

Przemówienie Prezesa Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii – prof. Jarosława Berenta na otwarciu XV Zjazdu Naukowego PTMSiK – Gdańsk 16 września 2010

Wielce Szanowni Goście, Drogie Koleżanki,
Drodzy Koledzy!

Spotkaliśmy się tutaj, na Ziemi Gdańskiej, aby wziąć udział w kolejnym – XV już Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii. Tym zjazdem podtrzymujemy tradycję, jaką są nasze kolejne, odbywane co trzy lata, spotkania. Ta tradycja skłania nas nie tylko do refleksji nad czasem przemijania, ale również – i to chyba najważniejsze – nad oceną wartości przedstawianych doniesień naukowych w kontekście rozwoju naszej dyscypliny.

Szanowni Państwo!

Znamy wszyscy klasyczne już definicje naszego przedmiotu mówiące o medycynie sądowej jako o nauce pomostowej, ale nie wszyscy chyba uświadamiamy sobie jeszcze jeden aspekt tej pomostowości. Chodzi mi o sposób wyrażania poglądów, który już sam w sobie musi przesądzać o konieczności odrębnej specjalizacji w naszej dziedzinie. Opinia napisana przez lekarza musi być tak przedstawiona, aby mogła być właściwie odbierana i rozumiana przez jej adresata. Osoby zajmujące się zawodowo komunikacją międzyludzką zwracają uwagę na prostą, choć rzadko uświadamianą sobie, zależność psychologiczną mówiącą, że to co chcemy powiedzieć komunikując się, czyli przekazując odbiorcy pewną informację, jest nieco odmienne od tego, co faktycznie mówimy. Ale to nie wszystko. Nasz odbiorca słyszy jeszcze trochę coś innego niż powiedzieliśmy. Dalej on

zrozumie z tego mniej niż usłyszał, a zapamięta jeszcze mniej niż zrozumiał. Tę samą zależność można sparafrazować na opiniowanie sądowo-lekarskie w taki sposób, że to co chcemy wyrazić w opinii, to nie zawsze jest to, co faktycznie w niej wyrażamy, a to jeszcze może różnić się od tego, co odczyta w tej opinii jej odbiorca. Dlatego właśnie konieczne jest specjalistyczne szkolenie medyczno-sądowe, aby uczyć lekarzy odpowiedniego sposobu przekazywania swych opinii, tak aby wiedza medyczna niezbędna dla rozstrzygnięcia sprawy została przekazana właściwie i właściwie została odebrana przez zleceniodawcę opinii. Praktyczna umiejętność takiego właśnie formułowania opinii leży u podstaw szkolenia specjalistycznego z medycyny sądowej, gdyż nie jest to wiedza i umiejętność ani nabywana w czasie studiów medycznych, ani immanentnie przypisana do zawodu lekarskiego. Wymaga ona wieloletniego praktycznego szkolenia, prowadzonego pod nadzorem doświadczonego specjalisty. I o tym musimy pamiętać myśląc o paradygmacie naszego przedmiotu, gdyż ten element definicji medycyny sądowej był, jest i zapewne będzie niezmienny, gdyż leży u podstaw jej istoty.

Medycyna sądowa jednak, pomimo tego co powiedziałem, zmienia się.

Mamy tego świadomość i musimy podążać za tymi zmianami. Zmiany te dotyczą nie tylko medycyny sądowej w Polsce, ale i w całej Unii Europejskiej, której szczęśliwie jesteśmy członkiem. Kiedy w 1987 roku – 23 lata temu –

ówczesny Prezes naszego Towarzystwa prof. Stefan Raszeja otwierał w Poznaniu VIII Zjazd, na wstępie swego wystąpienia zwrócił uwagę na dwukierunkowość zadań naszej dyscypliny – pierwszym kierunkiem były działania dla potrzeb wymiaru sprawiedliwości i organów ścigania, a drugim – jak to określił – „typowo lekarska działalność”. Wówczas tamten zjazd odbywał się pod patronatem dwóch ministrów: zdrowia i sprawiedliwości, co podkreślało tę dwukierunkowość.

Obecny zjazd ma również dwóch patronów honorowych. Jednym z nich jest Minister Sprawiedliwości Krzysztof Kwiatkowski, któremu z tego miejsca serdecznie dziękuję za patronat. Świadczy on, że medycyna sądowa jest dostrzegana także na szczytach władzy. Minister Zdrowia nie jest już jednak naszym drugim patronem. I to jest symptomatyczne. Nasza dziedzina jest bowiem coraz mniej związana – jak to wtedy określił prof. Raszeja – z „typowo lekarską działalnością”. Ale naszym patronem honorowym jest również Jego Magnificencja Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego prof. Janusz Moryś, któremu z tego miejsca szczerze dziękuję za Jego patronat, który świadczy o docenieniu roli medycyny sądowej w strukturze uczelni wyższej przy spełnianiu jej dwóch podstawowych funkcji: dydaktycznej i naukowej.

Zatem nasza dziedzina nadal jest dwukierunkowa, ale już inaczej.

Zmiany, które zaszły w medycynie sądowej, są normalnym zjawiskiem w nauce. Nie ma co ich kontestować ani oburzać się na zmieniający się świat wokół nas, lecz trzeba przyjąć te zmiany. Zmiany są nieuchronne i dotyczą nie tylko naszej dziedziny, lecz wszystkich innych. W czasach kiedy nauki sądowe powstawały, czyli przed paroma już wiekami, najpierw była jedna dziedzina wiedzy a dopiero później wydzielaty się dziedziny szczegółowe. Taką dziedziną była też wtedy medycyna sądowa wyłoniona z innych nauk lekarskich w XVIII-XIX wieku. Przypomnijmy sobie, że medycyna sądowa obejmowała wówczas także choćby psychiatrię sądową. Ale z upływem czasu ta psychiatria oddalała się coraz bardziej i dziś nikomu nie przyjdzie już do głowy łączyć ich razem. Taka jest kolej rzeczy. Dlaczego wspominam o tamtych czasach? Bo takie wydzielanie kolejnych dziedzin wiedzy nadal ma miejsce. Kiedy ja zaczynałem pracę w medycynie sądowej w 1992 roku toksykologia sądowa i genetyka sądowa czy raczej wtedy serohematologia sądowa, były bardzo bliskie medycynie sądowej. Ale dziś to są już odrębne

dziedziny wiedzy. Czy nam się to podoba, czy nie. Stało się i podział ten jest faktem dokonanym. Oczywiście te dziedziny nadal funkcjonują w ramach Katedr i Zakładów Medycyny Sądowej, ale łatwo jest sobie wyobrazić ich działanie także jako odrębnych jednostek. Tak zresztą gdzieś już się dzieje.

Medycyna sądowa zmienia się.

Symptomem tych zmian są też prace nad nowym programem specjalizacji z medycyny sądowej, których konieczność zasygnalizowałem Konsultantowi Krajowemu – pani prof. Świątek. Prace te pod Jej kierunkiem są już bardzo zaawansowane. Otrzymałem niedawno wersję roboczą projektu nowego programu i różni się ona znacząco od obecnie obowiązującego. I bardzo dobrze, bo musimy podążać za zmianami. Chciałbym także zwrócić uwagę, że European Council of Legal Medicine – organizacja skupiająca krajowe towarzystwa medycyny sądowej z państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego – podjęła obecnie działania w kierunku uznania medycyny sądowej (zwanej przez nią Legal and Forensic Medicine) jako oficjalnej specjalizacji w Unii Europejskiej, bo dotąd taką nie jest. European Council of Legal Medicine przygotowała szczegółowy opis tej specjalizacji, który obecnie jest poddawany międzynarodowej dyskusji.

Prof. Raszeja w 1987 roku wspominał o niedostatkach aparaturowych i problemach z dostępem do piśmiennictwa, który trzeba było wtedy przewycięzać, jak to ujął: „uporem, konsekwencją a nade wszystko zapalem”. Czasy się zmieniły i myślę, że część z młodszych naszych kolegów nawet nie do końca może rozumieć o co chodzi z tymi niedostatkami aparaturowymi i problemami z dostępem do piśmiennictwa. Przecież teraz wysyła się e-mailem zamówienie i na drugi dzień kurier dostarcza produkt, a piśmiennictwo jest dostępne przy własnym biurku. A właściwie nawet nie tylko przy biurku, bo własnego laptopa można uruchomić wszędzie. Tak więc te problemy szczęśliwie zniknęły. Pojawiły się oczywiście inne, ale postęp jest jednak widoczny gołym okiem. Wykorzystajmy to.

Co, moim zdaniem, jest obecnie największym problemem medycyny sądowej? Pewnie Państwo pomyślicie, że zaraz zacznę mówić o cenniku, a właściwie o braku nowego cennika itd. Nic bardziej mylnego. Dla mnie w zasadzie ten problem nie istnieje. Moim zdaniem obecne przepisy pozwalają zupełnie dobrze funkcjonować i wręcz boją się nowości w tej dziedzinie. Nowe zapisy pewnie będą nowocześniejsze,

ale czy będą lepsze? Nie sądzę. Mamy czasy wszechobecnej konkurencji i nas ona nie omi- nie. Pamiętajmy o tym i raczej szanujmy to, co mamy niż domagajmy się zmian. Co zatem jest tym problemem? Zupełnie inna kwestia. Medycyny sądowej teraz w zasadzie nie da się praktykować poza ośrodkami akademickimi. Istniejące ośrodki pozaakademickie, takie jak Zakłady w Kielcach czy w Opolu są chlubnymi wyjątkami i chylę przed nimi czoła, gdyż zdołały przetrwać w obecnej sytuacji organizacyjnej, ale one jeszcze mają jakiś fundament, na którym mogą się opierać, więc mają i tak nieco łatwiej, niż lekarze próbujący praktykować indywidualnie. Ich problemy są ogromne. I tu moim zdaniem leży nasza największa bolączka i nie można być dłużej cicho w tej sprawie. Wraz z pojawieniem się przed kilku już laty rezydenckiego systemu specjalizacji pojawili się w naszych Zakładach lekarze rezydenci. Wykształciliśmy ich i powinni oni ruszyć w Polskę, zajmując tereny, gdzie medyków sądowych nie ma, a być powinni. Niektórym się to udało, ale wielu narzeka na problemy. Ja ich rozumiem i wiem, jak trudno jest młodemu człowiekowi, który jest nowy w środowisku, przebić się przez

lokalne układy i układziki. I to jest coś, co musi być przez nas jako Towarzystwo podjęte. Inaczej przestaniemy się rozwijać. Nasza dziedzina, jeżeli chcemy przyciągać zdolną młodzież, musi być atrakcyjna. O tej atrakcyjności decydować będzie późniejsza możliwość zarobkowania, będąca pochodną łatwości znalezienia miejsca pracy. Dobrego miejsca pracy. Także pracy będącej indywidualną praktyką lekarską. I właśnie w tym kierunku powinniśmy działać. Lekarz po rezydenturze musi mieć takie warunki, aby mógł, o ile tylko chce, działać i zarobkować indywidualnie. I musi mieć w tym mocne poparcie – nasze poparcie. Jeżeli teraz czasem dowiaduję się, że Zakłady macierzyste nie mają kontaktu ze swym byłym rezydentem i nawet nie wiedzą, jakie są jego losy, to boli mnie to – tak nie może być. To trzeba zmienić. Zmienić w nas.

Szanowni Państwo!

Życzę wszystkim uczestnikom tego zjazdu wspaniałych przeżyć a organizatorom tego przedsięwzięcia jego przebiegu bez zakłóceń.

XV Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Medycyny Sądowej i Kryminologii uważam za otwarty.