą być jednorazowo przepisane leki na pojedynczej receptce (120 dni w miejsce 90 dni). Co więcej, już od 1 stycznia 2015 r. lekarz będzie mógł wystawić receptę bez dokonania osobistego badania pacjenta, jeżeli byłoby to uzasadnione stanem zdrowia pacjenta odzwierciedlonym w dokumentacji medycznej. Od przyszłego roku recepta będzie mogła być przekazana osobie upoważnionej przez pacjenta albo przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, bądź osobie trzeciej, jeżeli pacjent złoży w tym względzie stosowne oświadczenie podmiotowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych. Omówione modyfikacje stanu prawnego wydają się realizować postulat racjonalizacji farmakoterapii oraz odciążać zarówno pacjentów, jak i lekarzy – zwłaszcza w odniesieniu do terapii chorób przewlekłych. Ponadto w wielu państwach członkowskich UE (m.in. w Wielkiej Brytanii, Hiszpanii, Szwecji, Danii) pielęgniarki i położne mają uprawnienia do wystawiania recept. Jest to sprawdzone i bezpieczne rozwiązanie. W Polsce w ramach pakietu kolejowego uchwalono przepisy, umożliwiające pielęgniarkom i położnym wystawianie recept na niektóre leki (precyzyjne zasady zostaną określone przez ministra zdrowia w rozporządzeniu). Te zmiany zostały już przyjęte w nowelizacji ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ale zaczną obowiązywać od 2016 r.

Sytuacja farmaceutów na rynku pracy jest coraz trudniejsza. Czy Ministerstwo dostrzega problem i planuje podjąć działania w tej materii?

W odniesieniu do sytuacji farmaceutów na rynku pracy należy podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia dostrzega i docenia istotną rolę farmaceuty w systemie ochrony zdrowia. Zawód ten posiada regulacje na poziomie ustawy – ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856 z późn. zm.), która określa m.in. wymogi, jakie należy spełnić w celu wykonywania tego zawodu. Zgodnie z przepisami ww. ustawy, farmaceutą jest osoba, która w szczególności ukończyła w Rzeczypospolitej Polskiej co najmniej 5-letnie studia na kierunku farmacja, obejmujące co najmniej 6-miesięczny staż w aptece, i uzyskała tytuł zawodowy magistra oraz odbyła roczną praktykę w aptece. W związku z powyższym obowiązujące przepisy prawne zabezpieczają dostęp do wykonywania tego zawodu, uniemożliwiając podjęcie pracy w tym zawodzie osobom nieposiadającym odpowiednich kwalifikacji. Obowiązujące przepisy prawne regulują również kwestie związane z kształceniem przeddyplomowym i podyplomowym farmaceutów, co jest istotne w kontekście zapewnienia jakości tego kształcenia, a w konsekwencji – jakości realizowanych usług farmaceutycznych. Kształcenie na studiach na kierunku farmacja prowadzone jest w oparciu o standardy kształcenia uwzględnione w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2012 r., poz. 631). Należy przy tym zauważyć, że mając na uwadze autonomię programową uczelni, w gestii uczelni leży dostosowanie programów studiów, →



Ministerstwo Zdrowia

w taki sposób, aby programy studiów i kwalifikacje absolwentów nie budziły żadnych zastrzeżeń, a także przygotowywały w pełni do wykonywania poszczególnych zadań zawodowych. Celem kształcenia i przygotowania do wykonywania zawodów usytuowanych w systemie ochrony zdrowia jest optymalne przygotowanie młodzieży do aktywnego funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie a przede wszystkim do pracy zawodowej, zgodnie z możliwościami psychofizycznymi i uwarunkowaniami zmieniającego się rynku pracy. Regulacje dotyczące odbywania przez farmaceutę praktyki zawodowej w aptece ujęte są natomiast w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece (Dz. U. Nr 31, poz. 215). Wynikający z ustawy o izbach aptekarskich obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu, uregulowany jest natomiast w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie cią-



głych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. Nr 132, poz. 1238, z późn. zm.). Jednocześnie szczegółowe regulacje dotyczące kształcenia specjalizacyjnego farmaceutów ujęte są w wydanym na podstawie przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz. U. Nr 101, poz. 914, z późn. zm.). Farmaceuci, jako jedna z nielicznych grup zawodowych pracujących w systemie ochrony zdrowia, oprócz szczegółowych regulacji prawnych posiadają także samorząd zawodowy – Naczelną Izbę Aptekarską – reprezentujący zawodowe, społeczne i gospodarcze interesy tego zawodu. Ponadto w toku podjętych w Ministerstwie Zdrowia prac legislacyjnych nad projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw projektowane są także zmiany obejmujące kwestie związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty oraz kształceniem podyplomowym w tym zawodzie w ustawie – Prawo farmaceutyczne i w ustawie o izbach aptekarskich. Przyjęte w tym projekcie rozwiązania umożliwią informatyzację systemu kształcenia specjalizacyjnego farmaceutów, poprzez szerokie wykorzystanie systemów elektronicznych i środków komunikacji elektronicznej, które będą

służyły uproszczeniu i przyśpieszeniu stosowanych procedur. Takie rozwiązania spowodują m.in. ułatwienie dostępu do szkoleń specjalizacyjnych, uprządkują prowadzenie postępowań w sprawie odbywania szkoleń i składania egzaminów specjalizacyjnych, co ułatwi i uporządkuje procedury realizowane w ramach tego kształcenia. Jednocześnie, zgodnie z przyjętymi założeniami, farmaceutom zostanie wydana tzw. Karta Specjalisty Medycznego, która m.in. ma uwierzytelnić farmaceutę na potrzeby udzielania usług farmaceutycznych, jak również umożliwić dostęp do danych zawartych w systemach informacyjnych funkcjonujących na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Po szczegółowej analizie m.in. sytuacji na rynku pracy, do rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 8 sierpnia 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego (Dz. U. z 2014 r. poz. 1140), wprowadzono przepisy stanowiące, iż w roku szkolnym 2018/2019 nie prowadzi się rekrutacji kandydatów do klasy pierwszej (na semestr pierwszy) w szkołach prowadzących kształcenie w zawodzie technik farmaceutycznych, które będzie realizowane do zakończenia cyklu kształcenia. W związku z powyższym kształcenie w zawodzie technika farmaceutycznego będzie stopniowo wygaszane. W związku z powyższym, informuję, że Ministerstwo Zdrowia stale podejmuje działania mające na celu m.in. zapewnienie zarówno odpowiedniej jakości kształcenia farmaceutów, jak i optymalnych warunków do funkcjonowania farma-



ceutów w systemie ochrony zdrowia.

Czy Ministerstwo planuje zmienić tryb odwoływania się od kar nakładanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na apteki ogólnodostępne?

Obecnie nie są planowane zmiany w przepisach prawa zmierzające do zmiany sposobu odwoływania się od kar

nakładanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kary nakładane na apteki mają charakter kar umownych, nie są nakładane w drodze decyzji administracyjnych, a tym samym nie służy od nich skarga do sądu administracyjnego.

□



ZOSTAŃ BOHATEREM Z KRWI I KOŚCI!

Przyjdź i dowiedz się, jak łatwo można uratować komuś życie i dlaczego to właśnie Ty możesz być jedyną osobą na świecie, aby to zrobić.

GDZIE
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytetu Gdańskiego
ul. Bażyńskiego 4, Gdańsk

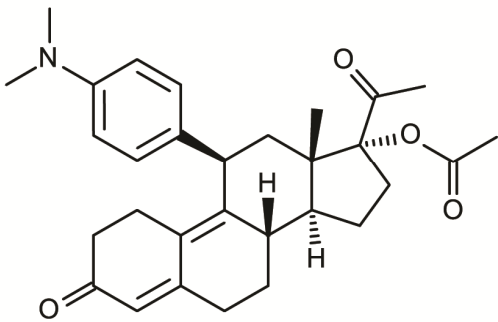
KIEDY
14 kwietnia 2015
WTOREK

Zgłoś się jako dawca szpiku oddając 4 ml krwi. Być może Twój genetyczny bliźniak właśnie czeka na Ciebie!

Damy Szpik

ORGANIZATORZY:
Kolo Naukowe Brevi Manu
www.facebook.com/BreviManu
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
www.szpik-gumed.edu.pl
Damy Szpik
www.facebook.com/DamySzpik

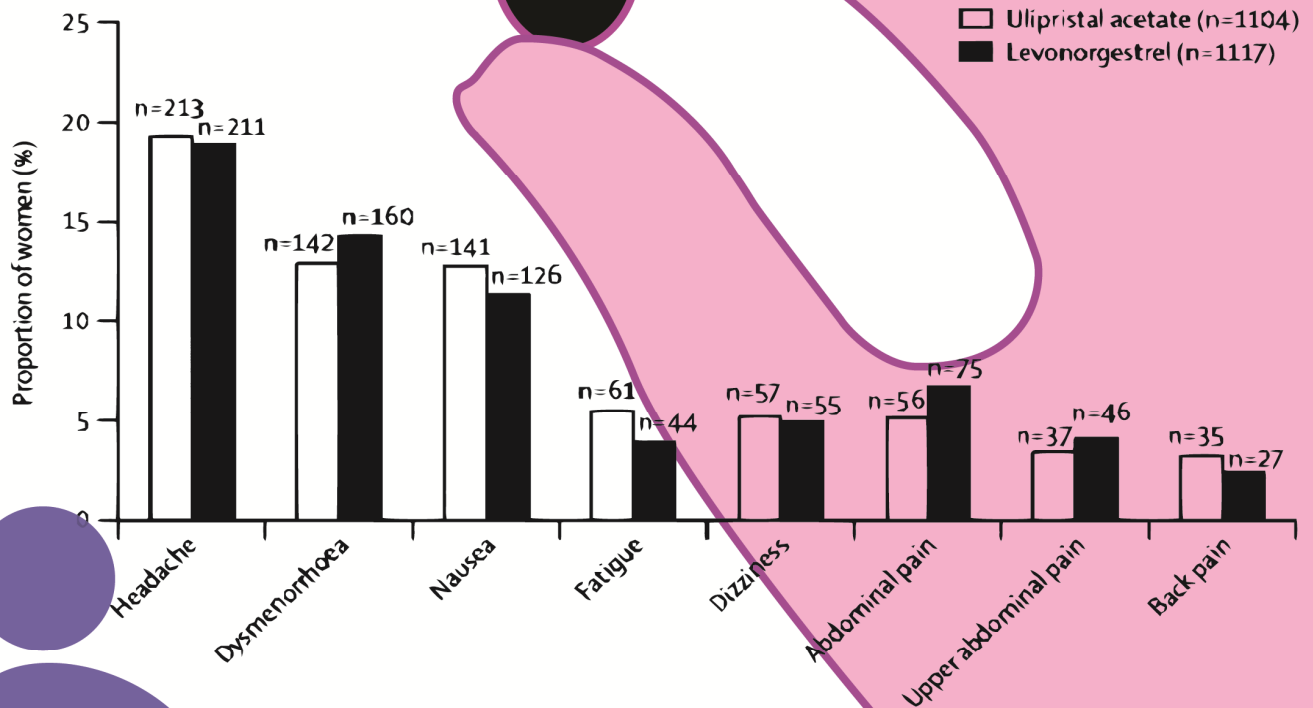
"Pigułka po" - fakty



Uliprystal
Modulator receptorów
progesteronowych.

Główne działanie - hamowanie owulacji.
Wpływa bezpośrednio na endometrium.

Częstość powikłań *



Uliprystal działa efektywnie zapobiegając ciąży w zależności od czasu przyjęcia tabletki:

do 24h - **100%** **
24 - 48h - **57%** **
48 - 72h - **61,9%** ***
72 - 96h - **57,9%** ****

W badaniach VI fazy prowadzonych od 2009 do 2013, obejmujących 1,4 mln kobiet stosujących uliprystal zanotowano **1049** nieporządkanych reakcji polekowych.

Najczęstsze to ciąża (26,9% wszystkich reakcji) i objawy z przewodu pokarmowego (13,3%) ****

* Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis, Anna F Glasier et al., Lancet, Vol 375 February 13, 2010, str. 555-562
** Progesterone Receptor Modulator for Emergency Contraception: A Randomized Controlled Trial, Mitchell D. Creinin et al, OBSTETRICS & GYNECOLOGY, VOL. 108, NO. 5, NOVEMBER 2006, str. 1089-1097
*** Ulipristal Acetate Taken 48-120 Hours After Intercourse for Emergency Contraception, Paul Fine et. al., OBSTETRICS & GYNECOLOGY, VOL. 115, NO. 2, PART 1, FEBRUARY 2010, str. 257-263
****Ulipristal acetate for emergency contraception: postmarketing experience after use by more than 1 million women, Delphine P. Levy et al., Contraception 89 (2014), str. 431-433

Pink Awareness

Z pewnością można stwierdzić, że końcówka stycznia była pełna różowego koloru, a tegoroczny *Pink Lips Project* zakończył się sukcesem! Zdjęcia różowych ust na Facebooku podczas Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy to numer jeden wśród moich koleżanek studiujących medycynę.



*P*INK LIPS Project stanowi event profilaktyczno-edukacyjny zainicjowany przez Oddział Gdańsk Międzynarodowego Stowarzyszenia Studentów Medycyny IFMSA-Poland. Ma on na celu zwrócenie uwagi na problem wysokiej liczby

zachorowań na raka szyjki macicy wśród młodych kobiet. Na znak solidarności z kobietami walczącymi z RSM propagowany zostaje symbol jedności jakim są pomalowane na różowo usta. W tym roku w Gdańsku w ramach projektu został zorganizowany wykład pt. *Rak szyjki macicy – co i jak?*, ParkRun pod znakiem różowych ust, warsztaty salsy w Dance Fusion i impreza w klubie Atelier. Pojawiły się liczne stoiska z ulotkami, przy których studenci medycyny udzielali podstawowych informacji dotyczących raka szyjki macicy. Komentarze typu *To może ja jednak zrobić cytologię* były największą nagrodą dla każdego zaangażowanego w projekt. Pomysłowe promowanie hasła TAK dla cytologii miały wszystkie Oddziały IFMSA. W Łodzi zachęcano do badań swoje mieszkanki m.in. w kinie, w Warszawie na lodowisku, a Oddział Śląsk wylądował na jodze.

500 000 kobiet na świecie zapada rocznie na raka szyjki macicy, a 270 000 umiera (WHO, 2012). Należy podkreślić, że 80% śmiertelnych przypadków odnotowano w krajach rozwijających się. W nich właśnie obserwuje się tendencję wzrostową zachorowalności na raka szyjki macicy.

Dr Olola Oneko to ginekolog pracujący w szpitalu w Moshi w Tanzanii. Wykonuje on liczne badania przesiewowe, stosując szybką metodę VIA i krioterapię, która zastępuje droższą cytologię. Ten sposób diagnozowania raka szyjki macicy został wprowadzony w 6 afrykańskich państwach w 2005 roku przez African Population and Health Research Center, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Paradoxem okazuje się to, że w szpitalu dr Oneko nie ma możliwości leczenia pacjentek z rakiem szyjki macicy. Są one odsyłane do Dar es Salam, co wiąże się z kosztami podróży, na które nie może sobie pozwolić przeciętna mieszkanka Moshi. Brakuje także wykwalifiko-

wanego personelu. Zdiagnozowane kobiety umierają w domu.

Przenieśmy się jednak do Polski, gdzie obserwuje się spadkową tendencję zapadalności na raka szyjki

macicy. Zachorowalność na ten nowotwór wynosi 3100, a roczna liczba zgonów to około 1700 (Krajowy Rejestr Nowotworów, 2010). Wskaźniki te są jednak jednymi z najwyższych w Europie. Programem Aktywnej profilaktyki raka szyjki macicy objęto kobiety w przedziale wieku 25-59 lat w 3-letnich odstępach czasu. Cytologia jest finansowana przez NFZ, niestety aż 40 % zdiagnozowanych przypadków jest bardzo zaawansowanych, gdyż pacjentki nie zgłaszają się na regularne badania.

Warto uświadamiać ludzi o profilaktyce! Wspaniale brać udział w akcjach, które przynoszą pozytywne skutki, a z całą pewnością jedną z nich jest *PINK LIPS Project!* □



Izabela Majkut

II rok, kierunek lekarski,
redakcja *Remedium*



Tajemnica geniuszu Niccolò Paganiniego

Muzyczni rywale zmieceni w proch. Sława przekraczająca marzenia każdego muzyka. Każdy koncert zakończony na jednej strunie ze smyczkiem w strzępach. Tak, to właśnie realia Niccolò Paganiniego. Czy kolejne głowy kościoła miały słuszość spekulując, że zaprzedał się diabłu i odmawiając mu chrześcijańskiego pogrzebu? Współczesna medycyna wydaje się przełamywać tajemniczość wielkiego skrzypka. Czy Paganini był chory na swój geniusz?

Dla wielu wyklęty przez Boga szaleniec, dla innych synonim perfekcji warsztatu skrzypcowego. Dla mnie osobiście budzący dreszcze wirtuoz magii muzycznej. Cokolwiek by o nim nie powiedzieć, każdy z nas słyszał jego nazwisko. Niccolò Paganini. Żyjący na przełomie XVIII i XIX wieku budził szacunek swoimi umiejętnościami i sposobem w jaki potrafił oczarować publiczność skrzypcami i smyczkiem. Wokół jego osoby mnożyły się plotki i legendy, jakoby miał paktować z diabłem, aby uzyskać takie umiejętności. Do tego stopnia, że arcybiskup Nicei, a także sam papież odmówił mu pochówku na chrześcijańskim cmentarzu. Wprowadził nowy sposób trzymania skrzypiec i liczne efekty muzyczne, których mimo wiekowości tego instrumentu nie udało się osiągnąć nikomu wcześniej. Do dziś adepci sztuki smyczkowej, fanatycznie niemal, pocą się godzinami nad jego utworami, próbując osiągnąć takie umiejętności, jak granie przez 3 oktawy na 4 strunach czy *pizzicato*¹ lewą ręką. Dlaczego nawet współcześnie uważa się że nie ma równych jemu? Jaka jest tajemnica geniuszu Niccolò Paganiniego?



Pakt z diabłem

Na sukces muzyczny skrzypka na pewno wpłynęła jego praca. Od wczesnych lat szkolnych był bowiem zmuszany przez swojego ojca do kilkunastogodzinnego ćwiczenia. Wątpliwe wydaje się jednak,

by sama determinacja doprowadziła go do takiej sławy. Wielu skrzypków jest znanych jako wirtuozowie lub perfekcjonści, lecz to właśnie postać Paganiniego jest legendarna, jakby ze skraju świata realnego. Może faktycznie to tajemniczy cyrograf jest rozwiązaniem tej zagadki.

Nemo est casu bonus²

Współcześnie istnieje jednostka chorobowa, która może (przynajmniej częściowo) wyjaśnić przyczyny umiejętności muzyka, jak i legendy, która wokół niego wyrosła. Jest nią zespół Marfana (MFS), czyli

autosomalna dominująca choroba genetyczna tkanki łącznej wynikająca z mutacji genu kodującego fibrylinę 1 (FBN1) zlokalizowanego na chromosomie 15. Osoby dotknięte tą przypadłością posiadają charakterystyczny wygląd. Na ogół są bardzo wysokie, a ich kończyny i palce są nieproporcjonalnie długie względem tułowia. Oprócz tego MFS powoduje skoliozę (boczne skrzywienie kręgosłupa), dużą ruchomość stawów, nadmierną rozciągliwość skóry, a także wypadanie soczewki (*lens dislocation*). Ponadto u chorych obserwuje się podwyższoną podatność na choroby naczyniowe, w szczególności tętniaki dużych tętnic.

Jednym z niewielu odwzorowań podobizn Paganiniego jest rycina przygotowana przez Richarda Jamesa Lane'a, użyta do stworzenia plakatu ogłaszającego wystąpienie w londyńskiej Opera House w 1831 roku. Jego postać odpowiada opisowi chorego na MFS. Nie ulega wątpliwości, że duża elastyczność stawów mogła przyczynić się do sukcesu artysty, a charaktery-



Mateusz Jankiewicz

I rok, kierunek lekarski,
Uniwersytet Medyczny
w Białymstoku



¹ Granie krótkich dźwięków szarpnięciem za struny, zwykle wykonywane ręką pociągającą smyczkiem, czyli prawą

² Nikt nie jest dobry przez przypadek, Seneka

³ National Heart, Lung and Blood Institute <http://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/mar/signs.html>

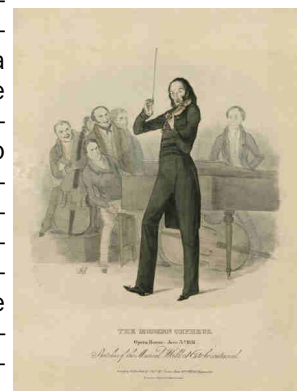
styczna postawa do powstania legend na jego temat. Sam artysta podsycił tajemniczość swojej postaci. Jak czytamy w biograficznym *Potępieniu Paganiniego* Anatolija Winogradowa, skrzypek uwielbiał ubierać się na czarno i podróżować zaprzęgiem na cztery czarne konie. Demoniczności też nadała mu stopniowa utrata uzębienia, która również mogła być powikłaniem zespołu Marfana.

Z Włoch do Francji

Poszukiwania odpowiedzi na tę zagadkę prowadzą nas do XIX-wiecznego Paryża. Tam właśnie pracuje Francesco Bennati, znany laryngologom lekarz, którego uznajemy za jednego z pionierów prac nad aparatem mowy, szczególnie w kontekście śpiewu. Co go łączy z naszym wirtuozem? Okazuje się, że Paganini od jakiegoś czasu cierpiał na dysfonię, nie mogąc wydać z siebie głosu. Ten problem zaprowadził go do paryskiego lekarza. Podczas badania Francesco Bennati był zaskoczony ogromną ruchomością stawów rąk swojego pacjenta, stwierdził także wysokie zużycie więzadeł. To daje podstawę dla jednej z teorii mówiącej o genezie zaniku mowy. Powracający paraliż aparatu mowy mógł być spowodowany poszerzeniem światła łuku aorty, charakterystycznym właśnie dla zespołu Marfana. Hipotezę łączącą te dwa schorzenia postuluje wielu naukowców na przestrzeni dziejów. Utrata mowy była faktem, o czym wiemy od innego sławnego muzyka – Hectora Berlioz. W swoich dziennikach wspominał swoje spotkanie z Niccolò Paganinim zimą 1838 roku, kiedy to 13-letni Achille Paganini przykłada ucho do ust ojca, będąc pośrednikiem w rozmowie.

Kod Paganiniego złamany

Czy jednak te wszystkie przesłanki pozwalają jednoznacznie wskazać na chorobę wirtuoza? Trudno orzec schorzenie u człowieka żyjącego niemal dwa wieki temu. Rozstrzygające byłoby badanie genetyczne. Nie ulega wątpliwości, że hipoteza o MFS, coraz chętniej dyskutowana w środowisku naukowym, mogłaby być dobrym wyjaśnieniem skłonności utalentowanego Niccolò. Duża ruchomość stawów pozwala na nowe ułożenia ręki artysty i wydobywanie nowych brzmień z instrumentu. Jednak czy to tłumaczy dlaczego Paganini potrafił dokończyć koncert na jednej strunie, gdy pozostałe w wyniku wyjątkowej ekspresji nie wytrzymały silnego uścisku i pękały? Wysłuchując się w jego muzykę próżno szukać znamion jakiegokolwiek choroby. Żaden somatyczny zespół chorobowy nie tłumaczy wyjątkowości i odkrywczości linii melodycznych oraz realizacji koncepcji muzyka. One są wytworem jego wyobraźni, a ta nie zależy od sprawności palców. Niccolò Paganini zachwyca nie tylko swoją muzyką. Jest legendą. I ciekawym przypadkiem medycznym. Postać wirtuoza z Genui skrywa jeszcze niejedną tajemnicę.



Medycy dla Afryki po raz drugi na GUMedzie!

Już 28 marca br. w sali im. Narkiewicza w Atheneum Gedanense Novum odbędzie się druga w historii naszej Uczelni konferencja *Medycy dla Afryki*. Projekt powinien być znany niektórym z Was z ubiegłego roku, kiedy to odbyła się pierwsza edycja.

Skąd ten pomysł? Przy współpracy z IFMSA-Poland powstała idea zorganizowania konferencji, na której wystąpią wolontariusze i lekarze, którzy pracowali na Czarnym Lądzie. Dzieląc się swoim doświadczeniem może natchnąć kogoś z Was do wyjazdu? A może ktoś z Was interesuje się medycyną tropikalną i chciałby poszerzyć swoją wiedzę na ten temat? W tym roku planowane są m.in. prelekcje dotyczące epidemii wirusa Ebola, a także innych chorób tropikalnych. Posłuchamy też opowieści o misji w Etiopii i dowiemy się kim są i co robią Lekarze bez Granic. To tylko niektóre z tematów, jakie szykujemy – jeśli chcecie być na bieżąco z najnowszymi informacjami o projekcie to zapraszamy na nasz fanpage na Facebooku

<https://www.facebook.com/scorpmedycydlaafryki>

Obecnie trwa również zbiórka pieniędzy do puszek na zakup leków i materiałów medycznych, które wyślemy do Daniela Kasprowicza, zeszłorocznego prelegenta i absolwenta GUMed. Przebywa on na rocznej misji na Madagaskarze, gdzie realizuje piękną akcję dożywiania dzieci. Puszki znajdziecie na terenie Uczelni, np. w holu CBM-u. Liczymy na Wasze wsparcie i widzimy się na finale akcji **28 marca br. w AGN!**



Co przyniesie przyszłość farmaceutom?

Dyskusja na temat zmian zachodzących w polskim systemie opieki zdrowotnej zawsze budzi emocje. Koniec i początek roku to okres zarówno podsumowywania zmian, jak i dokonywania nowych planów i zamierzeń. Co przyniesie nowy rok polskiej medycynie?

Felieton w ReM

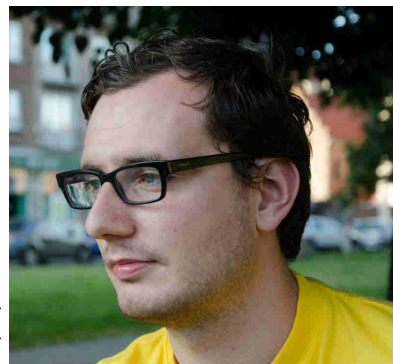
Na to pytanie pozwolę odpowiedzieć innym osobom. Rok 2015 będzie niósł za sobą niewątpliwie pakiet onkologiczny. Z uwagą pacjenci i lekarze będą obserwować nowy model opieki nad pacjentem onkologicznym. Nowe stawki kapitałowe dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy wątpliwości wobec zmian w rezydenturach dla młodych medyków będą nadawać ton dyskusji społecznej. Pozwolę sobie porozmyślać o tym co będzie gorączkować farmaceutów i studentów farmacji w nowym roku A.D. 2015. Od razu na początku podkreślam, że tekst ma charakter publicystyczny i jako taki jest subiektywnym zapisem refleksji autora.

Jak bumerang powróci temat specjalizacji dla kierowników aptek. W myśl nowego pomysłu farmaceuta, który będzie chciał zostać kierownikiem apteki ogólnodostępnej będzie musiał posiadać specjalizację z farmacji aptecznej. Pomysł bezsprzecznie podgrzeje atmosferę w polskiej farmacji. Według mnie jest wiele argumentów za, jak i przeciw temu pomysłowi. Po pierwsze brakuje konsensusu w środowisku farmaceutów. Pomysł zrodził się na wydziałach farmaceutycznych, w kręgu akademickim. Wielu aptekarzy poczuło się zepchniętych na margines procesu decyzyjnego. Sceptyczne stanowisko prezentuje również Naczelna Izba Aptekarska. Osobiście uważam, że obowiązek kształcenia ustawicznego jest niezwykle ważny. Studia powinny być początkiem naukowej drogi, a nie jej końcem! Natomiast wprowadzanie obowiązku specjalizacji, w czasach tak trudnych dla farmaceutów, jest mocno ryzykowne.



Po drugie w programie specjalizacji powinny się znaleźć treści wybitnie potrzebne kierownikom aptek. Specjalizacja nie może mieć formy kolejnej repetycji ze studiów. W programie brakuje treści związanych z marketingiem farmaceutycznym, zarządzaniem zasobami ludzkimi czy podstaw rachunkowości i kontroli finansowego.

Dużo czasu poświęcono opiece farmaceutycznej. Należy uznać to niewątpliwie za fakt pozytywny. Natomiast pozostaje pytanie: kto ma uczyć opieki farmaceutycznej? Już wkrótce mój dobry przyjaciel rozpocznie pracę zawodową w charakterze farmaceuty klinicznego w Wielkiej Brytanii. Pierwszego samodzielnego pacjenta otrzyma po roku intensywnej nauki i nabywania umiejętności praktycznych. Niewiele



Damian Świeczkowski
V rok, farmacja,
redakcja Remedium

polskich farmaceutów może na podobnym poziomie poprowadzić takie zajęcia w Polsce. Jeszcze bardziej dziwi mnie brak dyskusji w środowisku.

Panuje sytuacja przypominająca niemy krzyk – w sumie niewielu pomysł się podoba, ale rozmawiać również się nie chce... albo nie potrafi. Po umieszczeniu kilku postów odnośnie specjalizacji na profilu FB mojego roku, dyskusji praktycznie nie było. Jeżeli wynika to z braku sympatii do mnie, to jest to tylko powód, by się z tego cieszyć. Gorzej jeżeli tak ważna sprawa dla życia zawodowego farmaceutów – nikogo tak naprawdę nie interesuje.

Jak co roku powróci też pomysł apteki dla aptekarza. Nikt kto choć trochę zna się na realiach politycznych nie wątpi, że to tylko gadanie. Na tak daleko idącą zmianę, w roku wyborczym – nie pozwoli sobie żadna partia polityczna. Ostatnio na międzynarodowej konferencji farmakoekonomicznej jeden z prelegentów, uznany naukowiec i praktyk, zasugerował, że może lepiej dla polskiej farmacji byłoby gdyby rynek został zdominowany przez apteki sieciowe. Początkowo na ten pomysł się oburzyłem. Niemniej jednak, może wtedy – mocno podzielone środowisko farmaceutów – znalazłoby wspólnego wroga i mogło podjąć konsekwentne kroki dla ratowania przyszłości zawodu. Zgodnie z dewizą – co nas nie zabije, to wzmocni...

Dalej kwestia zarobków. Prognozy nie napawają optymizmem. Początkujący magister farmacji może liczyć na około 2,5 tys. zł. Oczywiście w niektórych rejonach Polski zarobki są większe, ale bardziej to wyjątek od reguły niż zasada. Powszechne jest narzekanie jakie to trudne studia, po których się nic nie ma nie mają końca. I pewnie jest w tym dużo prawdy. Człowiek decyduje się poświęcić na naukę najlepsze lata życia, traktuje studia farmaceutyczne jako inwestycje w siebie i swoją przyszłość. Jednak sytuacja patowa trwa nadal. Młodzi aptekarze chcieliby mieć większy udział w farmakoterapii pacjenta. Do tego niestety nie przygotowują studia. Również brakuje konkretnych, implementowanych rozwiązań prawnych.

Pod koniec roku pojawiają się liczne głosy oburzenia ze środowiska farmaceutów na możliwość preskrypcji leków przez pielęgniarki i położne. Idealnym miejscem do prze-

dłużania recept jest apteka. Wydawać by się mogło, że farmaceuci posiadają w tym aspekcie unikalną wiedzę o leku. Jedynym zawodem gotowym do samodzielnego ordynowania leków byli, są i będą lekarze. Dlaczego jednak zdecydowano się odebrać farmaceutom coś, co intuicyjnie przynależy do ich profesji zawodowej. Chcemy większych zarobków, większej autonomii zawodowej, a nawet większego prestiżu społecznego, ale niekoniecznie za większe obowiązki i odpowiedzialność zawodową.

Zapewne jedno się nie zmieni w nowym roku – farmaceuci, bodaj jako jedyna grupa zawodowa wśród zawodów medycznych, nie będą potrafili się zjednoczyć i walczyć o swoje. Czy po 5 latach studiów farmaceutycznych mnie to dziwi? Absolutnie nie. Na co dzień studenci walczą z zaliczaniem kolejnych przedmiotów, w wolnych chwilach mają dość farmacji i bardziej interesują się prywatnym życiem swoich koleżanek i kolegów. Moja gorzka refleksja ani niczego nie zmieni, ani nie wywoła żadnej dyskusji. *Quo vadis farmacja?* Może donikąd... □

Przychodnia Studencka **z pomocą bezdomnym**

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej mówi *każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej władze publiczne powinny zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*. Jednak polskie rozwiązania systemowe w niektórych przypadkach zawo-
dzą, powodując wykluczenie pewnych grup. Taką grupę stanowią ludzie bezdomni.



Dagmara Kaźmierczak

III rok, kierunek lekarski,

Przemysław Waszak

VI rok, kierunek lekarski

Na czym polega problem?

W ośrodku dla bezdomnych jak w soczewce skupiają się wszystkie problemy społeczno-ekonomiczne współczesnej Polski. Jesteśmy społeczeństwem pełnym drastycznych nierówności, co swoje skrajne odzwierciedlenie znajduje w sytuacji grup wykluczonych.

Wbrew obiegowym opiniom, typowy bezdomny wcale nie jest zataczającym się po mieście niedomytym alkoholikiem, rzekomo z własnej winy pozbawiony dachu nad głową. Środowisko bezdomnych jest niezwykle zróżnicowane. Znaczna część trafiła do tego stanu z powodów zewnętrznych (np. sytuacja rodzinna czy nieuczciwy pracodawca). Co smutne – zwłaszcza z punktu widzenia studentów uczelni medycznych – w wielu przypadkach przyczyną bezdomności jest strukturalna niewydolność państwowej opieki społecznej. Na bruk trafiają inwalidzi, również osoby chorujące na choroby rzadkie, dla których leczenie i opieka jest zbyt kosztowna czy czasochłonna.

Wielu spośród nich, oprócz braku domu i relacji społecznych, często nie posiada także kompetencji do funkcjonowania w ramach organizmu społecznego, →

co równa się byciu poza powszechnym systemem zdrowotnym. Pomimo faktu, że większość bezdomnych jest ubezpieczona, problemem bywa autowykluczenie.

Co smutne –
zwłaszcza z punktu widzenia studentów uczelni medycznych –
– w wielu przypadkach
przyczyną bezdomności
jest strukturalna niewydolność państwowej opieki społecznej. Na bruk trafiają inwalidzi, również osoby z chorobami rzadkimi, dla których leczenie i opieka jest zbyt kosztowna czy czasochłonna.

Co robimy?

W lutym 2014 roku stworzyliśmy przy współpracy z IFM-SA-Poland oddział Gdańsk, SKN i Kliniką Neurochirurgii oraz Komisją Młodego Lekarza przy Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku projekt o nazwie *Przychodnia Stu-*

dencka, którego celem jest ułatwienie wykluczonym grupom dostępu do podstawowej opieki medycznej.

Pomiar ciśnienia tętniczego stężenia glukozy czy uzyskanie podstawowej porady lekarskiej dla ludzi zameldowanych w schronisku dla bezdomnych często nie wymaga żadnych skomplikowanych zabiegów, a może przyczynić się do poprawy kondycji zdrowotnej w tej grupie.

Nasza inicjatywa opiera się na dwóch rodzajach aktywności. Pierwszą z nich są jednodniowe wizyty w schroniskach i domach opieki dla bezdomnych na terenie Trójmiasta. Dotychczas przeprowadziliśmy akcje w placówkach Towarzystwa Pomocy im. św. Brata Alberta w Przegalinie, Nowym Porcie i na Oruni. Podczas naszego pobytu organizujemy mini punkt medyczny, w którym każdy chętny pacjent ma mierzone podstawowe parametry życiowe oraz przeprowadzane jest badanie internistyczne. W naszym punkcie istnieje także możliwość opatrzenia ran czy zmiany wcześniejszych opatrunków. Wszystkie czynności wykonują studenci w grupach dwuosobowych – jedna osoba z lat niższych, a druga z lat wyższych kierunku lekarskiego, tak byśmy mogli przy okazji uczyć się od siebie nawzajem. Nad naszymi działaniami czuwają wspaniali lekarze, którzy poświęcają swój wolny czas, by pomóc bezdomnym, a także nam – ciągle kształcącym się przyszłym lekarzom. W tym miejscu chcielibyśmy bardzo podziękować lek. Łukaszowi Szmygłowi oraz lek. Joannie Jagiełło za towarzyszenie nam podczas akcji. Wierzmy, że nasza wspólna praca społeczna nie poszła na marne! Drugim rodzajem naszej aktywności są cotygodniowe wizyty razem z naszym zaprzyjaźnionym z nami lekarzem. W zeszłorocznej edycji był nim lek. Adam Nowak, który pracował w Stowarzyszeniu na rzecz Bezdomnych *Panakeja* Wiślinka. Podczas tych wizyt studenci pomagają doktorowi badać, diagnozować i towarzyszyć mu w pracy lekarskiej.

□

Dołącz do nas!

Każdorazowa akcja, to konkretna pomoc dla bezdomnych ale także wielka szansa na naukę. Pomagając doskonalimy badanie fizykalne oraz często mamy okazję zobaczyć pacjenta z nietypową chorobą. Zapraszamy wszystkich, którzy chcą praktykować swoje umiejętności kliniczne i na własne oczy zobaczyć z jakimi problemami zmagają się bezdomni w dzisiejszej Polsce.

Szczegółne zaproszenie kierujemy w stronę lekarzy, którzy czytając ten artykuł poczuli chęć niesienia pomocy bezdomnym. Jesteśmy otwarci na każdą formę współpracy!

Koordinаторzy lokalni Projektu: *Przychodnia Studencka*

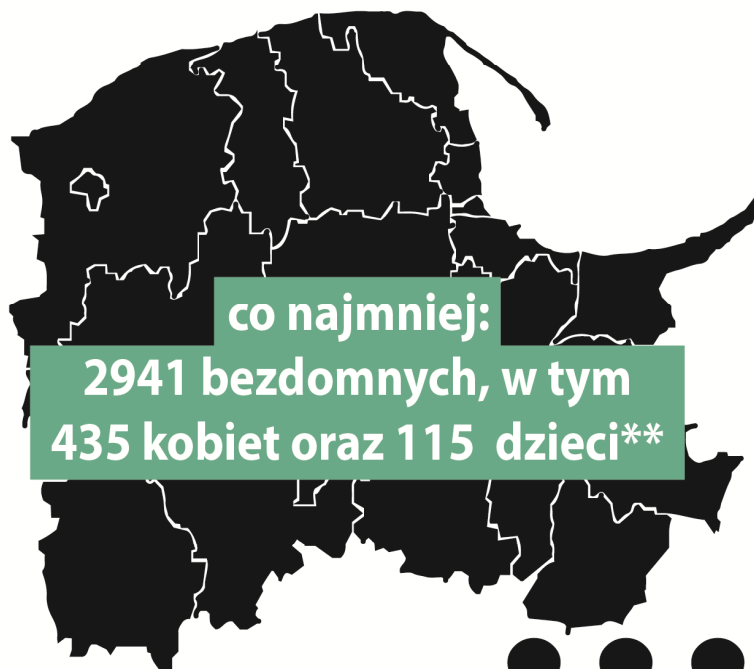
Dagmara Kaźmierczak, e-mail: d.kazmierczak@gumed.edu.pl

Przemek Waszak, e-mail: p.waszak@gumed.edu.pl

BEZDOMNI

w Województwie Pomorskim

opracowanie: Przemek Waszak



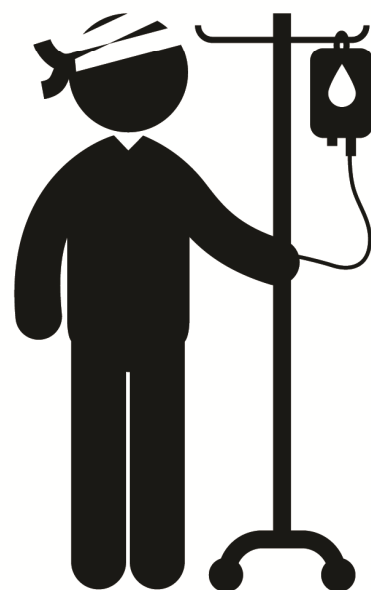
7,5
tyle średnio lat pozostają bez domu*

84%
Mężczyźni*



16%
Kobiety*

Bezdomni częściej niż reszta społeczeństwa umierają przedwcześnie z powodu **samobójstw**, **urazów** oraz zwiększonego występowania **chorób zakaźnych**, **psychicznych i uzależnień**. ***



* Maciej Dębski; *Socjodemograficzny portret zbiorowości ludzi bezdomnych województwa pomorskiego – grudzień 2007* (Raport z badań)

** Ewelina Oleksy, *Nocna akcja liczenia osób bezdomnych*, Dziennik Bałtycki [dostęp 22.01.2014]

<http://www.dziennikbaaltycki.pl/artykul/3722308,pomorze-nocna-akcja-liczenia-osob-bezdomnych-zdjecia,id,t.html>

*** Seena Fazel, John R Geddes, Margot Kushel; *The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations*, TheLancet Volume 384, No. 9953, p1529–1540, 25 October 2014

Gdy film zmienia rzeczywistość. Efekt *Bogów*

Na ekrany polskich kin 10 października 2014 r. trafił film *Bogowie* Łukasza Palkowskiego. Od premiery minęło już sporo czasu, mimo to jest on nadal wyświetlany w niektórych miastach. Szum medialny nie słabnie, wręcz przeciwnie. Coraz częściej pada sformułowanie: efekt *Bogów*. O co chodzi? Wyjaśnię, ale wszystko po kolei.

Fenomen *Bogów*

Myślę, że większość osób czytających ten artykuł już widziała film, a jeśli nie, to przynajmniej o nim słyszała. By nie było jednak najmniejszych wątpliwości... Film opowiada o początkach kariery znanego polskiego kardiologa prof. Zbigniewa Religi, który w 1985 roku przeprowadził pierwszy udany zabieg przeszczepu serca w Polsce. Jak mówią realizatorzy, nie jest to dokument, lecz opowieść, miejscami przerysowana i groteskowa, mająca na celu przybliżyć historię człowieka, który zapragnął zmienić polską kardiologię.

Bogowie to fenomen polskiej kinematografii. Do grudnia 2014 roku ponad 2,1 mln widzów zdecydowało się obejrzeć tę produkcję, to 10% dorosłych w naszym kraju. Takiego wyniku nie było od lat. Tylko kilka innych dzieł może poszczycić się takim osiągnięciem, dla przykładu *Ogniem i mieczem* i *Pan Wołodyjowski*. Co więcej, na 39 Festiwalu Filmowym w Gdyni został jednoznacznie wybrany najlepszym filmem roku. Zdobył 6 Złotych Lwów, w tym za najlepszy scenariusz, scenografię i główną rolę męską.

Polska transplantologia

Obrazy prezentowane w filmie, według lekarzy pracujących w tamtym okresie, nie odbiegają od rzeczywistości. Przez ostatnie lata Polska musiała się zmagać z wieloma problemami, brakiem odpowiednich ośrodków, wyposażenia, pieniędzy i kadry. Teraz to wygląda inaczej. Pod względem medycznym polska transplantologia jest na światowym poziomie. Mamy nowoczesne prawo dotyczące przeszczepów, coraz większe grono dobrze wyszkolonych transplantologów, odpowiedni sprzęt. Niestety nie możemy powiedzieć, że jest wspaniale. Problem tkwi nie w jakości przeprowadzonych zabiegów, a ich ilości. W Holandii, Austrii czy Czechach średnio przypada 36-40 dawców serca na milion mieszkańców, w Polsce 14-15. W 2012 r. średni czas oczekiwania na serce sięgał 18 miesięcy. Nie trzeba wspominać, że wielu pacjentów nie miało tyle czasu.

Inne zagadnienie dotyczy zbyt małej ilości pobrań narządów od żywych pacjentów. W Polsce to zjawisko jest marginalne. Mało kto decyduje się na taki krok. Bez rezultatów przebiegło wiele akcji zachęcających do zostania dawcą. Jedną z najgłośniejszych promował Przemysław Saleta, zaraz po tym jak do mediów wyciekły infor-

macje o chorobie jego córki. Całość dotyczyła się przeszczepów nerki.

Jako że czasem liczby mówią więcej niż słowa, w 2013 r. zaledwie 51 nerek przeszczepiono od żywych dawców (4% wszystkich), od zmarłych – 1094. Dla porównania w Skandynawii 40% transplantacji tego narządu to przeszczepy rodzinne. Co do czasu oczekiwania na nerkę w Polsce, od momentu wpisania na krajową listę oczekujących wynosi on średnio 9-10 miesięcy, a od momentu rozpoczęcia dializ – 2,5 roku.

Brak współpracy

Z roku na rok potrzeby są coraz większe. Wszystko jest wynikiem rozwijającej się medycyny. Ludzie żyją dłużej, więc częściej chorują. W krajach rozwijających się liczba osób zakwalifikowanych do przeszczepu jest zawsze duża. Jednak do teraz nie mówiono głośno o tym jak sobie z tym poradzić. Patrząc racjonalnie na to jak wiele osób umiera na oddziałach intensywnej opieki, trudno jest zrozumieć dlaczego nadal tak mało jest pobrań narządów od chorych, którzy już są w szpitalu.

Wina leży także po stronie lekarskiej. Wynika z braku współpracy w całym środowisku medycznym, nie tylko transplantologów, ale anestezyjologów, chirurgów itd. By polska transplantologia prawidłowo się rozwijała, konieczny jest wspólny wysiłek wszystkich trybów w tej maszynie. Identyfikacji i zgłaszania dawców, odpowiedniego wzoru postępowania. Możemy pozazdrościć Hiszpanom. Ich kraj jest światowym liderem, jeśli chodzi o liczbę pobranych narządów i transplantacji. Wypracowali sobie system nazywany: modelem hiszpańskim. Polega on na tym, że w każdym szpitalu lub regionie znajduje się koordynator do spraw transplantacji. Do głównych jego zadań należy identyfikacja dawców, rozmowa z rodziną, logistyka związana z samym zabiegiem oraz regulacja orzeczeń zgonu. Wszystko to usprawnia cały proces i zwiększa liczbę przeprowadzonych operacji.

Polska mentalność

Borykamy się z prawdziwym problemem. Mimo iż wiadome jest, że narząd pobrany od osoby zdrowej daje dużo



Małgorzata Kacprzak

III rok, lekarski,
redakcja *Remedium*



lepsze rokowanie, w Polsce bardzo silnie zakorzeniony jest strach przed byciem dawcą oraz niechęć, by nasi bliscy nim zostali. Trudno jest zrozumieć pacjentom, że np. wystarczy tylko jedna nerka, by człowiek właściwie funkcjonował. Zwykle sami chorzy nie zgadzają się na rodzinne transplantacje. Występuje tu swoisty konflikt między tym co jest w stanie zrobić rodzina dla ukochanego chorego, a co ten jest w stanie od niej przyjąć.

Efekt Bogów

Temat transplantologii nie ogranicza się już teraz tylko do grona ludzi zainteresowanych, chorych czy lekarzy. Stał się tematem większości zwykłych Polaków. Na nowo rozgorzały rozmowy. Niezwykle ciepłe przyjęcie filmu i jego popularność w nieoczekiwany sposób wpłynęła na obraz transplantologii. Pobranie narządów od zmarłego, zagadnienie jeszcze niedawno pełne negatywnych emocji i kontrowersji zmienia się. Widać dużo większe zrozumienie. Obserwuje się zmianę nastawienia w społeczeństwie. Jest mniej odmów i sprzeciwów. To swego rodzaju przełom, który był potrzebny. Ostatnimi laty w mediach przewijał się tylko negatywny obraz lekarza. Wiele afer oraz nagłościonych błędów lekarskich wpłynęło na spadek zaufania pacjentów wobec lekarzy. Jakkolwiek by to śmiesznie nie brzmiało, *Bogowie* przywrócili wiarę w ludzi. Widać to po zdecydowanym wzroście podpisów na oświadczeniach woli. Coraz większa liczba Polaków nosi ją w portfelu, obok dokumentów. Ta tendencja rośnie i cieszy. Jedynie ok. 26 tys. osób w przeciągu ostatnich lat zadeklarowało swój sprzeciw w rejestrze. Średnio to około 200 osób rocznie, jednak te liczby nie rosną i stanowią promil w naszym społeczeństwie.

Oby tak dalej

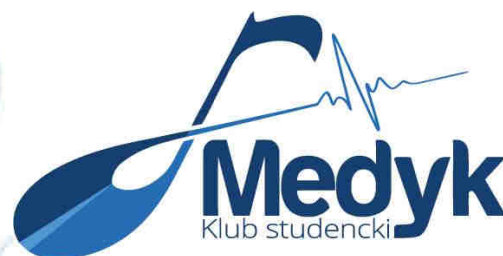
Bardzo wiele nadziei pokłada się w tym, by obecne na-

stroje na stałe się utrzymały. Zwłaszcza, że powoli wychodzimy z kryzysu wywołanego głośnym aresztowaniem transplantologa z Białegostoku, okrzykniętego „łowcą narządów” w 2007 r. W ostatnich latach też nie było kolorowo. Przez długi czas na ustach był dr Jacek Norkowski, który wydał książkę *Medycyna na krawędzi*, gdzie umieścił informację, że śmierć mózgowa nie istnieje. Niosło to zatrważające przesłanie. Każda transplantacja serca to uśmiercenie jednego pacjenta dla drugiego, dlatego należałoby zaprzestać jakichkolwiek pobrań narządów. Brak śmierci mózgowej to tego typu informacja, która musiała wywołać burzliwe dyskusje. Przez to szerokie grono o tym usłyszało. W debatę zostali włączeni nawet duchowni. Na nowo poruszano tematy poszanowania zwłok ludzkich i słuszności oddawania narządów. Przed premierą filmu *Bogowie* całkiem realny był strach przed kolejnym kryzysem i spadkiem liczby przeszczepów.

Happy end

Myślę, że każdy prędzej czy później poświęci swój czas, by obejrzeć ten film. Przestaje już tu chodzić tylko o chęć rozrywki czy fakt, że ktoś tam go polecił. Chodzi przede wszystkim o ciekawość. Ten film działał dużo więcej niż tylko 2 mln sprzedanych biletów. Do języka potocznego przechodzą nawet niektóre cytaty z filmu, przede wszystkim: *Polak Polakowi nawet klęski zazdrości* i mój ulubiony: *Noc jest normalnym dniem pracy*. Nikt z nas nie wie co będzie dalej. Czy statystyki spełnią nadzieję transplantologów, czy wyjdziemy ostatecznie z kryzysu, czy nastroje się nie zmienią? Życie to nie film, ale wydaje mi się, że i tak wszyscy mamy nadzieję w nim na *happy end*. □

W rytmie Medyka



Prezentujemy rozkład jazdy
na najbliższe 2 miesiące!

7 marca – impreza – Dzień Kobiet

13 marca – impreza – Piątek Trzynastego

19 marca – Koncert HH – Tetris/POGZ

21 marca – impreza – Dzień Wagarowicza

27 marca – Koncert Metalowy – Dzień Metalowca

28 marca – Koncert HH – Tau

17 kwietnia – impreza – PreMedykacja vol 2.0

18 kwietnia – Koncert HH – KęKę

Szczegółów szukajcie na www.facebook.com/KlubMedyk

Do zobaczenia! ;)

konkurs

edycja IV

Redaktor Naczelnej
Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej
na najlepszą studencką pracę oryginalną



Redaktor Naczelna *Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej* ogłasza IV edycję ogólnopolskiego konkursu dla studentów na najlepszą pracę oryginalną dotyczącą zagadnień z zakresu medycyny wewnętrznej. Do udziału w konkursie zapraszamy wszystkich studentów uczelni medycznych, w tym studentów studiów doktoranckich oraz studentów zagranicznych.

Autorzy 3 najlepszych prac otrzymają nagrody w wysokości **3000 zł, 2000 zł i 1000 zł**, a ich **prace zostaną opublikowane** w numerze lipcowo-sierpniowym *Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej* – czasopisma, ze stale wzrastającym wskaźnikiem *impact factor*, pozostającego w czołówce polskich czasopism klinicznych (2,052).

Prace można zgłaszać **od 1 listopada 2014 r. do 15 kwietnia 2015 r.**

Regulamin konkursu oraz zasady zgłaszania prac znajdują się na stronie www.pamw.pl.

Ogłoszenie nazwisk zwycięzców nastąpi 8 maja 2015 r. podczas XIV Krajowej Konferencji Szkoleniowej Towarzystwa Internistów Polskich w Krakowie.

Informacji udziela redakcja *Polskiego Archiwum Medycyny Wewnętrznej*:
ul. Gazowa 14a budynek C, 31-060 Kraków,
e-mail: pamw@mp.pl, tel.: (12) 21 12 229



P O L S K I E A R C H I W U M
Medycyny Wewnętrznej
POLISH ARCHIVES OF INTERNAL MEDICINE