KONGRES

ZDROWIE POLAKÓW 2021

RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego

KONGRES ZDROWIE POLAKÓW 2021

RAPORT

pod redakcją
prof. Henryka Skarżyńskiego

Warszawa 2022

Pod redakcją prof. Henryka Skarżyńskiego

Współautorzy: Małgorzata Andryszczyk, Piotr Andziak, Adam Antczak, Marek Balicki, Katarzyna Barna, Joanna Basiaga-Pasternak, Jerzy Bertrandt, Dariusz Białoszewski, Agnieszka Bielska-Brodziak, Marzanna Bieńkowska, Justyna Bloda, Paweł Bogdański, Janusz Bohosiewicz, Maria H. Borawska, Leszek Borkowski, Agnieszka Borowiec, Joanna Bugajska, Elżbieta Brzozowska, Małgorzata Buksińska, Adrian Chabowski, Dariusz Chajewski, Bartłomiej Chmielowiec, Alicja Chybicka, Agnieszka Chyrc, Krzysztof Czajkowski, Dariusz Czaprowski, Anna Czarnecka, Piotr Czauderna, Marcin Czech, Roman Czejarek, Anna Członkowska, Stanisław J. Czuczwar, Leszek Czupryniak, Andrzej Czyżewski, Roman Danielewicz, Justyna Dąbrowska-Bień, Anna Dembińska, Bożenna Dembowska-Bagińska, Agnieszka Dobrzyń, Izabela Domagała, Joanna Domienik-Andrzejewska, Zuzanna Donath-Kasiura, Marta Dora, Mariola Drozd, Wojciech Drygas, Sławomira Drzymała-Czyż, Władysław Duda, Dominika Dudek, Mirosława Dulat, Magdalena Durlik, Jarosław Dziadek, Daniel Dziekoński, Stanisław Dziekoński, Paweł Elbanowski, Jarosław Fedorowski, Wojciech Fendler, Anna Fijałkowska, Jarosław Filipczak, Krzysztof J. Filipiak, Urszula Fiszer, Robert Flisiak, Edward Franek, Mariusz Frączek, Adam Fronczak, Renata Furman, Małgorzata Gałązka-Sobotka, Aneta Gawlik, Ryszard Gellert, Kalina Gierblińska, Adam Giza, Jolanta Gładczuk, Mariola Głowacka, Wojciech Golusiński, Agnieszka Gonczaryk, Małgorzata Gosiewska, Renata Górska, Jarosław Górski, Szymon Grabia, Andrzej Grabowski, Iwona Grabska-Liberek, Bartosz Grabski, Beata Graff, Małgorzata Grembecka, Anna Gręziak, Radosław Grochal, Tomasz Grodzicki, Tomasz Grodzki, Monika Guszkowska, Wojciech Hanke, Dawid Harasim, Emilia Harasim-Piszczatowska, Janusz Heitzman, Ewa Helwich, Marcin Iżycki, Ewa Jabłońska, Renata Jachowicz, Marta Jakubiak, Witold Jamróz, Małgorzata Janas-Kozik, Mariusz Janikowski, Beata Jankowska-Polańska, Monika Jarzębska, Anna Jasińska, Urszula Jaworska, Wiesław W. Jędrzejczak, Michał Jędrzejek, Arleta Beata Jurczykowska, Joanna Jurewicz, Grzegorz Juszczyk, Bolesław Kalicki, Krzysztof Kałwak, Wit Kania, Beata Karakiewicz, Alicja Karney, Beata Kawala, Andrzej Kawecki, Renata Kaznowska, Agnieszka Kędra, Kornelia Kędziora-Kornatowska, Michał Kleiber, Ewa Kleszczewska, Jan Klinkowski, Krzysztof Klukowski, Teresa Kłys, Brygida Knysz, Wojciech Koch, Krzysztof Kochanek, Elżbieta Kois-Żurek, Aleksandra Kolwicz-Gańko, Sylwia Kołtan, Iwona Konarska, Małgorzata Konaszczuk, Tomasz Konopka, Krzysztof Kopeć, Danuta Koradecka, Dorota Korycińska, Barbara Korzeniowska, Dariusz A. Kosior, Andrzej Kosmol, Dariusz Kossakowski, Bożena Kostek, Anna Kostera-Pruszczyk, Joanna Kostka, Tomasz Kostka, Dariusz Kostrzewa, Jerzy Kotowicz, Tomasz Kotwicki, Paweł Kowal, Anna Kowalczuk, Karolina Kowalska, Mateusz Kozinoga, Katarzyna Kozińska, Witold Kozłowski, Paulina Krasnodębska, Maciej R. Krawczyński, Marcin Kruk, Andrzej Krupienicz, Grażyna Kruszniewska, Paweł Kruś, Maciej Krzakowski, Paweł Krzesiński, Tomasz Książczyk, Brygida Kwiatkowska, Jolanta Kujawa, Paweł Kukołowicz, Iwona Kurkowska-Jastrzębska, Adam Kurowski, Magdalena Kwaśniewska, Bartosz Kwiatek, Adrian Kwiecień, Elżbieta Lanc, Tomasz Latos, Ewa Lech-Marańda, Jacek Lewandowski, Adam Liebert, Monika Lipińska, Jan Łaszczyk, Mariola Łodzińska, Bogusław Machaliński, Piotr Maciejak, Agnieszka Maciejewska-Skrendo, Tomasz Mikołaj Maciejewski, Katarzyna Madziarska, Piotr Majcher, Andrzej Malinowski, Beata Małecka-Libera, Beata Mańkowska, Barbara Marcinkowska, Leszek Markuszewski, Wojciech Marlicz, Marek Maruszyński, Andrzej Mastalerz, Andrzej Matyja, Artur Mazur, Justyna Mazurek, Maria Mazurkiewicz-Bełdzińska, Janusz Meder, Piotr Merks, Beata Miaśkiewicz, Arkadiusz Michalak, Janusz Michalak, Piotr Mierzejewski, Marek Migdał, Magdalena Mijas, Maciej Miłkowski, Dagmara Mirowska-Guzel, Barbara Misiewicz-Jagielak, Tomasz Młynarski, Wojciech Młynarski, Hanna Mojska, Bartosz Molik, Kamal Morshed, Wojciech Moskal, Marzena Mrozek, Piotr Murawski, Marcin Mycko, Małgorzata Myśliwiec, Michał Myśliwiec, Piotr Myśliwiec, Krzysztof Narkiewicz, Dawid Nidzworski, Ewelina Nojszewska, Alojzy Z. Nowak, Joanna Nyczak, Piotr Odya, Dominik Olejniczak, Regina Olędzka, Jurek Olszewski, Monika Ołdak, Włodzimierz Opoka, Przemysław Oszukowski, Jan Pachocki, Małgorzata Pacholec, Krzysztof Paśnik, Mikołaj Pawlak, Bolesław Piecha, Mariusz Piechota, Anna Piekarska, Barbara Piekarska, Katarzyna Pietrasik, Radosław Pietrzak, Ewa Pilarska, Olga Pilarska-Siennicka, Jarosław Pinkas, Katarzyna Pinkosz, Ryszard Piotrowicz, Paweł Piwoński, Elżbieta Anna Polak, Joanna Popławska, Róża Poźniak-Balicka, Artur Prusaczyk, Piotr Pruszczyk, Krzysztof Przybył, Krzysztof Puchalski, Paweł Rabiej, Konstanty Radziwiłł, Leszek Rafalski, Danuta Raj-Koziak, Magda Rakita, Anna Ratuszniak, Tomasz Rechberger, Adam Reich, Barbara Remberk, Sylwia Rembiszewska-Piątek, Edyta Reszka, Radosław Rola, Dorota Romanowska, Tomasz Rosłonek, Iga Rudawska, Aleksandra Rudnicka, Anna Rulkiewicz, Piotr Rutkowski, Filip Rybakowski, Łukasz Salwarowski, Jerzy Samochowiec, Bolesław Samoliński, Iwona Sarzyńska-Długosz, Małgorzata Schlegel-Zawadzka, Andrzej Sęk, Halina Sienkiewicz-Jarosz, Piotr Sieroszewski, Krzysztof Simon, Piotr H. Skarżyński, Karolina Skonieczna-Żydecka, Agnieszka Skowron, Maciej Słodki, Zofia Słońska, Agnieszka Słopień, Urszula Smyczyńska, Jolanta Sobierańska-Grenda, Katarzyna Socha, Andrzej Sochal, Andrzej Sroczyński, Anna Staniszewska, Jerzy Starzyk, Bożena Stasiak, Rafał Stec, Agnieszka Stępień, Paulina Stochniałek, Łukasz Stoliński, Krystyna Strzała, Jan Styczyński, Edyta Sutkowska, Michał Sutkowski, Piotr Suwalski, Jolanta Sykut-Cegielska, Małgorzata Synowiec-Piłat, Jerzy Szaflik, Dominika Szalewska, Tomasz Szczapa, Dariusz Szczepanek, Joanna Szczepańska-Gieracha, Tomasz Szczepański, Wojciech Szczerba, Małgorzata Szczudłowska, Leszek Szenborn, Agata Szkiełkowska, Henryk Szrubarz, Urszula Szybowicz, Joanna Szyman, Anna Śliwińska, Tomasz Śmiałkowski, Grażyna Tacikowska, Ryszard Tadeusiewicz, Wiesław Tarnowski, Piotr Tederko, Krzysztof Tomasiewicz, Tomasz Trojanowski, Krzysztof Turlejski, Marcin Tyrakowski, Kamila Urbańczyk, Gertruda Uścińska, Piotr Wachowiak, Mieczysław Walczak, Jolanta Walusiak-Skorupa, Anna Warczyńska, Bożena Werner, Stefan Wesołowski, Marcin Wiącek, Adam Wichniak, Magdalena Wieczorkowska, Anna Wiela-Hojeńska, Andrzej Więcek, Maria Wilińska, Anna Wilmowska-Pietruszyńska, Piotr Artur Winciunas, Marta Wiszniewska, Cezary Włodarczyk, Marek Wojtukiewicz, Andrzej Wojtyła, Bogdan Wojtyniak, Tomasz Wolańczyk, Mariusz Wyleżoł, Romuald Zabielski, Wojciech Załuska, Krzysztof Zaremba, Danuta Zarzycka, Tomasz Zatoński, Marta Zawadzka, Tomasz Zdrojewski, Wojciech Zegarski, Wojciech Zgliczyński, Piotr Zgorzelski, Hanna Zielińska-Bliźniewska, Andrzej Ziemba, Krzysztof Zieniewicz, Mariusz Zimmer, Agnieszka Zimmerman, Dorota Żołnierczyk-Zreda, Zbigniew Żuber

Zespół redakcyjny: Agnieszka Babicz, Jolanta Chyłkiewicz, Renata Korneluk, Aleksandra Mankiewicz-Malinowska, Agata Szczygielska, Joanna Zagrodzka

Skład graficzny i przygotowanie do druku: Monika Miąskiewicz, Krzysztof Mizgalski

Zdjęcia: Maciej Nowicki, archiwum Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Wydawcy:
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa

Instytut Narządów Zmysłów
ul. Mokra 1, Kajetany, 05-830 Nadarzyn

Fundacja „Po Pierwsze Zdrowie"
ul. Mochnackiego 10, 02-042 Warszawa

© Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa 2022

ISBN 83-89087-58-8

Spis treści

7 **Słowo wstępne**

10 **Rada Programowa**

17 **Konkurs „Perspektywy Medycyny”**

25 **Uroczyste otwarcie**

37 **Debaty plenarne**

39 Sztuczna inteligencja w obecnej praktyce klinicznej
44 Zdrowie publiczne
49 Nadzór epidemiologiczny w polskiej ochronie zdrowia w okresie ostatnich 30 lat
53 Rola instytutów medycznych we współczesnej ochronie zdrowia
58 Współczesna edukacja na kierunkach medycznych
64 Globalne zagrożenia w ocenie ekspertów środowiska uniwersyteckiego
68 Działania samorządu na rzecz powszechnej profilaktyki zdrowia
92 Zdrowie Polaków – rola mediów
95 Podsumowanie debat plenarnych

97 **Panele eksperckie**

99 Przeszczepianie narządów w Polsce – sukcesy i wyzwania
101 Obecne wyzwania w neurologii i neurochirurgii
103 Onkologia i hematologia dziecięca
108 Znaczenie szybkiej diagnostyki w uzyskaniu sukcesu terapeutycznego w neurologii dziecięcej
110 Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego w dobie pandemii zakażeń koronawirusem
113 Sytuacja osób z genetycznymi schorzeniami wzroku – wyzwania dla systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej
115 Psychiatria dziecięca – stare i nowe problemy
116 Choroby mózgu – priorytet współczesnej medycyny
117 Współczesne możliwości diagnostyki i terapii zaburzeń słuchu, głosu i równowagi
122 Dług zdrowotny – młodszy brat pandemii
124 Kompleksowa rehabilitacja osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2
124 Syndemia: problemy w diagnostyce i leczeniu chorób innych niż COVID-19
127 COVID-19, nowotwory, otyłość – pandemie współczesnego świata z perspektywy chirurgii
130 Potrzeba zmian w kształceniu kadr specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii
130 Neonatologia – nowe możliwości i wyzwania
133 Praktyczne wykorzystanie telemedycyny w Polsce XXI wieku
134 Innowacje w medycynie z godłem „Teraz Polska”
138 Bezkontaktowy monitor oddechowo-krążeniowy

138 Innowacje medyczne i problemy w dobie pandemii z punktu widzenia specjalistów – wyzwania, możliwości, perspektywy
140 Telemedycyna w kardiologii dziecięcej
142 Telemedycyna – świetne projekty, a jakie efekty
144 Opieka farmaceutyczna i co dalej?
146 Współpraca z farmaceutą w celu zapewnienia bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii
151 Kondycja fizyczna dzieci i młodzieży
157 Naturalne metody wspierania odporności organizmu poprzez żywność i żywienie
169 Profilaktyka chorób przyzębia w kontekście zachowania zdrowia ogólnego
170 Zdrowie w stylu życia. Wnioski z badań socjologicznych.
174 Aplikacja wyników badań socjologicznych w rozwiązywaniu kluczowych problemów zdrowotnych Polaków
179 Zdrowotne i ogólnospołeczne znaczenie aktywności fizycznej – potęga profilaktyki
180 Rola pracodawców, mediów i Kościoła w promocji zdrowia Polaków
183 Zapotrzebowanie na usługi medyczne i niemedyczne w Polsce – rola nowoczesnej medycyny
185 Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka
186 Praca zdalna – ergonomia i zdrowie
186 Wyzwania dla zdrowia publicznego w czasie pandemii COVID-19
189 Opieka koordynowana jako ważny element budowy systemu ochrony zdrowia opartego na wartości dla pacjenta
190 Rola pacjenta w badaniu klinicznym
191 Aktualny stan leczenia HCV w polskim systemie penitencjarnym a perspektywa eliminacji WZW do 2030 roku
192 Zwierzęta w badaniach medycznych i doskonaleniu biegłości zabiegowej
193 Cele i zadania Komitetu Nauk Klinicznych PAN
196 Interdyscyplinarnie o sytuacji osób interpłciowych i transpłciowych w Polsce
200 Podsumowanie paneli eksperckich

203 Sympozja satelitarne

205 Model funkcjonowania opieki zdrowotnej na szczeblu lokalnym – maj 2021
208 Opieka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nad zdrowiem mieszkańców Dolnego Śląska w dobie COVID-19
209 Kompleksowe podejście do wsparcia zdrowia pracownika – aktualne zagrożenia środowiskowe i zawodowe
213 Spojrzenie lokalne na bezpieczeństwo zdrowia publicznego w czasach pandemii COVID-19
214 Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu
219 Kształcenie kadr medycznych w województwie pomorskim
219 Zdrowie Polaków w aspekcie kształcenia przyszłych lekarzy, pielęgniarek i położnych
232 XII Kongres Kobiet „Życie po życiu, czyli czego nauczyła nas pandemia"
235 Podsumowanie sympozjów satelitarnych

237 Wykłady ekspertów

239 Współczesne możliwości diagnostyki i terapii wad płodu. Własne doświadczenia w operacjach wad płodu z przepukliną oponowo-rdzeniową na otwartej macicy.

242 Implanty słuchowe w leczeniu zaburzeń słuchu
244 Dostęp naczyniowy do dializ – aktualne problemy i wyzwania na przyszłość
247 Szczepionki oraz leki w czasie pandemii COVID-19
249 Współczesne możliwości badania węchu i smaku
250 Zasady prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania skoliozy idiopatycznej – rekomendacje Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk
251 Wyzwania psychiatrii w czasach pandemii COVID-19
252 Choroby infekcyjne wyzwaniem XXI wieku – lekooporna gruźlica
253 Polska onkologia w dobie COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów głowy i szyi
254 Jak COVID-19 wpływa na epidemiologię zaburzeń psychicznych i zmiany w organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej?
254 Kiedy za późno jest wciąż za wcześnie
255 Szczepienia w zapobieganiu „starym" i „nowym" chorobom zakaźnym
257 Elektromiografia krtani w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej
258 E-Thrombosis, Seat Immobility Thromboembolism (SIT) – niewirusowe czynniki ryzyka zdrowia w czasie COVID-19
260 Nowoczesna diagnostyka genetyczna niedosłuchów
261 Równoległy świat leków
265 Zdrowie środowiskowe jako jeden z elementów formułowania polityki zdrowotnej państwa i programów profilaktycznych
268 Współczesne możliwości diagnostyki i terapii szumów usznych
269 Nowoczesne protezowanie słuchu
270 Narodowa Strategia Onkologiczna – podsumowanie dotychczasowych działań
273 Jak poprawić opiekę nad pacjentami z chorobami rzadkimi? Wrodzone wady metabolizmu jako choroby rzadkie
274 Rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej
276 Caritas Polska jako promotor prozdrowotnego stylu życia
280 Odpowiedzialność za bezpieczeństwo żywności – wiedza i świadomość konsumentów
280 Rola parasolowej organizacji pacjentów onkologicznych w działaniach na rzecz chorych na raka. Doświadczenie z czasów pandemii COVID-19
281 Fizyka w medycynie – fizyka medyczna
283 Bezpieczeństwo pacjenta w praktyce działania Rzecznika Praw Pacjenta
286 Możliwość/ konieczność wdrożenia w Polsce VBHC opartej na medycynie personalizowanej wykorzystującej KPIs
287 Polskie Stowarzyszenie Diabetyków – sprawdzony partner chorych na cukrzycę
288 Absencja chorobowa w latach 2019–2020 oraz działalność ZUS zapobiegająca niezdolności do pracy
291 Rehabilitacja kompleksowa – rola w aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych
301 Podsumowanie wykładów ekspertów

303 Rekomendacje

311 Afiliacje uczestników debat, paneli, wykładów, sympozjów

335 Fotogaleria

Szanowni Państwo

Otwierając pierwszy Kongres „Zdrowie Polaków" w 2019 r., byliśmy skoncentrowani na akcentowaniu osiągnięć polskiej nauki i medycyny i ich wpływu na ówczesną ochronę zdrowia. Celem było pokazanie polskich i międzynarodowych dokonań w tym zakresie oraz dysproporcji pomiędzy oceną poziomu polskiej medycyny a prezentowanym niezadowoleniem Polaków z krajowej ochrony zdrowia. Zwracałem wtedy uwagę, że celem Kongresu było także przypomnienie, aby każdy z nas dbał o swoje zdrowie, przestrzegał ustalonych wytycznych i zaleceń oraz nie oczekiwał, że wszystko w medycynie jest możliwe i natychmiast osiągalne bez własnego zaangażowania, bo takiego systemu we współczesnym świecie nie ma. Podkreślałem, jak ważne jest kształtowanie postaw prozdrowotnych w każdym środowisku i każdej grupie wiekowej.

Otwierając drugi Kongres „Zdrowie Polaków" 2020, byliśmy już po pewnych doświadczeniach związanych z pandemią COVID-19. Zwracałem wtedy uwagę na to, i podtrzymuję to z całą mocą również dziś, że wielu zagrożeń udało się uniknąć m.in. dzięki wielkiemu zaangażowaniu pracowników medycznych różnych szczebli. To Oni, nie zawsze dobrze wyposażeni, dysponujący niepełną wiedzą o skali zagrożenia, stanęli na pierwszej linii opanowania pandemii. Przypomniałem, że pielęgniarki, technicy i ratownicy medyczni, lekarze i inni specjaliści działający w ochronie zdrowia byli nagradzani oklaskami. Mówiłem również, że pracę można było wstrzymać prawie wszędzie – poza placówkami ochrony zdrowia. W jeszcze większym wymiarze mogliśmy doświadczyć skutków pandemii w jej szczycie, czyli w pierwszych miesiącach 2021 roku. Podczas Kongresu 2020 oraz w raporcie końcowym z tego wydarzenia podkreślaliśmy, jak wiele zależy od organizacji, finansowania oraz fizycznej i psychicznej kondycji specjalistycznych kadr. W swoistym „dekalogu" wraz z licznym gronem członków Rady Programowej Kongresu 2020 przedstawiliśmy szereg istotnych uwag, spostrzeżeń, zaleceń dla siebie, naszych bliskich oraz decydentów różnych szczebli, którzy mają istotny wpływ na stan ochrony zdrowia w naszym kraju. Było i jest nam wiadomo, że przedłużające się zagrożenie, które ponownie może narastać, będzie nasilało różne napięcia społeczne. Nie ominą one pracowników medycznych, ale zwątpienie i załamanie w ich szeregach może przynieść nieprawdopodobne, nieprzewidywalne następstwa. Przystępując do organizacji 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021, musieliśmy – jako jego uczestnicy, organizatorzy, beneficjenci czy obserwatorzy – uświadomić sobie pewne uwarunkowania i odpowiedzieć na kilka podstawowych pytań. Kongres nie zastąpi dialogu społecznego na szczeblu centralnym, regionalnym, w szpitalu lub rodzinie. Czy w dalszym ciągu możemy tylko apelować o współdziałanie wszystkich, którzy mają wpływ, ponad „tak zwanymi" podziałami politycznymi? Czy mówiąc, że tych podziałów nie ma, nie zaklinamy rzeczywistości? Czy wydając na swoje zdrowie coraz więcej z własnych kieszeni, będziemy zdrowi czy tylko chwilowo uspokojeni? Czy solidarność międzypokoleniowa, środowiskowa, a nawet rodzinna to już tylko hasła bez pokrycia? Przystępując do organizacji tego Kongresu, zadawałem

wielu moim rozmówcom, z którymi omawiałem ich udział, pytania o to, co możemy przekazać sobie i społeczeństwu, by polska ochrona zdrowia faktycznie, a nie deklaratywnie znajdowała się na pierwszym miejscu u wszystkich, którzy mają na nią wpływ. Zdecydowaliśmy wspólnie, że naszym celem – aktywnych uczestników tego forum – jest systematyczna edukacja społeczeństwa dotycząca wielu aspektów naszego działania. Celem jest pokazanie współczesnych możliwości medycyny i potencjalnych zagrożeń dla zdrowia i życia. Taka jest misja naszych zawodów, świadomie je wybraliśmy, ale bez wsparcia i zrozumienia nie rozwiążemy sami wielu palących problemów. W dyskusji ciągle odnosimy się do niebezpiecznych zjawisk i często je bagatelizujemy. Jeżeli w większym niż dotychczas stopniu przyjdzie nam zmierzyć się z zagrożeniem życia – na pewne refleksje może być już za późno. Motto Kongresu 2021 brzmi: „Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał i największa inwestycja na przyszłość".

3. Kongres „Zdrowie Polaków" 2021 to przede wszystkim wielki wysiłek środowiska medycznego, to największe interdyscyplinarne przedsięwzięcie w tym roku, merytorycznie odnoszące się do najważniejszych problemów ochrony zdrowia i osiągnięć polskiej medycyny. Jednocześnie to najtańsze przedsięwzięcie biorąc pod uwagę rozmiar, skalę podjętych tematów, liczbę aktywnie włączonych członków z prawie wszystkich specjalności medycznych i innych środowisk. To wielki społeczny wysiłek organizatorów i współorganizatorów – ludzi prawdziwie dobrej woli. Dziękuję im wszystkim za to, licząc, że to, co zaprezentowaliśmy online, nie pozostanie tylko w elektronicznej chmurze, ale trafi do szerokiego grona odbiorców w naszym społeczeństwie. Mamy prawo liczyć, że podczas tego Kongresu zostało pokazane to, jak aktywnie odnosimy się do ważnych problemów społecznych, oraz to, jakie i w jaki sposób rozwiązujemy problemy dla dobra wspólnego i że nie są to tylko deklaracje. Świadectwem jest także niniejszy raport, uwzględniający prawie wszystkie tematy najistotniejsze dla obecnego systemu ochrony zdrowia, do których znakomici eksperci odnosili się podczas debat, paneli, sympozjów i wykładów.

Dziękuję wszystkim, którzy włączyli się w organizację Kongresu. Dziękuję inicjatorom i organizatorom, licznym zespołom ekspertów oraz koleżankom i kolegom ze Światowego Centrum Słuchu, że zechcieli nadal realizować swoją misję, że u progu drugiego ćwierćwiecza istnienia Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu obok działalności naukowej i medycznej ważne są dla nich również inne społeczne wartości. Cieszę się, że takich zespołów w naszym kraju jest więcej.

Zapewne niektóre wnioski przedstawione pod koniec października 2021 trzeba będzie już weryfikować. Możemy to czynić na bieżąco na portalu Zdrowie Polaków (https://zdrowie-polakow.pl/), a następnie podczas 4. Kongresu pod koniec 2022 r.

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński
przewodniczący Rady Programowej Kongresu

Kongres w liczbach

8
debat plenarnych

55
paneli eksperckich

46
wykładów ekspertów

12
sympozjów satelitarnych

518
wystąpień

510
moderatorów, panelistów, wykładowców

11h 42'
debat plenarnych

108h
paneli i wykładów ekspertów oraz sympozjów satelitarnych

3890
wyświetleń na YouTube

Ponad
42 000
odbiorców na Facebooku

Rada Programowa

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Andziak

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c. Maciej Banach

Prof. dr n. med.
Maria Barcikowska

Ewa Błaszczyk-
-Janczarska
prezes fundacji Akogo?

Dr hab. n. pr.
Adam Bodnar,
prof. Uniw. SWPS

Prof. dr hab. n. med.
Janusz Bohosiewicz

Prof. dr hab. n. farm.
Maria H. Borawska

Dr n. farm.
Leszek Borkowski

Prof. dr hab. n. med.
Leonora Bużańska

Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Dr Witold Cieśla

Prof. dr hab. n. med.
Agnieszka Cudnoch-
-Jędrzejewska

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Czauderna

Red. Roman Czejarek

Ks. prof. dr hab.
Ryszard Czekalski

Prof. dr hab. n. med.
Stanisław J. Czuczwar

Prof. dr hab. n. med.
Leszek Czupryniak

Prof. dr hab. inż. dr h.c.
Andrzej Czyżewski

Prof. dr hab. n. med.
Magdalena Durlik

Prof. dr hab.
Jarosław Dziadek

Ks. prof. dr hab. n. społ.
dr h.c.
Stanisław Dziekoński

Prof. dr hab. n. med.
Katarzyna
Dzierżanowska-Fangrat

Dr hab. n. med.
Jarosław Fedorowski,
prof. UMMSC, prof.
uniw. dr med. (USA)

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof J. Filipiak,
FESC

Prof. dr hab. n. med.
Urszula Fiszer

Prof. dr hab. n. med.
Robert Flisiak

Prof. dr hab. n. med.
Mariusz Frączek

Red. Renata Furman

Dr n. ekon. Małgorzata
Gałązka-Sobotka

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Gałecki

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Gellert

Gen. dyw.
prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Gielerak

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Golusiński

Prof. dr hab. n. med.
Renata Górska

Prof. dr hab. n. med.
Iwona Grabska-Liberek

Dr Anna Gręziak

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tomasz Grodzicki

Prof. dr hab. n. med.
Marcin Gruchała

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Hanke

Prof. dr hab. n. med.
Janusz Heitzman

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Helwich

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Hryniewiecki

Dr hab.
Bernardetta Izydorczyk,
prof. UJ

Prof. dr hab. n. med.
Teresa Jackowska

Prof. dr hab. n. med.
Karina Jahnz-Różyk

Red. Marta Jakubiak

Dr Łukasz Jankowski

Anna Jasińska
rzecznik
Medycznej Racji Stanu

Urszula Jaworska
prezes Fundacji
Urszuli Jaworskiej

Prof. dr hab. n. med.
Wiesław W. Jędrzejczak

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Jurkiewicz

Dr hab. n. o zdr.
Grzegorz Juszczyk

Red. Jadwiga Kamińska

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Kawecki

Renata Kaznowska
wiceprezydent
m.st. Warszawy

Prof. dr hab. n. tech.
dr h.c. multi
Michał Kleiber

Płk prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Krzysztof S. Klukowski

Dr hab. n. med.
Sylwia Kołtan,
prof. UMK

Prof. dr hab. n. med.
Janusz Komender

Red. Małgorzata
Konaszczuk

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Konopka

Ryszard Konwerski
prezes Polskiego Klubu
Biznesu

Prof. dr hab. n. med.
Danuta Koradecka

Prof. dr hab. inż.
Bożena Kostek

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Kostka

Dr hab. n. społ.
Paweł Kowal,
prof. ISP PAN

Dr n. farm.
Anna Kowalczuk,
MBA

Dr Jerzy Koźmiński

Prof. dr hab. n. med.
Anna Krakowiak

Andrzej Kraśnicki
prezes PKOl

Prof. dr hab. n. med.
Marek Krawczyk

Prof. dr hab. n. med.
Adam Krętowski

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Krzakowski

Prof. dr hab. n. med.
Jolanta Kujawa

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Kuna

Red. Bartosz Kwiatek

Prof. dr hab. dr h.c. multi
Stefan M. Kwiatkowski

Elżbieta Lanc
Zarząd Województwa
Mazowieckiego

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Lech-Marańda

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Lewiński

Prof. dr hab. inż.
Adam Liebert

Prof. dr hab. n. med.
Jan Lubiński

Prof. dr hab. n. hum.
Jan Łaszczyk

Prof. dr hab. n. med.
Bogusław Machaliński

Dr hab. n. med.
Adam Maciejczyk

Dr n. med.
Tomasz Maciejewski

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Mackiewicz

Stanisław Maćkowiak
prezes Federacji
Pacjentów Polskich

Dr hab. n. med.
Piotr Majcher,
prof. UM w Lublinie

Prof. dr hab. n. med.
Sławomir Majewski

Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Maksymowicz

Dr n. ekon.
Andrzej Malinowski
prezydent Pracodawców RP

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Małkowski

Ewa Mańkiewicz-Cudny
prezes Naczelnej
Organizacji Technicznej

Prof. dr hab. n. społ.
Barbara Marcinkowska

Gen. bryg. (w st. spocz.)
prof. dr hab. n. med.
Marek Maruszyński

Ilona Massalska
wiceprezes fundacji
Szlakiem Tęczy

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Matyja

Dr n. przyr.
Andrzej Mądrala

Dr n. med.
Janusz Meder

Prof. dr hab. inż.
Arkadiusz Mężyk

Red. Janusz Michalak

Prof. dr hab. n. med.
Grażyna
Mielnik-Niedzielska

Mec.
Piotr Mierzejewski

Dr n. med.
Marek Migdał

Prof. dr hab. n. med.
Dagmara
Mirowska-Guzel

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Misiołek

Dr inż.
Robert Mołdach

Dr Wojciech Moskal

Prof. dr hab. n. med.
Michał Myśliwiec

Prof. dr hab. n. med.
Joanna Narbutt

Prof. dr hab. n. med.
Krzysztof Narkiewicz

Prof. dr hab. n. ekon.
Ewelina Nojszewska

Prof. dr hab. n. ekon.
Alojzy Z. Nowak

Filip Nowak
prezes NFZ

Prof. dr hab. n. med.
Dorota
Olczak-Kowalczyk

Prof. dr hab. n. med.
Jurek Olszewski

Prof. dr hab. n. med.,
prof. hon. SUM
Grzegorz Opala

Prof. dr hab. n. farm.
Włodzimierz Opoka

Prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Opolski

Prof. dr hab. n. ekon.
Krzysztof Opolski

Prof. dr hab. n. med.
Przemysław
Oszukowski

Prof. dr hab. n. farm.
Jan Pachecka

Prof. dr hab. inż.
Tadeusz Pałko

Mikołaj Pawlak
Rzecznik Praw Dziecka

Prof. dr hab. n. tech.
Lucjan Pawłowski

Dr hab. n. med. i n. o zdr.
Barbara Piekarska

Dr h.c.
Krzysztof
Pietraszkiewicz

Prof. dr hab. n. med.
Ewa Pilarska

Prof. dr hab. n. med.
Jarosław Pinkas

Red. Katarzyna Pinkosz

Prof. dr hab. n. med.
Ryszard Piotrowicz

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Ponikowski

Prof. dr hab. n. med.
Tadeusz Popiela

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Pruszczyk

Krzysztof Przybył
prezes Fundacji
Teraz Polska

Dr hab. n. med.
Robert Pudlo

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Piotr Radziszewski

Prof. dr hab. inż.
Leszek Rafalski

Prof. dr hab. n. med.
Jarosław Reguła

Irena Rej
prezes Izby
Farmacja Polska

Dr hab. n. med.
Barbara Remberk

Prof. dr hab. n. med.
Marek Rogowski

Red. Dorota
Romanowska

Prof. dr hab. n. med.
Marek Ruchała

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Witold Rużyłło

Prof. dr hab. n. med.
Bolesław Samoliński

Prof. dr hab. n. med.
Halina
Sienkiewicz-Jarosz

Prof. dr hab. n. med.
i n. o zdr. mgr zarz.
Piotr H. Skarżyński

Prof. dr hab. n. med.
Maciej Słodki

Red. Bożena Stasiak

Dr Adam Struzik
Marszałek
Woj. Mazowieckiego

Prof. dr hab.
Krystyna Strzała

Prof. dr hab. n. med.
Jan Styczyński

Krzysztof Suszek
prezes fundacji
Misja Medyczna

Dr n. med.
Michał Sutkowski

Dr hab. n. med.
Jolanta Sykut-Cegielska,
prof. IMiD

Dr n. hum.
Małgorzata
Synowiec-Piłat

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Szaflik

Prof. dr hab. n. med.
Ewa
Szczepańska-Sadowska

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Szczepański

Prof. dr hab. inż. dr h.c.
Jan Szmidt

Prof. dr hab. n. med.
Mieczysław Szostek

Red. Henryk Szrubarz

Prof. dr hab. inż.
dr h.c. multi
Ryszard Tadeusiewicz

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tadeusz Tołłoczko

Dr n. med.
Marek Tombarkiewicz

Dr n. med.
Roman Topór-Mądry

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Tomasz Trojanowski

Prof. dr hab.
Gertruda Uścińska

Prof. dr hab. n. ekon.
Piotr Wachowiak

Prof. dr hab. n. med.
Mieczysław Walczak

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy Walecki

Prof. dr hab. n. med.
Jan Walewski

Prof. dr hab. n. med.
Jolanta
Walusiak-Skorupa

Prof. dr hab. n. med.
Bożena Werner

Dr hab. n. med.
Stefan Wesołowski,
prof. IGiCHP

Prof. dr hab. n. med.
Anna Wiela-Hojeńska

Prof. dr hab. n. med.
Mirosław Wielgoś

Prof. dr hab. n. med.
dr h.c.
Andrzej Więcek

Dr Piotr Artur Winciunas
naczelny lekarz ZUS

Prof. dr hab. n. med.
Jacek M. Witkowski

Dr n. przyr.
Bogdan Wojtyniak,
prof. NIZP-PZH-PIB

Prof. dr hab. n. med.
Jerzy
Woy-Wojciechowski

Red. Monika Wysocka

Prof. dr hab. n. med.
Jacek Wysocki

Prof. dr hab.
Romuald Zabielski

Prof. dr hab. n. med.
Jacek S. Zaremba

Prof. dr hab. inż.
Krzysztof Zaremba

Prof. dr hab.
Michał Jerzy Zasada

Dr hab. n. med.
Tomasz Zatoński,
prof. UMW

Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Zdrojewski

Grzegorz Ziemniak
prezes Instytutu
Zdrowia i Demokracji

Marek Zuber
ekonomista

Dr hab. n. med.
Zbigniew Żuber,
prof. KA AFM

I EDYCJA KONKURSU
PERSPEKTYWY MEDYCYNY
ROZSTRZYGNIĘTA

Statuetki dla laureatów konkursu **PERSPEKTYWY MEDYCYNY**

Organizatorem konkursu Perspektywy Medycyny jest Rada Programowa Kongresu „Zdrowie Polaków" z głównym organizatorem Kongresu

Celem konkursu jest promowanie ekspertów, liderów i zespołów, które przyczyniają się do podnoszenia poziomu polskiej medycyny, wspierania pozytywnych zmian w ochronie zdrowia w Polsce, poprawiających jakość opieki medycznej, oraz popularyzacji postaw prozdrowotnych.

Do konkursu zostało zgłoszonych kilkadziesiąt kandydatur, projektów i programów. Kapituła konkursu oceniała osiągnięcia kandydatów w zakresie wdrażania nowatorskich pomysłów, nowych metod diagnostycznych i leczenia, które przyczyniają się do podniesienia poziomu ochrony zdrowia. Brała także pod uwagę sukcesy placówek zarządzanych przez ekspertów, nowe strategie organizacji i zarządzania w ochronie zdrowia, nowe metody diagnostyczne lub terapeutyczne służące poprawie zdrowia i jakości życia pacjentów oraz działania na rzecz unowocześniania polskiego systemu opieki zdrowotnej. Istotna przy ocenie była popularyzacja edukacji i profilaktyki zdrowotnej oraz promowanie nowatorskich programów i rozwiązań w dziedzinie medycyny.

Nagrody i wyróżnienia przyznano w sześciu kategoriach:

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA, ORGANIZACJA – OCHRONA ZDROWIA, NOWOCZESNA EDUKACJA MEDYCZNA, TELEMEDYCYNA I USŁUGI E-ZDROWIA, INNOWACJE I WDROŻENIA, PROMOCJA ZDROWIA W MEDIACH

Przyznano także dwie nagrody specjalne

NAGRODY SPECJALNE

Janusz Michalak

TERMEDIA

ZA: 25-letnią aktywną działalność na rzecz promocji zdrowia w mediach i internecie

---

PKN ORLEN

ZA: wieloletnie wspieranie programów naukowych i społecznych umożliwiających realizowanie badań przesiewowych pod kątem wczesnego wykrywania różnych chorób związanych z rozwojem cywilizacyjnym

PROFILAKTYKA ZDROWOTNA

NAGRODA

prof. dr hab. Gertruda Uścińska

Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

ZA: realizowanie akcji profilaktycznych i badań przesiewowych oraz wprowadzanie nowatorskich pomysłów, które przyczyniają się do promowania działań i zachowań prozdrowotnych wśród Polaków

---

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak

Kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

ZA: odegranie bardzo ważnej roli w procesie budowania zdrowotnej świadomości społecznej, przedstawianie konkretnych rozwiązań i zmian organizacyjnych oraz promowanie postaw prozdrowotnych wśród Polaków

---

WYRÓŻNIENIE

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik

Centrum Mikrochirurgii Oka Laser

ZA: zainicjowanie przesiewowych badań wzroku w kierunku jaskry za pomocą sztucznej, inteligentnej platformy e-jaskra

---

Instytut Matki i Dziecka

Projekt „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka"

ZA: rozwój działalności o charakterze „centrum omicznego" przy zastosowaniu unikatowej diagnostyki specjalistycznej wspierającej działalność klinik IMiD, poradni specjalistycznych i innych ośrodków medycznych w Polsce w ramach ponadnarodowego projektu „Choroby genetycznie uwarunkowane – edukacja i diagnostyka"

---

prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński

Kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz Wielkopolskiego Centrum Onkologii

ZA: dziesięcioletnią, niezmiernie skuteczną realizację Ogólnopolskiego Programu Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi, którego głównym celem jest wczesne wykrycie zmian nowotworowych, małoinwazyjne leczenie i szybki powrót do zdrowia

---

Komitet Nauk Klinicznych PAN

ZA: aktywne wspieranie wiedzą i autorytetem wszystkich edycji Kongresu „Zdrowie Polaków", realizowanie programów prozdrowotnych oraz promowanie postaw prozdrowotnych wśród Polaków

ORGANIZACJA – OCHRONA ZDROWIA

NAGRODA

prof. dr hab. n. med. Waldemar Wierzba

Dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

ZA: podjęcie wielu cennych inicjatyw związanych z pandemią, w tym organizację największego w kraju szpitala covidowego

---

gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak

Dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie

ZA: realizację pionierskich programów zdrowotnych dla pacjentów Sił Zbrojnych RP oraz zorganizowanie pierwszego od ponad 40 lat szpitala w strukturze Sił Zbrojnych RP

WYRÓŻNIENIE

Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

ZA: największą na świecie liczbę wszczepionych – w 2021 roku – różnego rodzaju implantów słuchowych w leczeniu całkowitej i częściowej głuchoty

---

prof. dr hab. n. med. Piotr Socha

Profesor pediatrii i gastroenterologii w Klinice Gastroenterologii, Hepatologii, Zaburzeń Odżywiania i Pediatrii, zastępca dyrektora ds. nauki w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" (CMHI) w Warszawie

ZA: ponad 20-letnią działalność kliniczną na rzecz walki z otyłością u dzieci w zakresie profilaktyki, oceny patomechanizmów i czynników ryzyka oraz diagnostykę i leczenie powikłań tej choroby

---

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska

Konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii oraz zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. E. Reicher

ZA: determinację i poświęcenie w upowszechnianiu skutecznych metod leczenia biologicznego w reumatologii

---

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk

Dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu kierujący ośrodkiem pilotażowym sieci onkologicznej

ZA: wdrożenie wielu nowatorskich rozwiązań, w tym wprowadzenie standaryzacji procesu leczenia pacjenta onkologicznego, analizy kompletności diagnostyki i histopatologii, pierwszego ściśle zaplanowanego systemu monitorowania jakości w onkologii w Polsce, informatyzacji opieki onkologicznej oraz innowacji systemowych

---

Artur Krawczyk

Prezes Szpitala Solec sp. z o.o.

ZA: realizowanie akcji profilaktycznych, badań przesiewowych, wprowadzanie nowatorskich pomysłów, które przyczyniają się do promowania działań prozdrowotnych, w tym m.in. za pomoc m.st. Warszawie w przygotowaniu warszawskich Punktów Szczepień Powszechnych

NOWOCZESNA EDUKACJA MEDYCZNA

NAGRODA

Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

ZA: zainicjowanie i realizację programu edukacyjnego dla lekarzy „Po pierwsze pacjent", którego celem jest zwiększenie kompetencji personelu medycznego w zakresie przestrzegania praw pacjentów oraz poprawy standardów w tym obszarze

---

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka

Dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego oraz Center of Value Based Healthcare

ZA: kierowanie licznymi, certyfikowanymi przez Uczelnię Łazarskiego, programami szkoleniowymi przeznaczonymi dla lekarzy, kadry zarządzającej w opiece zdrowotnej oraz pracowników instytucji publicznych z sektora opieki zdrowotnej

---

WYRÓŻNIENIE

Szkoła Główna Handlowa

Program Executive SGH-WUM MBA w ochronie zdrowia

ZA: pierwszy program prowadzony przez polskie uczelnie publiczne w formule Executive Master of Business Administration skierowany do sektora ochrony zdrowia

---

dr hab. n. o zdr. Grzegorz Juszczyk

Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego

ZA: rozszerzenie zespołu naukowego i działalności NIZP-PZH-PIB o badania sposobu odżywiania i prowadzenie edukacji żywieniowej

---

Krzysztof Przybył

Prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"

ZA: promowanie polskich osiągnięć naukowych, technologicznych i medycznych w Europie i na świecie poprzez przyznawanie wybitnym krajowym twórcom i markom godła „Teraz Polska"

Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

ZA: unikalne w skali kraju cykliczne zajęcia dla studentów ratownictwa medycznego pod nazwą „Ratownictwo nocą", które uczą postępowania z pacjentem w sytuacjach szczególnych, z pacjentem internistycznym czy urazowym, wyłącznie w warunkach nocnych

TELEMEDYCYNA I USŁUGI E-ZDROWIA

NAGRODA

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Aninie

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski

I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ZA: opracowanie nowoczesnej metody rehabilitacji pacjentów kardiologicznych w ramach projektu TELEREH-HF, która pozwala leczyć chorych bez ich wychodzenia z domu

WYRÓŻNIENIE

prof. dr hab. inż. dr h.c. Andrzej Czyżewski

Kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej

ZA: kierowanie zespołem specjalistów, którzy opracowali CyberRadar, czyli bezkontaktowy aparat, który umożliwia bezpieczne, bezkontaktowe monitorowanie oddechu u pacjentów, co pozwoli zwiększyć skuteczność w walce medyków z COVID-19

prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski

Kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

ZA: wyznaczanie nowych kierunków rozwoju w zakresie innowacji w kardiologii z wykorzystaniem transmisji bezprzewodowej

Konsorcjum Naukowo-Przemysłowe

W składzie: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu (lider), Wydział Inżynierii Materiałowej Politechniki Warszawskiej, Katedra Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, Katedra i Klinika Okulistyki Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Centrum Słuchu i Mowy sp. z o.o. oraz Greenfusion sp. z o.o.

ZA: stworzenie Kapsuły Badań Zmysłów, czyli zintegrowanego systemu narzędzi do diagnostyki i telerehabilitacji schorzeń narządów zmysłów (słuchu, wzroku, równowagi, powonienia, smaku) oraz narządu mowy

Institutional Representative w International Society for Telemedicine and e-Health

ZA: aktywne rozpowszechnianie na całym świecie najnowszych rozwiązań i wiedzy z zakresu telemedycyny i e-zdrowia

INNOWACJE I WDROŻENIA

NAGRODA

prof. dr hab. inż. dr h.c. Andrzej Czyżewski

Kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej

ZA: wieloletnią, interdyscyplinarną działalność i prace wynalazcze na rzecz rozwoju zastosowań technik komputerowych w medycynie

---

dr n. biol. Mariusz Ołtarzewski

Kierownik Zakładu Badań Przesiewowych i Diagnostyki Metabolicznej Instytutu Matki i Dziecka

dr hab. n. med. Monika Gos, prof. IMiD

Kierownik Pracowni Genetyki Rozwoju, Zakład Genetyki Medycznej IMiD

ZA: inicjatywę i starania, dzięki którym Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o włączeniu badań w kierunku rdzeniowego zaniku mięśni do Programu badań przesiewowych noworodków w Rzeczpospolitej Polskiej na lata 2019–2022

WYRÓŻNIENIE

dr Dagmara Szymkowicz-Kudełko

Klinika Neurochirurgii w Instytucie „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

ZA: pierwsze w Polsce użycie skanera Artec 3D do oceny leczenia małoinwazyjnego kraniosynostoz, czyli zarośnięcia jednego lub kilku szwów czaszkowych

---

prof. dr hab. Krzysztof Pyrć

Małopolskie Centrum Biotechnologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

ZA: stworzenie programu identyfikacji leków przeciwwirusowych, który zaowocował identyfikacją nowego inhibitora zakażenia koronawirusami, stosowanego obecnie w walce z SARS-CoV-2

Jakub Kraszewski, dr hab. n. med. Tomasz Stefaniak, MBA

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

ZA: wprowadzenie metodyki określonej akronimem BQMM (ang. Business, Quality, Mortality, Morbidity), czyli regularnej oceny działania poszczególnych klinik, oddziałów i unitów merytorycznych

PROMOCJA ZDROWIA W MEDIACH

NAGRODA

Daria Kwiecień
Polsat News
ZA: rzetelność i staranność, a także nowatorskie podejście do przedstawiania tematów dotyczących promocji zdrowia w mediach

---

Adam Giza
TVP
ZA: rzetelność i profesjonalizm we współtworzeniu telewizyjnych programów o tematyce medycznej: „Koronawirus. Poradnik" oraz „Zacznij od zdrowia"

WYRÓŻNIENIE

Paweł Walewski
Polityka
ZA: rzetelność i profesjonalizm w promocji zdrowia oraz w informowaniu społeczeństwa o najnowszych osiągnięciach z zakresu nauki i medycyny

---

Dorota Romanowska
Newsweek
ZA: rzetelność i profesjonalizm w informowaniu społeczeństwa o najnowszych osiągnięciach z zakresu nauki i medycyny

---

Katarzyna Pinkosz
Świat Lekarza
ZA: rzetelność i profesjonalizm w informowaniu społeczeństwa o najnowszych osiągnięciach z zakresu nauki i medycyny

---

Henryk Szrubarz
Polskie Radio Program 1
ZA: rzetelność i profesjonalizm w informowaniu społeczeństwa o najnowszych osiągnięciach z zakresu nauki i medycyny

---

Zbigniew Wojtasiński
PAP
ZA: rzetelność i profesjonalizm w informowaniu społeczeństwa o najnowszych osiągnięciach z zakresu nauki i medycyny

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

UROCZYSTE OTWARCIE

W odbywającym się w Atrium Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach uroczystym otwarciu 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" uczestniczyli:

prof. Tomasz Grodzki, Marszałek Senatu RP

Małgorzata Gosiewska, Wicemarszałek Sejmu RP

Piotr Zgorzelski, Wicemarszałek Sejmu RP
(w imieniu Wicemarszałka list odczytała dr Elżbieta Włodarczyk z IFPS)

prof. Marcin Wiącek, Rzecznik Praw Obywatelskich
(w imieniu Rzecznika wystąpił **mec. Piotr Mierzejewski**)

Mikołaj Pawlak, Rzecznik Praw Dziecka
(w imieniu Rzecznika list odczytała Justyna Oknińska-Janzen)

dr Bolesław Piecha, Wiceprzewodniczący sejmowej Komisji Zdrowia

dr Beata Małecka-Libera, Przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia

Bartłomiej Chmielowiec, Rzecznik Praw Pacjenta

prof. Romuald Zabielski, Wiceprezes Polskiej Akademii Nauk

prof. Michał Kleiber, Przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO

prof. Gertruda Uścińska, Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

dr Konstanty Radziwiłł, Wojewoda Mazowiecki
(w imieniu Wojewody list odczytała Halina Krajkowska)

Elżbieta Lanc, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego

Renata Kaznowska, Wiceprezydent m.st. Warszawy

prof. Piotr Czauderna, Przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia,
Narodowa Rada Rozwoju przy Prezydencie RP

prof. Alojzy Z. Nowak, Rektor Uniwersytetu Warszawskiego

prof. Leszek Rafalski, Przewodniczący Rady Głównej
Instytutów Badawczych

dr Andrzej Malinowski, Prezydent Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej

Mariola Łodzińska, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Patrycja Gutowska, Zastępca Dyrektora Departamentu Nauki
w Ministerstwie Edukacji i Nauki

Prof. Henryk Skarżyński otwiera 3. Kongres „Zdrowie Polaków"

Znakomitych Gości – przedstawicieli parlamentu, ministerstw i urzędów centralnych, władz samorządowych, jednostek naukowych, przedstawicieli zawodów medycznych i gospodarki – którzy zaszczycili organizatorów swoją obecnością podczas ceremonii otwarcia 3. Kongresu „Zdrowie Polaków", powitał jego gospodarz **prof. Henryk Skarżyński**, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu. – Kongres jest ważną platformą wymiany informacji i doświadczeń, nie zastąpi jednak dialogu społecznego na każdym szczeblu – centralnym, regionalnym, w szpitalu lub rodzinie – zaznaczył na wstępie swojego wystąpienia prof. Henryk Skarżyński.

– To dla mnie zaszczyt i honor wziąć udział w tym wydarzeniu, które z uwagi na osoby wykładowców, organizatorów, panelistów oraz mnogość poruszanych zagadnień z pewnością należy uznać za jedno z najważniejszych wydarzeń organizowanych w trosce o zdrowie Polaków – podkreślał podczas uroczystego otwarcia **prof. Tomasz Grodzki**, marszałek Senatu RP, który objął 3. Kongres „Zdrowie Polaków" patronatem honorowym. – Dziękuję gospodarzowi – Panu Profesorowi Henrykowi Skarżyńskiemu za to, że przygotowując program, zachęca do szczerej, otwartej dyskusji. Abyśmy – jak to Pan Profesor był uprzejmy powiedzieć – poszukiwali prawdy, a nie próbowali zakłamywać rzeczywistość, bo to nas sprowadzi na manowce – dodał marszałek Grodzki, podkreślając, że raport z tego wydarzenia powinien zostać dokładnie przeanalizowany przez decydentów różnych szczebli w polskim systemie ochrony zdrowia. – Dbać o ten system to zadanie polityków – mówił prof. Tomasz Grodzki. – Zadaniem takich wizjonerów jak prof. Henryk Skarżyński, jak liczni przedstawiciele świata medycyny, jest dbanie o to, aby kształt tego systemu był jak najlepszy. Natomiast zadaniem polityków jest nie przeszkadzać, tylko wspierać, pomagać, zapewnić pracownikom systemu ochrony zdrowia oraz pacjentom poczucie bezpieczeństwa oraz poczucie, że leczenie w Polsce jest na odpowiednim poziomie, terminowe i dobrze finansowane, abyśmy nie zderzali się z falą młodych lekarzy, którzy chcą opuszczać nasz kraj.

Pandemia koronawirusa odcisnęła na systemie ochrony zdrowia straszliwe piętno. Warto przypomnieć, jak wielu lekarzy, pielęgniarek, ratowników i przedstawicieli innych specjalności oddało życie po to, aby nas ratować. Ta ofiara nigdy nie powinna zostać zapomniana. Tymczasem zbyt wiele Polek i Polaków podchodzi niefrasobliwie do zdrowia. Z jednej strony klaszczemy medykom, z drugiej odmawiamy im finansowania, z trzeciej mniej lub bardziej dyskretnie wspieramy antyszczepionkowców. To jest nie do zaakceptowania. Z tego miejsca apeluję do społeczeństwa: szczepcie się! Bo to jedyna metoda opanowania pandemii – mówił marszałek Tomasz Grodzki, przypominając, że Senat RP ustanowił rok 2021 rokiem pracowników ochrony zdrowia. To hołd dla wszystkich, którzy znowu wracają na pierwszą linię frontu walki z pandemią i walki o zdrowie Polek i Polaków.

– Motto Kongresu „Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał i największa inwestycja na przyszłość" wyraźnie wyznacza perspektywę, w której będą toczyć się liczne debaty i dyskusje – mówiła z kolei podczas otwarcia **Małgorzata Gosiewska**, wicemarszałek Sejmu RP. – Kapitał ten trzeba systematycznie i z wytrwałością budować w porozumieniu różnych środowisk, sił politycznych

◀ Prof. Tomasz Grodzki, marszałek Senatu RP, podczas uroczystości otwarcia

▶ Wystąpienie Małgorzaty Gosiewskiej, wicemarszałek Sejmu RP

i społecznych. W porozumieniu, a nie rywalizacji, nie wykorzystując tego tematu do sporu politycznego – zaznaczała Małgorzata Gosiewska, podkreślając, że sprawnie działający system ochrony zdrowia to zadanie o znaczeniu narodowym, budowany ponad podziałami politycznymi. – Mam nadzieję, że ta publiczna debata nad jedną z najważniejszych dziedzin naszego życia będzie skłaniała do pogłębionej refleksji społecznej, poruszy świadomość Polaków zgodnie z myślą Arthura Schopenhauera „Zdrowie nie jest wszystkim, ale bez zdrowia wszystko jest niczym". Liczę, że Kongres pomoże w utrwaleniu tej myśli w publicznej świadomości – podkreślała wicemarszałek Małgorzata Gosiewska.

Podczas Kongresu odczytano list do organizatorów napisany przez wicemarszałka Sejmu RP **Piotra Zgorzelskiego**, w którym zaznaczał m.in.: *Inicjatywa 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" to niezwykle cenne przedsięwzięcie na wielu płaszczyznach. Przede wszystkim tworzy przestrzeń wymiany myśli wielu środowisk – ekspertów, naukowców, decydentów publicznych, pacjentów. Jest to swoisty okrągły stół, gdzie w procesie burzy myśli, można opracowywać dobre praktyki, doszukiwać się scenariuszy rozwiązań trudnych sytuacji. To forum, gdzie teoretycy odpowiedzialni za organizację systemu ochrony zdrowia mają niecodzienną okazję zweryfikowania swoich pomysłów organizacyjnych z doświadczonymi praktykami. Tworzy to niecodzienną okazję do wspólnych ustaleń, weryfikacji założeń i procedur, które mogą dać wymierne korzyści całemu systemowi opieki zdrowotnej* (list na str. 35).

Kolejne wystąpienia wskazywały na to, jak wielkie nadzieje różnych środowisk wzbudzają obrady Kongresu, który przy rosnących problemach ochrony zdrowia stał się platformą wymiany poglądów i okazją do dyskusji dotyczącej naprawy całego systemu.

– Kongres to jedno z najważniejszych wydarzeń w zakresie profilaktyki zdrowia – podkreślał podczas otwarcia **mec. Piotr Mierzejewski**, zabierający głos w imieniu rzecznika praw obywatelskich **prof. Marcina Wiącka**. – Szeroko rozumiana kwestia zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, prawa pacjenta, jak również sytuacja pracowników służby zdrowia i finansowanie systemu stanowią obszar działań rzeczników praw obywatelskich kolejnych kadencji. Prof. Marcin Wiącek także uznał ochronę zdrowia za jeden z priorytetów. W biurze rzecznika trwają obecnie prace nad raportem COVID-19, poruszającym m.in. takie tematy jak opieka zdrowotna pacjentów niecovidowych, prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego pacjenta, sytuacja w szpitalach w trakcie kolejnych fal pandemii, brak efektywnej koordynacji pogotowia ratunkowego. Z uwagi na tragiczną sytuację w psychiatrii, którą dramatycznie pogorszyła pandemia, rzecznik postanowił o reaktywacji Komisji Ekspertów ds. Ochrony Zdrowia Psychicznego. Jednym z nowych zagadnień, które będą przedmiotem troski rzecznika, jest postępowanie z ofiarami przemocy domowej i seksualnej, które trafiają do placówek medycznych nie tylko po popełnieniu czynu karalnego, lecz także po pewnym czasie – zapowiedział mec. Piotr Mierzejewski.

Winston Churchill powiedział kiedyś, że zdrowie obywateli to największy atut, jaki może mieć każdy kraj. Te słowa są szczególnie aktualne w czasie pandemii, kiedy trwa walka (wierzę, że będzie wygrana) o zdrowie i życie wszystkich ludzi na ziemi. Zdrowie bowiem to największe bogactwo, jakie każdy

z nas może mieć, napisał **Mikołaj Pawlak,** rzecznik praw dziecka, w liście odczytanym przez **Justynę Oknińską-Janzen**, głównego specjalistę w Zespole Spraw Społecznych. *Nieuleczalnych chorób nie pokonamy, ale dzięki wiedzy i doświadczeniu wybitnych naukowców, lekarzy, ekspertów z różnych dziedzin medycyny, ekonomistów, przedstawicieli ministerstw, urzędów państwowych, uczelni oraz organizacji pacjenckich, dzięki wam wszystkim, możemy podjąć skuteczną walkę o poprawę kondycji zdrowotnej Polaków. Jestem rad, że mogę zwrócić się do uczestników Kongresu „Zdrowie Polaków" – inicjatywy niezwykle wartościowej, dającej pole do wymiany doświadczeń i wiedzy – z podziękowaniami za dotychczasową pracę na rzecz poprawy opieki zdrowotnej w Polsce. Wnioski z 3. Kongresu będą stanowiły asumpt, w szczególności dla organów władzy publicznej, do podejmowania aktywności na rzecz zdrowia Polaków, ponieważ sytuacja w kraju związana z epidemią niekorzystnie odbiła się na wielu aspektach zdrowia obywateli, w tym dzieci, oraz uwypukliła od lat narastające problemy i niedostatki polskiego systemu ochrony zdrowia. Na wielu oddziałach dziecięcych w szpitalach doszło niestety do znacznego ograniczenia prawa małoletniego hospitalizowanego pacjenta do kontaktu osobistego z osobami bliskimi. Jeszcze ostrzej zarysowała się kwestia komunikacji personelu medycznego z rodzicami chorych dzieci. W czasie pandemii rodzice przebywający w szpitalu zdani byli w zasadzie wyłącznie na informacje przekazywane im często w formie zdalnej przez personel medyczny. Ta wyjątkowa sytuacja okazała się egzaminem z człowieczeństwa i empatii, gdzie w sytuacjach zagrożenia, wielkiego stresu i niewiadomej kluczowe znaczenie odgrywał czynnik ludzki. W tym czasie Biuro Rzecznika Praw Dziecka odnotowało wiele sygnałów z całego kraju dotyczących zastrzeżeń wynikających właśnie z nieprawidłowej lub zaburzonej komunikacji na linii osoba wykonująca zawód medyczny a opiekun lub rodzic dziecka. Analiza badanych w tym zakresie spraw prowadzi do jednoznacznych wniosków: trudne warunki związane z epidemią, konfrontacja z poważnym zagrożeniem życia i zdrowia, a także poczucie bezsilności miały bezpośredni i niestety negatywny wpływ na relację pomiędzy personelem medycznym a pacjentami i ich najbliższymi. Wzajemne niezrozumienie wynikające z niewłaściwej komunikacji prowadziło często do sytuacji konfliktowych, wzajemnego obwiniania, zarzucania złej woli oraz przejawów braku szacunku i empatii. Każdy członek personelu medycznego oprócz posiadania odpowiedniej wiedzy i umiejętności praktycznych musi również poradzić sobie w ciężkich, często niezwykle stresujących sytuacjach. Jego obowiązkiem jest odnoszenie się z szacunkiem zarówno wobec pacjentów, jak i wobec członków ich rodzin, także wówczas gdy przychodzi się mierzyć z sytuacjami potęgującymi odczuwane zmęczenie psychiczne i fizyczne. Dlatego tak istotne jest uwzględnienie edukacji na kierunkach medycznych zagadnień związanych zwłaszcza z komunikacją z pacjentem, osobami mu bliskimi, jak też radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w tym kontakcie. Poczucie empatii nie powinno być oceniane jako oznaka słabości. Praca z małoletnim pacjentem, jak żadna inna, wymaga dużej wrażliwości oraz szczególnych umiejętności interpersonalnych i komunikacyjnych. Obowiązek prowadzenia empatycznej rozmowy z rodzicami pacjenta wynika z ogólnie przyjętych norm społecznych i etycznych. Wykonywanie zawodu*

▲ Wystąpienie dr Beaty Małeckiej-Libery, przewodniczącej senackiej Komisji Zdrowia

◄ Na łączach dr Bolesław Piecha, zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia

medycznego wiąże się z wielką odpowiedzialnością, stresem i często koniecznością podejmowania bardzo trudnych decyzji. Dlatego tak istotne jest systemowe wprowadzenie wsparcia chociażby w postaci szkoleń, dotyczących relacji międzyludzkich, szkoleń z zakresu komunikacji z pacjentem czy radzenie sobie z trudnymi emocjami. Trudne warunki związane z epidemią, zagrożenie życia i zdrowia sprawiły, że poczucie bezsilności miało negatywny wpływ na relacje między personelem medycznym a pacjentami i ich najbliższymi. Mam nadzieję, że podnoszone podczas tego Kongresu kwestie dbałości o dobrą komunikację personelu medycznego z dziećmi przyczynią się do poprawy tej sytuacji, co niewątpliwie będzie miało wpływ na proces zdrowienia małych pacjentów.

– Zdrowie Polaków to zdrowie każdego z nas – mówił **dr Bolesław Piecha**, zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia, podkreślając, że w ostatnich latach kwestia zdrowia publicznego umykała uwadze. – Przypomnieliśmy sobie o nim, kiedy świat pogrążył się w pandemii. Okazało się wówczas, że sukcesy medycyny naprawczej to za mało, aby mieć poczucie sukcesu – podkreślał dr Bolesław Piecha, dodając, że w zdrowiu publicznym ważne są przede wszystkim promocja zdrowia, profilaktyka i jej zrozumienie. – Poziom wyszczepienia odpowiada zrozumieniu Polaków, czym jest zdrowie publiczne – mówił dr Bolesław Piecha, zachęcając uczestników Kongresu do dyskusji, co robić, aby świadomość społeczną dotyczącą zdrowia publicznego podnieść na wyższy poziom.

Podobny wydźwięk miało wystąpienie **dr Beaty Małeckiej-Libery**, przewodniczącej senackiej Komisji Zdrowia: – Cieszę się, że Kongres stawia nacisk na słowo „zdrowie". To profilaktyka może prowadzić do zdrowia społeczeństwa, do zmniejszenia cierpienia, a także do zmniejszenia obciążenia systemu. Opieka zdrowotna to nie tylko system i organizacja, lecz także zdrowie publiczne, które przez wiele lat było w cieniu medycyny naprawczej. – W definicji „zdrowia publicznego" mowa jest o nauce i sztuce, które zapobiegają chorobom. Nauki i sztuki w tym Instytucie nie brakuje – mówiła dr Beata Małecka-Libera, zwracając się do prof. Henryka Skarżyńskiego. Jej zdaniem pandemia pokazała, jak mało społeczeństwo wie, jak dbać o zdrowie i unikać zagrożeń. Natomiast wypracowanie skutecznego sposobu pozwalającego dotrzeć do szerokich kręgów społecznych z wiedzą o zdrowiu to jedno z zadań Kongresu.

Kadry medyczne to drugi z najistotniejszych obecnie, zdaniem senator Beaty Małeckiej-Libery, tematów z zakresu ochrony zdrowia. Jak wspomóc medyków? W jaki sposób zapewnić im godne warunki pracy, a jednocześnie doprowadzić do sytuacji, w której społeczeństwo będzie miało dostęp do diagnostyki i profilaktyki? To pytania, które stawiała przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia.

– Podobnie jak przedmówcy minister **Bartłomiej Chmielowiec**, rzecznik praw pacjenta, podkreślał, że pandemia pokazała nam, jak wiele jest jeszcze do zrobienia w systemie ochrony zdrowia. – Pacjenci znaleźli się w bardzo trudnej sytuacji, nieznanej w ostatnich latach. Zdaję sobie sprawę, przed jak wielkim wyzwaniem stoimy – mówił, zwracając uwagę na dwa zagadnienia: dostępu do świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwa pacjenta. – O bezpieczeństwie

▲ Otwarcie Kongresu. W studiu prof. Henryk Skarżyński, na łączach: prof. Alojzy Z. Nowak, rektor UW, prof. Piotr Czauderna, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta, Andrzej Malinowski, prezydent Pracodawców RP, prof. Gertruda Uścińska, prezes ZUS, Elżbieta Lanc, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego, Patrycja Gutowska, zastępca dyrektora Departamentu Nauki Ministerstwa Edukacji i Nauki, Halina Krajkowska, zastępca dyrektora Mazowieckiego Urzędu Pracy.

pacjenta mówi się coraz więcej – podkreślał. – Zdarzenia niepożądane występują na całym świecie, ale jak pokazują doświadczenia krajów zachodnich, możemy minimalizować ich ilość, np. wprowadzając system no-fault. W projekcie ustawy o dostępności do świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwie pacjenta znalazły się zapisy wprowadzające właśnie ten system. To pierwszy krok w kierunku zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta i pierwszy krok w kierunku wdrażania rozwiązań, dzięki którym zdarzenia niepożądane będą zgłaszane bez obawy o konsekwencje karne oraz będą analizowane w skali mikro i makro. Wierzę, że Kongres „Zdrowie Polaków" wskaże nam te kierunki, które powinniśmy obrać, aby wspólnie reformować system ochrony zdrowia – zakończył swoje wystąpienie minister Chmielowiec.

Prof. Romuald Zabielski, wiceprezes PAN, przypominając liczne działania PAN na rzecz zdrowia Polaków w ciągu ostatniego roku, nawiązał do wydanej ostatnio przez Komitet Prognoz PAN monografii pt. „Zmiana klimatu – skutki dla polskiego społeczeństwa i gospodarki". Publikacja ta odnosi się do koncepcji „jednego zdrowia", w której zdrowie człowieka, zdrowie zwierząt i świata roślin oraz całego środowiska są traktowane jako układy ze sobą powiązane. – Warto pamiętać, że 60 proc. chorób zakaźnych to zoonozy i że niekontrolowane stosowanie antybiotyków w żywieniu zwierząt, w weterynarii i medycynie doprowadziło do antybiotykoodporności, która ma wpływ nie tylko na zdrowie ludzi i zwierząt – jej konsekwencje widać także w środowisku. Postuluję, aby podczas kolejnych kongresów szerzej odnieść się do tych problemów – mówił prof. Romuald Zabielski, podkreślając, że czyste środowisko, czysta woda i zdrowa żywność są niezwykle ważne w profilaktyce zdrowotnej. – Musimy edukować społeczeństwo, aby mądrzej inwestowało w zdrowie, a szpital traktowało jako ostateczność – zakończył wystąpienie.

– Nie ma dziś ważniejszego tematu do rozmowy niż system ochrony zdrowia – mówił **prof. Michał Kleiber**, przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO, zwracając jednocześnie uwagę na wysoką absencję w pracy z powodu zwolnień lekarskich, która wpływa na opóźnienie w rozwoju kraju. – Gdyby udoskonalić systemy ochrony zdrowia w poszczególnych krajach UE, to zyskano by średnio 300 mld euro dodatkowych środków, czyli jedną czwartą unijnego budżetu – mówił prof. Michał Kleiber. Za podstawowe wyzwania w ochronie zdrowia uznał: szerzenie wiedzy o znaczeniu zdrowia i sposobach dbałości o nie, profilaktykę zdrowotną, a także personalizację leczenia oraz nowe technologie wprowadzane do

▲ Justyna Oknińska-Janzen reprezentująca rzecznika praw dziecka Mikołaja Pawlaka

▲ Wystąpienie prof. Romualda Zabielskiego, wiceprezesa PAN

systemu na bazie interdyscyplinarnych badań naukowych. – Nasze główne rozważania powinny koncentrować się na antynomiach, czyli sprzecznościach ukrytych w systemie. Podstawową sprzecznością jest to, że oczekując poprawy w systemie ochrony zdrowia, obywatele nie są skłonni do wydatkowania większych pieniędzy, które mogłyby ten system wspomóc – mówił prof. MIchał Kleiber, zaznaczając, że konkluzje z obrad Kongresu posłużą w przyszłości udoskonalaniu systemu ochrony zdrowia.

– Na hasło Kongresu patrzę przez pryzmat analiz i prac, które są wykonywane w ZUS, takich jak analiza skutków niezdolności do pracy zarówno krótkookresowej, jak i długookresowej – mówiła z kolei podczas otwarcia **prof. Gertruda Uścińska**, prezes ZUS, podając, że w 2020 r. absencja wynosiła aż 24 mln zwolnień i 290 mln dni – znacznie więcej niż w latach poprzednich. Absencja spowodowana zaburzeniami psychicznymi wzrosła aż o 37 proc. – To nie COVID-19 był zatem główną przyczyną zwolnień lekarskich – zwracała uwagę prezes ZUS, podkreślając, iż w obecnej sytuacji potrzebne są działania ograniczające absencję chorobową, m.in. z powodu chorób zawodowych, wypadków w pracy itp. Konkludując, powiedziała: – Potrafimy dość dobrze zarządzać chorobą, ale musimy nauczyć się lepiej zarządzać zdrowiem. To ogromne wyzwania dla państwa, dla pracodawców i dla nas – obywateli. Zarządzanie zdrowiem to właśnie inwestycja w przyszłość zawarta w haśle przewodnim Kongresu.

Mam nadzieję, że w trakcie debat kongresowych uda się Państwu (...) nie tylko wymienić poglądy, ale również zaproponować dobre rozwiązania problemów natury medycznej i z zakresu opieki nad pacjentem", napisał w liście do organizatorów i uczestników **dr Konstanty Radziwiłł**, wojewoda mazowiecki, który został odczytany przez **Halinę Krajkowską,** zastępcę dyrektora Mazowieckiego Urzędu Pracy (list na str. 36).

– Wierzę, że Kongres będzie odpowiedzią na wiele wyzwań. Pokaże, że bez współpracy wielu podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia nie da się wypracować konstruktywnych rozwiązań. Samorządy są ważnym partnerem w tej debacie – mówiła **Elżbieta Lanc**, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego, podkreślając, że działania na rzecz zdrowia, finansowane m.in. ze środków unijnych, są przeznaczane na modernizacje jednostek czy nowe inwestycje w systemie ochrony zdrowia. – Przed nami kolejna perspektywa UE – kolejne środki zostaną przeznaczone na edukację i promocję zdrowia – podkreślała.

– Jako samorząd jesteśmy najbliżej naszych mieszkańców, najlepiej znamy ich potrzeby – podkreślała z kolei **Renata Kaznowska**, wiceprezydent Warszawy. – W naszych placówkach jak w soczewce skupiają się problemy związane z dostępnością i jakością udzielanych świadczeń medycznych, braki kadrowe i trudności związane z wyposażeniem w nowoczesny sprzęt diagnostyczny – mówiła, podkreślając, że zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców stolicy jest jednym z ustawowych zadań samorządów. – Samorząd Warszawy uznał kwestie zdrowotne za jeden z głównych priorytetów, tuż obok oświaty. W budżecie miasta na lata 2019–2021

▲ Renata Kaznowska, wiceprezydent Warszawy

◄ Wystąpienie prof. Michała Kleibera, przewodniczącego Polskiego Komitetu ds. UNESCO

przeznaczyliśmy miliard złotych na realizację zadań z zakresu polityki zdrowotnej. Te środki zostały przekazane na modernizację, remonty podmiotów leczniczych, a także na działania prozdrowotne. Każdego roku przeznaczamy ok. 35 mln zł na programy zdrowotne, z których większość adresowana jest do dzieci i młodzieży oraz osób 65+ – wyliczała wiceprezydent Renata Kaznowska, dzieląc się jednocześnie – jako przedstawiciel samorządów – obawami związanymi m.in. z pomysłem centralizacji szpitali oraz zmianami w ramach Polskiego Ładu.

Jak podczas otwarcia podkreślał **prof. Piotr Czauderna**, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia Narodowej Rady Rozwoju przy Prezydencie RP, ważne jest, aby o zdrowiu mówić nie z bieżącej politycznej, lecz strategicznej perspektywy. – Motto Kongresu „Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał i największa inwestycja na przyszłość" jest zbieżne z tytułem dokumentu „Zdrowa przyszłość" (ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.), będącego kontynuacją „Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020". To pokazuje, że pora zredefiniować paradygmat, który leży u podstaw polskiego systemu ochrony zdrowia, a mamy ku temu wyjątkową okazję, bowiem i nowa perspektywa unijna, i środki Narodowego Programu Odbudowy, i wspólny europejski program Health Transformation daje możliwości sfinansowania przebudowy tego systemu. Wierzę, że ten Kongres przyczyni się do rozważenia możliwych jej kierunków – mówił prof. Piotr Czauderna.

– Pandemia uzmysłowiła nam, że nie ma jednego dobrego systemu, który mógłby nas wszystkich zabezpieczyć – zauważył podczas swojego wystąpienia z okazji otwarcia Kongresu **prof. Alojzy Z. Nowak**, rektor Uniwersytetu Warszawskiego, członek Prezydium Akademickich Szkół Polskich. – Uświadomiła nam także, jak potrzebna jest nauka w medycynie. Pan, Panie Profesorze – mówił prof. Alojzy Z. Nowak, zwracając się do prof. Henryka Skarżyńskiego – budując Instytut, pokazał nam, jak powinniśmy zbudować cały system ochrony zdrowia, z jednej strony oparty na medycynie, a z drugiej oparty o dziedziny, które służą medycynie: biologię, chemię, fizykę, sztuczną inteligencję, z uwzględnieniem dziedzin „miękkich", takich jak psychologia. Kongres wskazuje, że jesteśmy na dobrej drodze do zbudowania takiego systemu. Jesteśmy bowiem w stanie porozumieć się w sprawach zasadniczych i dyskutować, jaki powinien być system ochrony zdrowia w przyszłości – mówił prof. Alojzy Z. Nowak, podkreślając, że w obecnej sytuacji istnieje potrzeba szerokiej współpracy, także jednostek, które pośrednio są związane z medycyną.

– System ochrony zdrowia tworzą politycy – dodał prof. Alojzy Z. Nowak. – My możemy wpływać na ich decyzje w sposób merytoryczny, uczestnicząc np. w obradach Kongresu, dyskutując i przedstawiając wnioski z tej dyskusji. Kongres jest znakomitą platformą do wymiany poglądów, jednoczenia nas wokół ochrony zdrowia i organizacji systemu w sposób przynajmniej tak dobry jak Pan Profesor zorganizował swój Instytut.

– Kongres – jak mówił prof. Henryk Skarżyński – nie jest miejscem, w którym zapadają decyzje, jednak jest to miejsce, gdzie są identyfikowane ważne sprawy – kontynuował wątek rozpoczęty przez prof.

▲ Mariola Łozińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

◀ Wystąpienie prof. Leszka Rafalskiego, przewodniczącego Rady Głównej Instytutów Badawczych

Alojzego Z. Nowaka **prof. Leszek Rafalski**, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych. Jak przypominał, podczas dwóch poprzednich kongresów wyszczególniono trzy ważne sprawy. Po pierwsze, zdefiniowano zagrożenia dla zdrowia w Polsce, po drugie – podjęto próbę rzetelnej oceny możliwości w ochronie zdrowia, po trzecie wreszcie – wytyczono cel, jakim jest umiejętne edukowanie społeczeństwa, aby internet nie był dla Polaków jedynym źródłem wiedzy na temat zdrowia. Obecnie, kiedy celem jest zwiększenie wyszczepialności, ten ostatni punkt jest szczególnie ważny – mówił prof. Leszek Rafalski.

Dr Andrzej Malinowski, prezydent Pracodawców RP, rozpoczynając swoje wystąpienie, wymienił trzy sytuacje kryzysowe. – Kryzys epidemiologiczny, którego kresu nikt nie jest w stanie przewidzieć, kryzys ochrony zdrowia w obliczu pandemii, widoczny nie tylko w naszym kraju, i wreszcie kryzys gospodarczy, którego oznaką jest ograniczenie aktywności gospodarczej i produkcji. Ten ostatni pokazał nam, że zdrowie jest wartością nie tylko samą w sobie, lecz także istotnym czynnikiem rozwoju gospodarczego. Zdrowe społeczeństwo oznacza większą produktywność, dłuższą aktywność zawodową, a to wpływa na wzrost gospodarczy, w tym – o czym powinni pamiętać politycy – na wyższe przychody budżetowe.

– Zdajemy sobie sprawę, że wydatki na zdrowie zawsze pozostaną istotnym kosztem dla społeczeństwa. Powinny być one jednak traktowane jako wydatki pozwalające osiągnąć wzrost gospodarczy. Niestety inwestowanie w zdrowie nie jest doceniane przez polityków, także polskich – mówił dr Andrzej Malinowski, zwracając uwagę na największe problemy związane z gromadzeniem i wydatkowaniem pieniędzy na ochronę zdrowia, w tym marnotrawienie i tak skąpych środków na nią przeznaczonych, m.in. podczas finansowania świadczeń bez rozpoznawania potrzeb. – Mam nadzieję, że ten Kongres pokaże, iż cały system ochrony zdrowia, oparty dotychczas na świadczeniodawcy, wymaga zmiany i że rolą władzy publicznej jest stanie na straży podmiotowości, interesów pacjentów i na określeniu takich zasad, które zdeterminują zachowanie świadczeniodawcy gwarantujące skuteczność terapii i prewencji oraz bezpieczeństwo pacjenta. Jeśli w systemie ochrony zdrowia wprowadzimy wymienione zmiany, zrobimy milowy krok do przodu – podsumował dr Andrzej Malinowski.

Mariola Łozińska z Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych skupiła się na kryzysie kadr medycznych, który – jak podkreślała – dotyczy wszystkich grup zawodowych, a szczególnie pielęgniarek i położnych. Odniosła się także do trwającego protestu medyków, wierząc, że porozumienie jest możliwe. – Jestem przekonana, że znajdziemy wspólne rozwiązanie, aby pracować na rzecz wszystkich pacjentów – podkreślała, kończąc swoje wystąpienie.

Liczne wątki dotyczące ochrony zdrowia Polaków, jakie poruszono w czasie uroczystego otwarcia, stanowiły jedynie zapowiedź tego, o czym rozmawiano przez dwa dni podczas debat, paneli i sympozjów. Ich podsumowanie w niniejszym raporcie ma być z założenia dokumentem pomocnym w wytyczaniu kierunków zmian w polskim systemie opieki zdrowotnej i zdrowiu publicznym.

Warszawa, dnia 26.02.2021 r.

Wicemarszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej
Piotr Zgorzelski

Czcigodni Członkowie Gremium Nauk Medycznych,

Szanowni Państwo,

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na niniejszy Kongres. W moim imieniu, jako ekspert i mój doradca w omawianej dziedzinie, towarzyszył będzie Państwu Pan Michał Jończyński, wieloletni wiceprezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, menadżer instytucji medycznych.

Zdrowie to najważniejsze dobro, jakie posiada człowiek. Bez niego wszelkie inne przyziemne wartości tracą sens, rację bytu. Zdrowie najczęściej determinuje nasze zachowania, sposób życia, funkcjonowania, bezpośrednio przekładając się na nasze decyzje. W świetle problemów, jakie przyniosła ze sobą pandemia COVID-19, dostrzegamy problemy opieki medycznej w sposób niezwykle dobitny i jaskrawy. Widzimy, jak ważne jest sprawne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej oraz jak daleka droga jest jeszcze przed nami, by ten system uzdrowić. Niestety nie ma odpowiedniej woli środowisk politycznych, by w sposób konsekwentny i odważny tę służbę ratować. Doskonale widzimy, że jakiekolwiek próby czy sugestie reform są jedynie orężem w walce politycznej. Jeśli to się w którymś momencie nie zmieni, z przykrością mogę stwierdzić, że nasz system opieki zdrowotnej nie uzyska pełni sił.

Inicjatywa 3 Kongresu „Zdrowie Polaków" to niezwykle cenne przedsięwzięcie na wielu płaszczyznach. Przede wszystkim tworzy przestrzeń wymiany myśli wielu środowisk, ekspertów, naukowców, decydentów publicznych, pacjentów. Jest to swoisty okrągły stół, gdzie w procesie burzy myśli, można opracowywać dobre praktyki, doszukiwać się scenariuszy rozwiązań trudnych sytuacji. To forum, gdzie teoretycy odpowiedzialni za organizację systemu zdrowia, mają niecodzienną okazję zweryfikowania swoich pomysłów organizacyjnych z doświadczonymi praktykami. Tworzy to niecodzienną okazję do wspólnych ustaleń, weryfikacji założeń i procedur, które mogą dać wymierne korzyści całemu systemowi opieki zdrowotnej.

Życzę Państwu owocnych obrad, cennych i merytorycznych uwag oraz wypracowania istotnych społecznie rozwiązań i konsensusów. Wierzę, że Wasza dobra wola, wiedza i doświadczenie utworzy solidne fundamenty pod wielowymiarowy rozwój systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jednocześnie zapewniam Państwa o swoim wsparciu dla Waszych działań oraz zachęcam do bezpośredniego późniejszego kontaktu w celu przedstawienia wypracowanych rozwiązań w parlamencie RP.

Piotr Zgorzelski

Warszawa, 22 października 2021 r.

WOJEWODA MAZOWIECKI
Konstanty Radziwiłł

Pan
Prof. dr hab. n. med.
Henryk Skarżyński
Przewodniczący Rady Programowej
3.Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021

Szanowny Panie Profesorze,

serdecznie dziękuję za zaproszenie na otwarcie 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021. Niestety inne ważne zobowiązania służbowe nie pozwalają mi na udział w tym ważnym przedsięwzięciu.

Problematyka ochrony zdrowia Polaków jest mi szczególnie bliska jako lekarzowi, ale dziś także jako przedstawicielowi Rządu na Mazowszu, które z racji wielkości obszaru oraz liczebności mieszkańców i uwarunkowania środowisk wielkomiejskich, ma duże potrzeby w tej dziedzinie. Mam nadzieję, że w trakcie debat kongresowych uda się Państwu w szerokim gremium przedstawicieli władz, urzędów państwowych, samorządowych, uczonych, ekspertów oraz pacjentów i mediów, nie tylko wymienić poglądy, ale również poszukiwać i zaproponować dobre rozwiązania problemów natury medycznej i z zakresu opieki nad pacjentem. Obecność mediów na kongresie wydaje mi się szczególnie cenna, ponieważ to one mają możliwość nagłośniania problematyki prozdrowotnej i popularyzowania w społeczeństwie zdrowego trybu życia, co jest swoistą inwestycją w jego przyszłość.

Gratulując cennej inicjatywy, życzę prelegentom merytorycznych wystąpień, które skłonią słuchaczy do dyskusji i zastosowania w praktyce innowacyjnych rozwiązań czy to w dziedzinie samej medycyny, czy w sferze organizacyjnej służby zdrowia, Obecnym na Kongresie pacjentom życzę by opuścili go z przeświadczeniem, że został zrobiony krok w kierunku poprawy ich sytuacji.

Z poważaniem
Konstanty Radziwiłł

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 1:08:22

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

DEBATY PLENARNE

Podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" odbyło się osiem debat plenarnych, będących okazją nie tylko do rozważań na najbardziej aktualne tematy związane z ochroną zdrowia, lecz także do spojrzenia w przyszłość. Pierwsza z nich dotyczyła sztucznej inteligencji, na bazie której powstają nowe metody i urządzenia znajdujące już zastosowanie w medycynie. W przyszłości sztuczna inteligencja umożliwi bardziej precyzyjne diagnozowanie i leczenie wielu chorób, pozwoli też na przekraczanie barier w komunikacji, dając szansę na porozumiewanie się z pacjentami, z którymi kontakt jest obecnie bardzo ograniczony albo w ogóle niemożliwy, np. znajdującymi się w stanie wegetatywnym, wynikało z debaty. „Dawny centaur był pół-człowiekiem, pół-koniem, współczesny centaur to pół-człowiek i pół-komputer", żartobliwie komentował dyskusję o sztucznej inteligencji uczestnik debaty prof. Ryszard Tadeusiewicz.

Bez nowoczesnych technologii trudno wyobrazić sobie przyszłość w medycynie. Jednak stosowanie ich w nieprzemyślany sposób może okazać się zagrożeniem dla świata, podobnie jak choroby zakaźne, zmiana klimatu czy zanieczyszczenie środowiska. Co robić, aby uniknąć podobnych klęsk? To jedno z pytań, na które starali się odpowiedzieć rektorzy uniwersytetów i innych uczelni uczestniczący w debacie na temat globalnych zagrożeń, jakich możemy się obawiać, patrząc w przyszłość.

Jakie będzie zdrowie przyszłych pokoleń, jeśli nie zbudujemy skutecznego systemu profilaktyki, który będzie nakłaniał społeczeństwo do zachowań prozdrowotnych? Jakie kierunki zmian powinny zostać wdrożone w zdrowiu publicznym, aby w najbliższym czasie przejąć kontrolę nad czynnikami ryzyka zdrowotnego, zastanawiali się uczestnicy debaty, której tematem było zdrowie publiczne, a także innych debat, m.in. dotyczącej działań samorządu na rzecz powszechnej profilaktyki zdrowia. Jacy będą, czy raczej powinni być, lekarze przyszłości, dyskutowali z kolei rektorzy uczelni medycznych podczas debaty poświęconej współczesnej edukacji na kierunkach medycznych. Jak nauczać przyszłych lekarzy, aby uzupełnić dotkliwe braki kadr medycznych bez uszczerbku na jakości kształcenia? Jak pracować z młodymi w czasach internetu, w których dawna relacja mistrz–uczeń wydaje się archaiczna? Pytania pozostają wciąż otwarte, ale jedno jest pewne – przyszli lekarze muszą być kształceni w taki sposób, aby nie tylko skutecznie leczyć, lecz także nawiązywać dobre relacje z pacjentem.

Jedną z ważniejszych debat Kongresu była ta poświęcona roli instytutów medycznych w ochronie zdrowia. – To wysokospecjalistyczne, wielospecjalistyczne lub monospecjalistyczne szpitale. Mają one duży potencjał kliniczny i zespoły eksperckie, naukowe, bez których nie sposób wyobrazić sobie współczesną medycynę – zaznaczył na wstępie debaty jej moderator prof. Henryk Skarżyński. Dlatego trzeba promować wiedzę na temat osiągnięć naukowych wszystkich jednostek, m.in. poprzez media. Poświęcono temu odrębną debatę. Jak konkludowano, czasy się zmieniają, ale rola mediów pozostaje niezmienna – dostarczanie społeczeństwu rzetelnych, sprawdzonych informacji oraz walka z pseudowiedzą rozpowszechnianą m.in. poprzez niektóre portale społecznościowe.

Podczas debat wielokrotnie podkreślano, że bez dobrze rozumianej współpracy zespołów i klinik uniwersyteckich, instytutowych, ale również innych dobrze zorganizowanych placówek medycznych, oczekiwanych decyzji władz centralnych, samorządów i organizacji pozarządowych, trudno będzie osiągnąć trwałą poprawę we współczesnej ochronie zdrowia.

Debata plenarna

Sztuczna inteligencja w obecnej praktyce klinicznej

Moderator: prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: prof. Ryszard Tadeusiewicz, Katedra Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej Wydziału Elektrotechniki, Automatyki, Informatyki i Inżynierii Biomedycznej Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie
prof. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej
prof. Jerzy Szaflik, Centrum Mikrochirurgii Oka Laser, Klinika prof. Jerzego Szaflika
prof. Krzysztof Kochanek, sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Ta debata to uczta duchowa dla wszystkich, którzy nas słuchają lub oglądają, mówił na wstępie debaty „Sztuczna inteligencja w obecnej praktyce klinicznej" jej moderator **prof. Henryk Skarżyński,** zaznaczając, że biorą w niej udział znakomici eksperci: rektor Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie w latach 1998–2005 prof. Ryszard Tadeusiewicz, inżynier, a zarazem humanista, Przyjaciel po Wsze Czasy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu (IFPS), prof. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej, który jest członkiem Rady Naukowej IFPS od początku jego istnienia, Przyjaciel po Wsze Czasy IFPS i – jak zaznaczył prof. Henryk Skarżyński – wielki optymista i realizator wielu wynalazków i wdrożeń dokonanych dzięki współpracy z lekarzami wielu specjalności, w tym specjalistami z IFPS, prof. Jerzy Szaflik, wieloletni konsultant krajowy w dziedzinie okulistyki, wychowawca wielu pokoleń polskich okulistów, a zarazem – jak to ujął prof. Henryk Skarżyński – „wielki budowniczy", który zbudował szpitale okulistyczne – Centrum Mikrochirurgii Oka Laser. W gronie uczestników debaty znaleźli się także specjaliści reprezentujący IFPS: prof. Krzysztof Kochanek, sekretarz naukowy Instytutu, i prof. Agata Szkiełkowska, konsultant w dziedzinie audiologii i foniatrii w województwie mazowieckim.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Czy sztuczna inteligencja jest możliwa?**
2. **Rodzaje sztucznej inteligencji.**
3. **Przykłady autorskich rozwiązań z zastosowaniem sztucznej inteligencji.**
4. **Platforma e-jaskra – system badań przesiewowych pod kątem jaskry z zastosowaniem sztucznej inteligencji.**
5. **Metody z wykorzystaniem sztucznej inteligencji stosowane w audiologii.**
6. **Możliwości zastosowania sztucznej inteligencji w foniatrii do analizy ludzkiego głosu.**

Debata rozpoczęła się od wyjaśnienia przez **prof. Ryszarda Tadeusiewicza** wątpliwości, czy sztuczna inteligencja jest w ogóle możliwa**.** Zestawienie rzeczownika „inteligencja" z przymiotnikiem „sztuczna" wygląda bowiem na oksymoron. – Porównanie form przejawiania inteligencji przez człowieka i możliwości, jakie mają komputery, dowiodło – wyjaśniał prof. Ryszard Tadeusiewicz – że w zakresie percepcji (sensory), sterowania zachowaniem (roboty), gromadzenia wiedzy (internet) i rozumowania (systemy doradcze) komputery wcale nie ustępują ludziom. Niektóre zdolności

powiązane z ludzką inteligencją są wprawdzie niedostępne dla maszyn (zdolność rozumienia, intencjonalność), ale znacząca część działań obserwowana u ludzi, uznawanych za inteligentne, jest dla systemów informatycznych dostępna – mówił prof. Ryszard Tadeusiewicz, podkreślając, że sztuczna inteligencja to nasza przyszłość. Wyznacza ona czwartą – po maszynie parowej, elektryczności i elektronice – rewolucję przemysłową.

– Sztuczna inteligencja rozumiana jako ogół metod służących do tego, żeby komputery mogły przejawiać działania przypominające aktywność inteligentnego człowieka, jest podobna do archipelagu luźno rozrzuconych wysp – wyjaśniał obrazowo prof. Ryszard Tadeusiewicz. – Każda z tych „wysp" to grupa metod, które pozwalają w oparciu o jakąś metodologię rozwiązywać pewną grupę problemów wymagających inteligentnego działania. Jeśli ktoś opanuje jedną z owych „wyspowych" metodologii, to zasad obowiązujących na innej „wyspie" będzie musiał uczyć się od zera.

W swoim wprowadzeniu prof. Ryszard Tadeusiewicz omówił kilka z owych „wyspowych" metodologii, które znajdują zastosowanie w medycynie, wymieniając jako pierwsze tzw. obliczenia symboliczne, które – jak zaznaczył – przez pewien czas były utożsamiane z pojęciem sztucznej inteligencji. Ich wprowadzenie do informatyki w latach 60. XX w. spowodowało, że komputery zyskały możliwość operowania pojęciami abstrakcyjnymi. Był to istotny krok, bowiem operując symbolami, można prowadzić ogólne wnioskowanie, dochodząc do wniosków mających znaczenie uniwersalne. Obecnie metody przetwarzania informacji symbolicznej wykorzystywane są w tak zwanych systemach ekspertowych. Są to programy, które gromadzą (właśnie w formie symbolicznej) wiedzę ekspertów, a na życzenie użytkownika stawiającego konkretne pytanie, program potrafi przeprowadzić symboliczne rozumowanie, w efekcie którego użytkownik dostaje propozycję rozwiązania problemu będącą efektem połączenia ogólnej wiedzy ekspertów i logiki automatycznego wnioskowania.

W medycynie stosowane są także tzw. sieci neuronowe, czyli systemy, których struktura i zasada działania oparta jest na badaniach morfologii i fizjologii mózgu. Ich główną zaletą jest fakt, że określone umiejętności nabywają w wyniku procesu uczenia. – Wystarczy zatem pokazać sieci pewną liczbę przykładów zadań poprawnie rozwiązanych. Ten sposób działania znalazł zastosowanie przy analizie i przetwarzaniu informacji diagnostycznych (zwłaszcza przy analizie obrazów RTG, CT, MRI, PET, USG oraz sygnałów bioelektrycznych), przy wspomaganiu podejmowania decyzji diagnostycznych, przy optymalizacji terapii oraz przy prognozowaniu jej skutków – mówił prof. Ryszard Tadeusiewicz, zaznaczając, że omówione przez niego dwie „wyspy" archipelagu sztucznej inteligencji są najczęściej wykorzystywane, ale

nie są jedynymi, które są dostępne. Jako przykład wymienił on tzw. algorytmy genetyczne pozwalające podjąć optymalne decyzje w skomplikowanych sytuacjach metodą symulowania ewolucji i rywalizacji różnych schematów decyzyjnych w pamięci komputera. Wspomniał także o tzw. logice rozmytej, pozwalającej precyzyjnie wnioskować w oparciu o nieprecyzyjne informacje. Prof. Ryszard Tadeusiewicz wspomniał także o możliwościach, jakie sztuczna inteligencja stwarza w związku z rozwojem metod automatycznego rozpoznawania mowy, gdzie uwagi wypowiadane przez lekarza w trakcie badania pacjenta lub w trakcie zabiegu są automatycznie rejestrowane w formie tekstu, a potem inteligentnie przekształcane do formy wymaganych dokumentów.

– Czytamy o tym, że programy sztucznej inteligencji wygrywają z ludźmi w różne gry: szachy, go, nawet pokera. Pora, żeby włączyły się do najważniejszej gry, gdzie stawką jest zdrowie i życie pacjentów – mówił na zakończenie swojego wystąpienia prof. Ryszard Tadeusiewicz.

Przykłady autorskich rozwiązań z zastosowaniem sztucznej inteligencji przedstawił podczas debaty **prof. Andrzej Czyżewski.** Swoje wystąpienie rozpoczął od przypomnienia znanej na świecie polskiej metody sztucznej inteligencji, jaką są zbiory przybliżone, których koncepcję zaproponował prof. Zdzisław Pawlak wraz z zastosowaniami do indukowania reguł na podstawie danych patomorfologicznych pacjentów. W dalszej części skupił się na znanych od dawna modelach neuronu oraz na obecnych koncepcjach uczenia sieci splotowych, ilustrując to zagadnienie znanym z literatury opisem, jak uczą się rozpoznawać pismo dyslektycy. Mówiąc o pracach Katedry Systemów Multimedialnych na Politechnice Gdańskiej (PG) nad wprowadzaniem metod sztucznej inteligencji do zastosowań medycznych, prof. Andrzej Czyżewski wskazał na wielomodalne rozpoznawanie mowy, które ma potencjalne zastosowania w logopedii oraz o współpracy z Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w dziedzinie automatycznego rozpoznawania stanów chorobowych uszu na podstawie analizy obrazów otoskopowych z użyciem głębokiego uczenia. Ponadto przedstawił rozwój badań nad funkcjonowaniem ludzkiej pamięci, które wykorzystują wynalazek CyberOko i sygnały z elektrod wszczepionych w głąb ludzkiego mózgu, pozyskiwane dzięki metodzie opracowanej w klinice Mayo (pierwsza operacja wszczepu tego typu elektrod odbyła się w Polsce w 2021 roku z udziałem pracowników Katedry Systemów Multimedialnych). Tego typu badania mają zastosowanie u osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi. Prof. Andrzej Czyżewski zaprezentował też opracowany na PG inteligentny długopis i system rozpoznawania gestów dłoni według skali UPDRS (United Parkinson Disease Rating Scale), oparty na inteligentnej analizie obrazu wizyjnego. Na zakończenie przedstawił inteligentny CyberRadar – nowatorskie urządzenie do bezkontaktowego monitorowania oddechowo-krążeniowego opracowane na PG we współpracy z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym (urządzenie przeszło już etap badań klinicznych). Może ono służyć m.in. do monitorowania pacjentów przechodzących COVID-19, w tym przebywających na kwarantannie domowej (zdalne monitorowanie stanu pacjenta) oraz do badań przesiewowych w szkole, mających za zadanie wykrywanie zaburzeń pulmonologicznych i kardiologicznych.

Prof. Jerzy Szaflik skupił się na wykorzystaniu sztucznej inteligencji do badań przesiewowych w kierunku jaskry, która jest jedną z głównych przyczyn ślepoty na świecie. Jak zaznaczał na wstępie, w Polsce przyjmuje się, że choruje na nią od ośmiuset tysięcy do miliona osób, jednak leczy się około czterystu tysięcy. Według różnych danych dopiero przy 40–70-procentowym nieodwracalnym uszkodzeniu nerwu wzrokowego chorzy stwierdzają, że gorzej widzą. Większość pacjentów, w początkowym okresie choroby nie dostrzega upośledzenia widzenia. Tymczasem wykrycie schorzenia powinno nastąpić jak najwcześniej, tj. wtedy, kiedy pacjent nie dostrzega jeszcze objawów choroby.

Grupę ryzyka stanowią osoby po 55. roku życia, co oznacza, że badaniami przesiewowymi pod kątem jaskry powinna być objęta grupa ok. 8 mln Polaków. Przeprowadzenie takiej liczby badań jest w naszych warunkach niewykonalne (brak lekarzy okulistów, środków finansowych). Rozwiązaniem problemu może być wykorzystanie w badaniach przesiewowych sztucznej inteligencji takiej jak platforma E-jaskra opracowana przez kierowaną przez prof. Jerzego Szaflika grupę okulistów (dr hab. Anna Zaleska-Żmijewska i prof. Jacek P. Szaflik z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego), grupę fizyków z Uniwersytetu Warszawskiego

(pod kierunkiem prof. Jacka Pniewskiego) i ekspertów techniki komputerowej. System umożliwia szybką diagnostykę pod kątem jaskry bez udziału personelu medycznego. Osoba zgłaszająca się na badanie jest poddawana dwóm szybkim i nieinwazyjnym testom diagnostycznym (zdjęcia dna oka za pomocą fundus kamery oraz bezkontaktowy pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego – CWG). Obraz dna oka jest analizowany przez klasyfikator. Algorytm klasyfikacji działa w oparciu o jedną z metod sztucznej inteligencji – uczenie maszynowe realizowane w sieci neuronowej. Badanie określa podejrzenie występowania jaskry. Jeśli system stwierdzi podejrzenie schorzenia, wynik badania będzie zawierać też zalecenie zasięgnięcia konsultacji okulistycznej.

Zastrzeżenie patentowe Modułowego systemu do badań przesiewowych oczu w kierunku jaskry zostało przyjęte przez Urząd Patentowy RP 19.12.2019 r. pod numerem P.432294

Zastosowanie sztucznej inteligencji w audiologii było tematem wystąpienia **prof. Krzysztofa Kochanka.** Jak na wstępie zaznaczał, realizowane z sukcesem w Polsce programy wczesnej interwencji słuchowej – do których zalicza się etap skriningu, wczesnej diagnozy oraz terapii zaburzeń słuchu – obejmują usługi świadczone przez wysoko wyszkolony personel przy użyciu specjalistycznego sprzętu. Myśląc jednak o dalszym rozwoju audiologii, należy mieć na uwadze konieczność znacznie szerszego zastosowania sztucznej inteligencji na wszystkich etapach programu.

Już ponad 25 lat temu pojawiło się urządzenie do automatycznej rejestracji i detekcji słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu – ABR u noworodków z zastosowaniem elementów sztucznej inteligencji. Bieżący zapis potencjałów jest porównywany z wzorcem opracowanym na bazie kilkudziesięciu tysięcy zapisów odpowiedzi słyszących noworodków, przypomniał prof. Krzysztof Kochanek, podkreślając, że przykłady zastosowania sztucznej inteligencji w audiologii znane są od dawna. Jak dodał, w przypadku skriningu pod kątem słuchu można zakładać dalszy rozwój metod badań w kierunku automatycznej oceny progu słyszenia z wykorzystaniem sztucznej inteligencji do analizy właściwości środowiska akustycznego, w którym odbywa się badanie. Dla przykładu podał, że w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu realizowany jest aktualnie projekt pod nazwą HearBox (ze środków NCBiR), którego celem jest opracowanie stanowiska wobec różnych pomiarów słuchu, które aktualnie wykonywane są przez specjalistów, a będą mogły odbywać się w trybie automatycznym z zastosowaniem algorytmów aktywnej redukcji hałasu.

– Obiektywne metody badań, pozwalające na ocenę stanu drogi słuchowej bez aktywnej współpracy pacjenta, takie jak audiometria impedancyjna, emisje otoakustyczne oraz słuchowe potencjały stanu ustalonego, to przykłady badań, w których metody sztucznej inteligencji będą stosowane w coraz większym stopniu – mówił prof. Krzysztof Kochanek. – Już dzisiaj pomiary wykonywane z zastosowaniem dwóch pierwszych z wymienionych metod odbywają się w sposób automatyczny. Dzięki automatyzacji pomiarów znacznie zredukuje się ryzyko popełnienia poważnych błędów przez wykonujące te pomiary osoby. Także niektóre metody z zakresu słuchowych potencjałów wywołanych realizowane są w sposób automatyczny, jak chociażby metoda słuchowych potencjałów wywołanych stanu ustalonego (ASSR), w której prowadzenie badania i analiza wyników odbywają się automatycznie przy zastosowaniu w coraz większym stopniu elementów sztucznej inteligencji – mówił prof. Kochanek, podkreślając, że ostatnie lata przyczyniły się do jej zastosowania przede wszystkim w nowoczesnych aparatach i implantach słuchowych. Dzięki takim rozwiązaniom poprawia się zrozumienie mowy w hałasie. – Nowoczesne aparaty słuchowe analizują na bieżąco cechy środowiska akustycznego, w którym znajduje się pacjent, i automatycznie dokonują zmian w charakterystykach akustycznych aparatów poprzez regulację parametrów wzmocnienia i filtracji sygnału akustycznego. W przypadku gdy pacjent znajdzie się w środowisku, w którym powadzonych jest jednocześnie kilka lub więcej rozmów, nowoczesny aparat, wykorzystując metody sztucznej inteligencji, wzmacnia głos rozmówcy, znacznie redukując pozostałe głosy – wyjaśniał prof. Krzysztof Kochanek, dodając, że w przyszłości dzięki sztucznej inteligencji aparaty będą mogły być programowane bez udziału audioprotetyków. W przypadku implantów słuchowych, głównie ślimakowych – dodał – sztuczna inteligencja wykorzystywana jest obecnie przy programowaniu parametrów stymulacji zakończeń nerwu słuchowego, co w istotny sposób redukuje liczbę konsultacji u specjalistów. Sztuczna inteligencja

stosowana jest również w optymalizacji metod przetwarzania sygnału w odniesieniu do różnych sytuacji akustycznych, w których może znaleźć się pacjent z implantem.

Prof. Agata Szkiełkowska dodała, że sztuczna inteligencja jest wykorzystywana także w foniatrii do analizy głosu, którą od wielu lat wykorzystuje się w praktyce klinicznej jako metodę uzupełniającą, potwierdzającą diagnozę schorzeń w obrębie traktu głosowego. - Głos postrzegamy dzisiaj jako biomarker, a zatem wskaźnik obiektywnie mierzalny, wskazujący na istnienie stanu chorobowego – podkreślała prof. Agata Szkiełkowska, dodając, że w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu we współpracy z Wydziałem Inżynierii Biomedycznej Politechniki Śląskiej prowadzone są badania, w których rozkład struktury akustycznej głosu wykorzystany jest do opisania jakości głosu, czynności fonacyjnej krtani oraz opisania chorób zaburzających fizjologiczną produkcję głosu. Prace badawcze koncentrują się na opracowaniu algorytmu do kategoryzacji głosów patologicznych wykorzystujących strukturę akustyczną głosu ludzkiego w różnych chorobach krtani w oparciu o metody przetwarzania sygnałów biomedycznych, w szczególności dla sygnałów niestacjonarnych mowy dla ekstrakcji istotnych cech ilościowych, stanowiących wektor parametrów dla etapu klasyfikacji w oparciu o metody uczenia maszynowego i algorytmy sztucznej inteligencji. Nagrania głosu, wykonane za pomocą spektogramu cyfrowego KAY Elmetrics, są prowadzone w warunkach laboratoryjnych. Materiał nagraniowy stanowią izolowane samogłoski „a", „e", „i" wypowiadane w sposób ciągły. Na podstawie zebranego materiału opracowano matrycę akustyczną normatywnych parametrów akustycznych. Celem badań jest opracowanie systemu przesiewowo-diagnostycznego do automatycznego wykrywania chorób krtani. Badania ukierunkowane są na kategoryzację głosów patologicznych opierającej się na parametrach akustycznych głosu w różnych chorobach krtani z wykorzystaniem algorytmów sztucznej inteligencji oraz na opracowanie systemu pomiarowego do długookresowej akwizycji, analizy i sygnalizacji zmian w głosie w warunkach rzeczywistego obciążenia traktu głosowego. Wyniki prowadzonych badań umożliwią opracowanie aplikacji smartfonowej z wykorzystaniem ogólnodostępnego terminala telekomunikacyjnego ze standardowym wyposażeniem, umożliwiającego pracę w rozległej sieci teleinformatycznej, którą będzie można wykorzystać do powszechnych badań głosu i opracowania narzędzi do nauki emisji głosu.

Podsumowanie

Na zakończenie prowadzący debatę oraz uczestnicy zgodzili się co do tego, że obecne przykłady zastosowania sztucznej inteligencji stanowią znaczący krok w rozwoju różnych programów medycznych, które zostały zaprezentowane oraz są w przygotowaniu. Finalnie powinno to upowszechnić zarówno metody wczesnej diagnostyki, jak i terapii w różnych obszarach medycyny.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:39:39

Debata plenarna

Zdrowie publiczne

Moderatorzy: prof. Michał Kleiber, m.in. przewodniczący kapituły konkursu „Teraz Polska", przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO
dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, m.in. dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego oraz Center of Value Based Healthcare
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: prof. Alicja Chybicka, senator RP
dr hab. Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego
dr n. med. Beata Małecka-Libera, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia
prof. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego CMKP
dr Artur Prusaczyk, wiceprezes zarządu Centrum Diagnostyczno-Terapeutycznego w Siedlcach

Po przedstawieniu uczestników debaty **prof. Henryk Skarżyński** poprosił o słowo wstępu **dr Małgorzatę Gałązkę-Sobotkę,** która podkreśliła, jak ważnym zagadnieniem jest zdrowie publiczne. – Domeną zdrowia publicznego jest podejmowanie indywidulanych i zinstytucjonalizowanych działań, których celem jest zapobieganie przedwczesnym zgonom i zachorowaniom, ukierunkowanych na populację – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka. Działania na rzecz zdrowia publicznego powinny być podejmowane w wielu sektorach społecznych i gospodarczych, na różnych szczeblach samorządów terytorialnych, przez pracodawców, a także przez inne instytucje gotowe do działań na rzecz zdrowia. Jednocześnie dr Małgorzata Gałązka-Sobotka zaznaczyła, że na szeroko rozumiane zdrowie publiczne składają się zachowania nas wszystkich. To my sami jesteśmy bowiem odpowiedzialni za własne zdrowie.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Analiza wyników opublikowanych w „Krajowym Planie Transformacji na lata 2022–2026".**
2. **Co robimy nie tak, że system zdrowia publicznego w Polsce działa niewłaściwie, jakie powinny być kierunki zmian?**
3. **Jak zbudować skuteczny system profilaktyki zdrowotnej, motywujący społeczeństwo do zachowań prozdrowotnych i uczestnictwa w badaniach przesiewowych?**
4. **Rola lidera scalającego wszystkie działania w obszarze zdrowia publicznego.**

Punktem wyjścia w dyskusji na temat zdrowia publicznego w Polsce była analiza danych opublikowanych w „Krajowym Planie Transformacji na lata 2022–2026" Ministerstwa Zdrowia, pokazujących najistotniejsze czynniki ryzyka niesprawności i przedwczesnych zgonów w Polsce, a są nimi m.in. tytoń, nadciśnienie, nieprawidłowa dieta i nadmierna masa ciała. Z analizy wynika także, że poziom realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego na różnych szczeblach władz i administracji jest niski, mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, przedstawiając kilka innych danych.

– Jeśli przyjrzymy się liczbom osób uchylających się od szczepień w Polsce – kontynuowała – to

widać wyraźnie, że w ciągu ostatnich 10 lat wątpiących w ich skuteczność przybywało, co tłumaczy m.in. obecne postawy Polaków wobec szczepień przeciw COVID-19. Poziom wyszczepienia Polaków przeciw grypie w grupie osób powyżej 65. r.ż. jest wyjątkowo niski (ok. 10 proc.). Polska zajmuje pod tym względem jedno z ostatnich miejsc wśród krajów należących do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) – alarmowała dr Małgorzata Gałązka-Sobotka, zwracając jednocześnie uwagę, że aktywność ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), na których powinno spoczywać aktywizowanie podopiecznych do zachowań prozdrowotnych, nie była wystarczająca jeszcze przed pandemią. Spadała także w ostatnich latach liczba świadczeń i bilansów wieku rozwojowego (wśród dzieci do 6. roku życia) – zaledwie ok. 50 proc. dzieci w tym wieku jest poddawanych tym badaniom. Z kolei z danych Narodowego Instytutu Onkologii wynika, że liczba badań przesiewowych (kolonoskopii, cytologii, mammografii) wykonywanych w celu wczesnego wykrycia nowotworów już w latach 2015–2020 malała w niepokojący sposób.

Co robimy nie tak, że system zdrowia publicznego w Polsce działa niewłaściwie? Jakie są kierunki zmian, które powinny zostać natychmiast wdrożone w systemie zdrowia publicznego, aby zahamować niepokojące trendy i przechwycić kontrolę nad czynnikami ryzyka zdrowotnego? Jak zbudować taki system profilaktyki, który będzie skutecznie nakłaniał społeczeństwo do zachowań prozdrowotnych, ale też będzie angażował przedstawicieli różnych środowisk do wspólnego działania? To pytania, na które próbowali odpowiedzieć uczestnicy debaty.

Przed nami ogromna praca do wykonania – mówiła **dr Beata Małecka-Libera,** inicjatorka prac nad wdrożeniem aktualnie obowiązującej ustawy o zdrowiu publicznym. – Kiedy sześć lat temu uchwalaliśmy ustawę o zdrowiu publicznym, wydawało się nam, że to będzie fundament – profilaktyka i edukacja staną się normą w ochronie zdrowia. Niestety tak się nie stało. Z przykrością muszę powiedzieć, że ustawa nie jest realizowana tak, jak zakładaliśmy. Według definicji „zdrowie publiczne" to sztuka zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, ale to także zorganizowany wysiłek społeczeństwa. Taki wysiłek może jednak podjąć tylko społeczeństwo świadome – zaznaczała dr Beata Małecka-Libera, dodając, że specjaliści zdrowia publicznego muszą podejmować działania mające na celu zbudowanie takiej społecznej świadomości. W jej ocenie, niestety, brakuje tego elementu. – We własnym gronie mówimy często, jak ważne jest zapobieganie chorobom i że bez profilaktyki medycyna naprawcza nie jest w stanie poprawić wskaźników zdrowotnych – mówiła, zaznaczając, że to nie wystarczy. To zadania, których ktoś musi się podjąć – pasjonat zdrowia publicznego, który doskonale zna i rozumie ten system. Zdrowie publiczne

wymaga bowiem współpracy wielu sektorów przy zaangażowaniu całego społeczeństwa. - Zdrowie publiczne to duże wyzwanie – aby mu sprostać, powinniśmy zrobić plan działań, a zadania rozpisać na kolejne lata, a następnie konsekwentnie je realizować. Abyśmy mogli podjąć ten wysiłek, potrzebny jest lider zdrowia publicznego – mówiła senator Beata Małecka-Libera, przyznając, że obecnie nie widzi w Ministerstwie Zdrowia osoby, która mogłaby podjąć się takiej funkcji, a mnogość ważnych problemów ochrony zdrowia wymagających rozwiązania sprawia, że temat zdrowia publicznego wciąż pozostaje z boku. – Naszą rolą – dodała, zwracając się do uczestników debaty – jest wskazanie na to, że zdrowie publiczne musi stać się równoważnym elementem całego systemu ochrony zdrowia.

Na profilaktykę Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje zdecydowanie za mało (1,6 proc. środków) – zwracała jednocześnie uwagę senator Beata Małecka-Libera, mówiąc, że suma wszystkich środków wydawanych w skali kraju może być większa i wyrażając wątpliwość, czy te środki wydawane są efektywnie. Jej zdaniem pieniądze wydawane na profilaktykę, długofalowo, powinny znajdować się w jednym pakiecie, np. funduszu zdrowia publicznego, i być przeznaczane na konkretne strategiczne cele w zdrowiu publicznym.

Ważnym wątkiem debaty była praca na rzecz zdrowia najmłodszego pokolenia Polaków. – Profilaktyka w wieku rozwojowym jest najważniejsza, bo od tego, co zrobimy dla zdrowia dziecka, będzie zależało jego zdrowie jako człowieka dorosłego – mówiła **prof. Alicja Chybicka.** Odnosząc się do alarmujących danych dotyczących braku bilansów u około połowy dzieci, podkreślała, że profilaktyka pediatryczna zawodzi od czasu, kiedy zrezygnowano z badań i szczepień dzieci prowadzonych w ramach medycyny szkolnej. Tymczasem właśnie profilaktyka pierwszorzędowa – jak zaznaczała – jest najważniejsza. Dbałość o tryb życia dzieci, w tym o prawidłowe żywienie i czyste powietrze, którym mogą oddychać, to obecnie jeden z najważniejszych trendów w światowej polityce zdrowotnej. – Nie dbamy o czynniki środowiskowe, których wpływ na zdrowie dzieci jest uznawany za najbardziej istotny – alarmowała, stwierdzając, że zawodzi edukacja. Gdyby była ona lepiej rozwinięta, więcej dzieci przechodziłoby badania profilaktyczne i było szczepionych. – Szczepienia do największe dobro, dzięki nim zniknęły choroby, które kiedyś zabijały całe rzesze dzieci – podkreślała.

– Profilaktyka drugorzędowa także nie jest mocną stroną w naszym kraju – dodała prof. Alicja Chybicka, przypominając, że w Polsce wiele chorób, w tym choroby nowotworowe u dzieci, jest zbyt późno rozpoznawanych. Tymczasem właśnie wczesne rozpoznanie choroby zwiększa szanse na jej skuteczne leczenie. Zdaniem prof. Alicji Chybickiej Narodowy Fundusz Zdrowia najbardziej zajmuje się trzeciorzędową profilaktyką, która ma na celu choremu już dziecku stworzyć takie warunki, aby – zależnie od choroby – wyzdrowiało ono jak najszybciej albo pozostało przy życiu.

– Na profilaktykę zawsze brakowało pieniędzy, nigdy nie była ona priorytetem, ale dopóki będziemy skupiać się na ratowaniu życia, nic się nie zmieni. Niezbędne jest więc takie przesunięcie środków, aby profilaktyka zdrowotna była priorytetem – podkreślała prof. Alicja Chybicka. – Tymczasem obecnie środków nie wystarcza nawet na ratowanie życia. Umieralność jest dziś w Polsce najwyższa od okresu powojennego – dodała.

Podczas debaty podkreślano, jak wielką rolę w dojrzałych systemach ochrony zdrowia odgrywają narodowe instytuty zdrowia publicznego i że w polskim Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny – Państwowym Instytucie Badawczym (NIZP-PZH-PIB), który mógłby pełnić rolę lidera zdrowia publicznego, podejmowane są działania mające na celu wzmocnienie tej instytucji oraz rozpoczęły się też prace nad reformą obecnego systemu zdrowia publicznego. W NIZP-PZH-PIB trwają prace nad przebudową systemu zdrowia publicznego w Polsce. Jaki jest kierunek tych prac, informował jego dyrektor **dr hab. Grzegorz Juszczyk**, podkreślając, że Instytut w trakcie pandemii uzyskał status państwowego instytutu badawczego, co podkreśla jego strategiczną rolę w obszarze ochrony zdrowia, ale także podwójnie zobowiązuje do tego, aby monitorować kondycję zdrowotną Polaków i proponować nowe rozwiązania na rzecz ochrony zdrowia.

Dr hab. Grzegorz Juszczyk zwracał uwagę na problem finansowania działań**.** – Do tej pory – jak mówił – nie mieliśmy stabilnego, przewidywalnego źródła finansowania inicjatyw z zakresu zdrowia publicznego, które w ramach obowiązującej Ustawy o zdrowiu publicznym są dokładnie monitorowane. Wszystkie jednostki publiczne zaangażowane w realizację Narodowego Programu Zdrowia są zobowiązane do sporządzania sprawozdania ze swoich inicjatyw

z uwzględnieniem podziału na główne cele (wskazanie źródła finansowania, wydatkowane środki, skala oddziaływania). Z tej analizy wyłania się – zdaniem dyrektora Grzegorza Juszczyka – optymistyczny obraz. W ostatnich latach jednostki samorządu terytorialnego raportują po 3–5 mln zł wydatkowanych na różnorodne inicjatywy z zakresu zdrowia publicznego, chociaż nie są one skoordynowane. Samorządy indywidualnie definiują sobie potrzeby zdrowotne i dopasowują do nich swoje interwencje. Nie ma więc tzw. kanonu działań profilaktycznych nawiązującego do analizy danych, z których jasno wynika, jakie są główne czynniki ryzyka, nazywane uniwersalnymi czynnikami ryzyka, z których na pierwszym planie jest palenie tytoniu. Jak mówił dr hab. Grzegorz Juszczyk, lokalnych, regionalnych i krajowych programów interwencji, które wspierałyby osoby chcące zerwać z tym nałogiem, nie ma w naszym kraju, ale w najbliższym czasie Instytut przedstawi propozycje polityki wspierania takich osób.

Podkreślając, jak ważne jest wczesne wykrywanie chorób, wyraził nadzieję, że dobre efekty będzie przynosił realizowany obecnie program 40+. Pozostaje przekonanie obywateli do świadomego korzystania z takiego systemowego rozwiązania. – Świadome korzystanie z opieki zdrowotnej należy do kanonów dobrych interwencji zdrowia publicznego – mówił dr hab. Grzegorz Juszczyk, zwracając też uwagę na te działania kierowanego przez niego Instytutu, które mają na celu zmianę nawyków żywieniowych Polaków na zdrowsze. Jednym z takich przedsięwzięć było powołanie poradni dietetycznej online, w której każdy zainteresowany może bezpłatnie skorzystać z porad dietetyka, psychodietetyka, psychologa czy specjalisty zalecającego odpowiedni dla danej osoby program aktywności fizycznej.

– Budujemy system, w którym będziemy – jak wskazywała senator Beata Małecka-Libera – dysponować funduszem zdrowia publicznego. Środki z tego funduszu będą transferowane do gmin, powiatów, województw, instytucji publicznych, organizacji pozarządowych. Fundusz umożliwi też finansowanie dużych kampanii społecznych, bo tylko one mogą doprowadzić do trwałych zmian w stylu życia Polaków – mówił dr hab. Grzegorz Juszczyk, podkreślając, jak ważne jest także wprowadzenie do szkół lekcji o zdrowiu. Edukacja to fundament, dzięki któremu nowe pokolenie będzie w przyszłości przywiązywać większą wagę do zdrowego stylu życia i rozumieć, jak istotna jest profilaktyka.

W tworzeniu nowego ładu w zdrowiu publicznym jednym z najważniejszych specjalistów jest **prof. Jarosław Pinkas,** konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, który od dawna promuje zmianę stylu życia i podkreśla rolę każdego z nas jako osoby odpowiedzialnej za ochronę swojego zdrowia i życia. Rozpoczynając swoje wystąpienie, wspomniał o nowo wydanej przez PZWL książce „Współczesne wyzwania zdrowia publicznego", w której wymieniono wiele zagrożeń dla zdrowia publicznego. Nawiązując do propozycji senator Beaty Małeckiej-Libery wyłonienia lidera w tej dziedzinie, prof. Jarosław Pinkas opowiedział się za tym, aby tę funkcję pełnił reprezentowany przez dr. hab. Grzegorza Juszczyka NIZP-PZH-PIB. Obecnie trzeba tylko skompletować zespół ekspertów zajmujących się zdrowiem publicznym, m.in. w powiatach, z pracowników Państwowej Inspekcji Sanitarnej, specjalistów z samorządowych komisji zdrowia. Pod kierownictwem „kapitana", można dopłynąć – jak to obrazowo ujął prof. Jarosław Pinkas – do portu „zdrowie", chociaż czas nie jest korzystny. Polacy zbyt wiele informacji czerpią z niesprawdzonych, nierzetelnych źródeł w internecie. Wiele osób nie potrafi odróżnić to, co mądre i dobre, od fałszywych informacji na temat zdrowia. Nawet ludzie, którzy do niedawna się nie wahali, wiedzieli, skąd czerpać wiedzę i kto jest autorytetem, obecnie zaczynają błądzić, stąd m.in. problemy z wyszczepialnością przeciw COVID-19. – Posty z fałszywymi informacjami są zakaźne jak wirusy, utrudniają nam prowadzenie racjonalnych działań w zdrowiu publicznym – mówił prof. Jarosław Pinkas, podkreślając, że najkrótszą jego definicją są dobre wybory zdrowotne. Aby jednak społeczeństwo je podejmowało, profesjonaliści muszą być przekonujący. Także z tego względu ważne jest wspomniane wcześniej budowanie silnej, wiodącej w zdrowiu publicznym instytucji, którą będzie można rozliczać z efektów działania. Chociaż – jak twierdził – wiele już zostało zrobione. Nie należy zatem skupiać się wyłącznie na krytyce obecnego systemu zdrowia publicznego, a dostrzegać także dotychczasowe działania. Szklanka jest do połowy pełna, mówił prof. Jarosław Pinkas, zachęcając do dyskusji na temat działań, dzięki którym można by ją całkiem wypełnić. Dobre wybory zdrowotne społeczeństwa powinny być wpisane w definicję zdrowia publicznego, podkreślał.

Aktywnym partnerem w budowaniu właściwych wyborów zdrowotnych mogą być ośrodki POZ,

zaznaczono podczas debaty. Na tle prezentowanych na wstępie debaty niepokojących danych dotyczących zdrowia Polaków korzystnie wypadają te zebrane przez Centrum Diagnostyczno-Terapeutyczne w Siedlcach i świadczące o tym, że można dobrze realizować zadania odnoszące się do polityki zdrowotnej. Reprezentujący tę jednostkę **dr Artur Prusaczyk** stwierdził na początku swojego wystąpienia, że kluczowe znaczenie w profilaktyce zdrowia ma organizacja. A jest ona efektywna wtedy, gdy są wyznaczone jasne cele, które są omawiane, rozliczane, a współpraca z pacjentami i personelem medycznym układa się dobrze. – Polską specyfiką jest to, iż za podstawowe uważamy problemy kliniczne. Tymczasem takim podstawowym problemem w polskiej ochronie zdrowia jest organizacja. Jesteśmy bardzo dobrze przygotowani do pracy, ale bardzo źle zorganizowani. Racjonalizacja, systematyczność i konsekwencja w działaniu pozwalają na uzyskanie lepszych wyników – zwracał uwagę dr Artur Prusaczyk, dodając, że na wynik ostateczny najbardziej wpływa odsetek pacjentów, którym nie zaproponowano uczestnictwa w badaniach profilaktycznych (wykluczenie, budowanie nierówności w zdrowiu). Dr Artur Prusaczyk próbował zainteresować słuchaczy rozwiązaniami, które sprawdziły się w Siedlcach – tworzenie regionalnych centrów profilaktyki z pracującą w nim grupą ludzi powołanych do kontaktu z mieszkańcami i prowadzenia działań profilaktycznych oraz centrów opieki i wsparcia osób przewlekle chorych. Takie rozwiązania, sprawdzone w wielu krajach, są niezwykle tanie i skuteczne.

Podczas debaty odniesiono się także do sytuacji ochrony zdrowia w pandemii. Przypominając, że walka z pandemią spowodowała niewydolność w wielu obszarach ochrony zdrowia, pozbawiając wielu pacjentów dostępu do szybkiego i skutecznego leczenia, senator Beata Małecka-Libera zwróciła uwagę na konieczność zbudowania strategii ochrony zdrowia, określenia priorytetów i prowadzenia organizacji zdrowia tak, aby przynajmniej te najważniejsze cele mogły zostać zrealizowane (w Polsce największymi wyzwaniami są choroby układu krążenia i onkologiczne). Jednocześnie zwracała uwagę na konieczność przygotowań na wypadek kolejnego zagrożenia. – Musimy mieć przygotowaną, właściwie przeszkoloną i wyposażoną w odpowiedni sprzęt kadrę, która będzie aktywizowana w momencie zagrożenia – podkreślała, dodając, że fachowe kadry medyczne, niezbędne do realizowania wytyczonych priorytetów w ochronie zdrowia, powinny być wspierane przez opiekunów, asystentów itp. Odnosząc się do tego wątku, prof. Alicja Chybicka skonstatowała, że w sytuacji kiedy pojawiają się kolejne fale zakażeń, nie ma już czasu na planowanie, bo wszelkie działania powinny być zaplanowane wcześniej. Z kolei prof. Jarosław Pinkas podkreślał, że w sytuacji pandemii przed katastrofą zdrowotną mogą uchronić nas szczepienia. Apelował więc: szczepmy się, aby zbliżyć się do poziomu zapewniającego odporność populacyjną.

Podsumowanie

Debatę podsumował **prof. Henryk Skarżyński**, podkreślając, że wszystko to, co zostało powiedziane podczas jej trwania, także podczas innych debat i paneli eksperckich Kongresu, należy zaliczyć do działań prozdrowotnych. Edukacja społeczna, temat często poruszany podczas obrad, to element zdrowia publicznego, podobnie pokazywanie dobrych praktyk w wielu obszarach. Do tych praktyk należy zaliczyć m.in. badania przesiewowe, które kształtują właściwe postawy już u najmłodszych. Zdaniem wszystkich uczestników debaty niezwykle ważne dla zdrowia publicznego jest powołanie lidera, będącego „adwokatem społeczeństwa", koordynującego działania w tym obszarze, tak aby dostęp do profilaktyki był jednakowy dla wszystkich.

W obecnej, nie najlepszej sytuacji w ochronie zdrowia, kiedy mamy kolejne fale pandemii i niewydolny system, ważne jest wskazanie priorytetów w zdrowiu publicznym i poprawienie organizacji w taki sposób, aby osiągnąć najważniejsze cele, do których można zaliczyć zredukowanie liczby chorób układu krążenia oraz przedwczesnych zgonów z ich powodu, a także zmniejszenie zagrożenia z powodu chorób onkologicznych. Za jedno z najważniejszych wyzwań uznano stworzenie strategii działania na wypadek zdarzenia katastroficznego. Ze względu na globalizację – zwracał uwagę **prof. Michał Kleiber** – musimy być przygotowani m.in. na inne pandemie.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:41:26

Debata plenarna ministrów zdrowia

Nadzór epidemiologiczny w polskiej ochronie zdrowia w okresie ostatnich 30 lat

Moderatorzy: Renata Furman, redaktor naczelna „Służby Zdrowia"
dr hab. Andrzej Wojtyła, prof. AK, minister zdrowia w latach 1992–1993, rektor Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: dr Marek Balicki, minister zdrowia w roku 2003 i w latach 2004–2005, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia
prof. Marcin Czech, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, wykładowca Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej
dr hab. Adam Fronczak, prof. WUM, wiceminister zdrowia w latach 2007–2011, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
dr Anna Gręziak, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2005–2007, doradca Prezydenta RP, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta
Maciej Miłkowski, wiceminister zdrowia
prof. Jarosław Pinkas, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2015–2017, dyrektor Szkoły Zdrowia Publicznego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Witając uczestników debaty, **prof. Henryk Skarżyński** przypomniał, że podczas 1. Kongresu „Zdrowie Polaków" w 2019 r. debata ministrów zdrowia cieszyła się bardzo dużym zainteresowaniem i wywołała wielkie uznanie uczestników Kongresu. – Gratulowano nam, że członkowie kierownictw resortu zdrowia kolejnych rządów spotkali się, aby zabrać głos w ważnej dyskusji – mówił prof. Henryk Skarżyński – Cieszę się, że możemy spotkać się z przyjaciółmi – dodał. – Wszystkich przedstawicieli resortu zdrowia, począwszy od **Pana Ministra Andrzeja Wojtyły**, zespół Światowego Centrum Słuchu, w którym się znajdujemy, traktuje jak przyjaciół. Wszyscy oni wnieśli bowiem wkład w to, że Instytut sprawnie funkcjonuje, a my możemy mieć satysfakcję, że wykonujemy najwięcej na świecie operacji poprawiających słuch. Pragnę przypomnieć – mówił dalej prof. Henryk Skarżyński – że podczas pierwszej w Polsce operacji wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej w 1992 r. nowo mianowany minister, Pan Andrzej Wojtyła, zaszczycił nas swoją obecnością i obserwował przebieg operacji na monitorze. Dzisiaj wspominam to z wdzięcznością, bo moment tej pierwszej operacji stał się początkiem tego wszystkiego, co udało się nam potem zrobić przez wiele lat i zbudować to, gdzie się dziś znajdujemy. – Rzadka to okazja gościć razem byłych i obecnych ministrów – dodała współmoderująca debatę **red. Renata Furman,** oddając głos uczestnikom debaty.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Jak kształtował się nadzór epidemiologiczny w Polsce w ostatnich 30 latach.**
2. **Niedostateczne działania w obszarze zdrowia publicznego.**
3. **Nacisk na edukację zdrowotną od najmłodszych lat.**
4. **Jakich zmian potrzebuje ochrona zdrowia? W jakim kierunku powinny one zmierzać?**
5. **Nowa rola Państwowej Inspekcji Sanitarnej.**
6. **Integracja zdrowia publicznego z medycyną szkolną, pracy oraz naprawczą.**

Wprowadzenie do debaty wygłosił prof. Andrzej Wojtyła. Przypomniał historię kształtowania i działania nadzoru epidemiologicznego w ostatnich 30 latach. Zwrócił uwagę, że w Polsce, inaczej niż w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, po 1989 r. nie dokonano całościowej, rewolucyjnej zmiany w obszarze nadzoru sanitarno-epidemiologicznego. Obowiązującą wówczas ustawę dostosowywano poprzez kolejne nowelizacje do nowych wyzwań i potrzeb. Zmieniała się nie tylko organizacja instytucji – od scentralizowanej poprzez podległą samorządom do ponownej centralizacji. Zmieniał się także charakter instytucji. Początkowo skupiano się głównie na egzekwowaniu istniejących przepisów, co nie było zgodne z zadaniami i celami zdrowia publicznego, które powinno opierać się na promocji postaw zdrowotnych i edukowaniu społeczeństwa, a nie na sankcjach. Prof. Andrzej Wojtyła podkreślił, że wszyscy uczestnicy debaty przyczynili się w jakimś stopniu do tego, by instytucję Państwowej Inspekcji Sanitarnej zmienić. Dzisiaj instytucja ta zatrudnia ponad 16 tysięcy osób, działa 340 stacji sanitarno-epidemiologicznych. Państwowa Inspekcja Sanitarna o strukturze scentralizowanej ma lepszy aparat i kompetencje do sprawnego i profesjonalnego działania na rzecz zdrowia publicznego.

Uczestnicy debaty odnieśli się do konstatacji red. Renaty Furman, że jednym z istotnych problemów, którego rozwiązanie nie zależy w sposób bezpośredni i kluczowy ani od organizacji systemu ochrony zdrowia, ani od jego zasobności, jest niedostateczne działanie w obszarze zdrowia publicznego, a co za tym idzie, niedostateczne działania na rzecz prewencji chorób i zbyt małe zaangażowanie Polaków we własne zdrowie. Uczestnicy debaty zgodzili się z tą opinią. Jak przypomniał **dr Marek Balicki**, z danych NIZP-PZH-PIB wynika, że 65 proc. zgonów osób do 75. roku życia to zgony do uniknięcia, a 2/3 przyczyn spośród nich można szukać w obszarze zdrowia publicznego, bowiem niedostatecznie wykorzystujemy możliwości z zakresu edukacji i promocji zdrowia. Wciąż niedostatecznie wykorzystana jest także rola, jaką mógłby i powinien pełnić NIZP-PZH-PIB. Drugim obszarem, którego zadania i ich realizację należy wzmocnić, jest edukacja zdrowotna na poziomie podstawowym – przedszkolnym i szkolnym – a więc wzmocnienie podstawy programowej. Dr Balicki wskazał także, że obecnie nie istnieją na poziomie społeczności lokalnych placówki, których wyłącznym zadaniem byłaby działalność na rzecz zdrowia publicznego – edukacji, promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Warto byłoby utworzyć centra zdrowia publicznego w każdym powiecie, które byłyby bardzo związane z lokalną społecznością, dostosowując działania do jej potrzeb i uwarunkowań.

Prof. Marcin Czech przypomniał, że w dokumencie rządowym Polityka Lekowa Państwa w latach 2018–2022 wiele miejsca poświęcono temu, jak Polska powinna prowadzić działania w zakresie profilaktyki, szczepień ochronnych i innych obszarach, w których Państwowa Inspekcja Sanitarna odgrywa kluczową rolę. W dokumencie tym, o czym warto pamiętać, postawione są diagnozy, wskazane rozwiązania, a także obszary priorytetowe wymagające zmian. W nim między innymi zawarto postulat pionizacji Państwowej Inspekcji Sanitarnej po to, aby wzmocnić jej działania, także poprzez lepszy przepływ informacji. Prof. Czech przypomniał, że właśnie w tym dokumencie umieszczono analizę i przewidywania możliwej pandemii i jej skutków, kwestie napływu imigrantów i problem dotyczący ich szczepień. Podkreślił, że inspekcja sanitarna w walce z pandemią COVID-19 zdała egzamin na tyle, na ile była wyposażona w niezbędne narzędzia do działania. Pandemia odsłoniła bowiem wszystkie braki tej instytucji, dziedziczone od wielu lat: brak informatyzacji, narzędzi komunikacji, niedofinansowanie. Ale problem nie leży tylko w organizacji czy zarządzaniu inspekcji sanitarnej. W systemie zdrowia istnieje wiele podmiotów, które powinny ściśle z nią współpracować. To oczywiście NIZP-PZH, ale także wojskowy pion inspekcji sanitarnej, tj. Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii. Prof. Czech zwrócił też uwagę na problem silosowości resortów w państwie i powielania pewnych działań przez podmioty z poszczególnych ministerstw. Przy lepszej koordynacji i odpowiedniej współpracy zadania z zakresu zdrowia publicznego byłyby realizowane w sposób znacznie bardziej efektywny.

Prof. Adam Fronczak podkreślił, że niezbędne jest zintegrowanie obszaru zdrowia publicznego i medycyny naprawczej. Przypomniał, że zdrowie publiczne zajmuje się i zdrowiem, i chorobą. Obszar zdrowia to promocja, profilaktyka, edukacja, polityka zdrowotna, regulacje prawne. Natomiast w obszarze choroby to systemy zdrowotne, zasady ich funkcjonowania, szeroko pojęta ekonomika, zapewnienie jakości, epidemiologia, a wszystko to spięte

klamrą organizacji i zarządzania. Dopóki nie zdamy sobie sprawy, czym tak naprawdę jest zdrowie publiczne i jak silnie jest z nim skorelowana medycyna naprawcza, nie wykorzystamy jego potencjału. Jeśli chodzi o kadry, to nadal nie jest rozwiązany problem zatrudnienia w systemie absolwentów wydziałów zdrowia publicznego. Prof. Adam Fronczak zwrócił też uwagę, że zadania celów operacyjnych z Narodowego Programu Zdrowia, które są finansowane na dobrym poziomie i realizowane przez różne podmioty, nie podlegają kompleksowej ewaluacji i nie mamy w związku z tym wiedzy, na ile działania te są efektywne.

Dr Anna Gręziak zwróciła uwagę, że pewne niezwykle ważne i dobrze funkcjonujące obszary po transformacji ustrojowej niestety zostały zaniedbane. Przykładem jest medycyna szkolna, która z trudem się odradza, a także medycyna pracy, która została mocno zdewaluowana. To są obszary, w których powinny być prowadzone działania edukacyjne, promocyjne i profilaktyczne.

Z diagnozami i powyższymi rekomendacjami zgodził się **minister Maciej Miłkowski.** Przypomniał, że podstawy legislacyjne, a więc Ustawa o zdrowiu publicznym i Narodowy Program Zdrowia, stworzyły możliwości intensywnych działań w obszarze zdrowia publicznego. Działa już szereg programów w tym zakresie i wciąż formułowane są nowe, wyznaczane kolejne zadania i priorytety, jak chociażby Program profilaktyki uzależnień od internetu i nowych technologii, adresowany głównie do dzieci i młodzieży. Zaznaczył, że dotychczasowe, w dużej części skuteczne rozwiązania na rzecz ograniczenia palenia tytoniu będą kontynuowane w kolejnym etapie działań. Minister Maciej Miłkowski podkreślił kluczową rolę edukacji skierowanej bezpośrednio do pacjentów. Wskazał, że zadania z tego zakresu z powodzeniem mogą realizować, i często już to czynią, pielęgniarki i farmaceuci. Dotyczy to na przykład obszaru diabetologii. Niemniej jednak potrzebujemy w systemie edukatorów zdrowotnych i rolę tę mogliby pełnić między innymi absolwenci wydziałów zdrowia publicznego.

Prof. Jarosław Pinkas wyraził opinię, że instytucją wiodącą w zakresie zdrowia publicznego powinien być NIZP-PZH-PIB z przedstawicielstwami zdrowia publicznego w powiatach, którymi powinna być powiatowa inspekcja sanitarna. Tak skonstruowany system ma badać i analizować potrzeby populacji oraz współpracować z wydziałami zdrowia, które działają w strukturach samorządowych. Prof. Jarosław Pinkas podkreślił konieczność docenienia pracowników inspekcji sanitarnej, wartości i wagi ich pracy. Szacunek ten powinien być

wyrażany także poprzez odpowiednie doinwestowanie i dofinansowanie instytucji inspekcji sanitarnej.

Uczestnicy panelu odnieśli się także do zagadnienia kierunku zmian, które mogłyby usprawnić działania systemu ochrony zdrowia w Polsce, i przedstawili krótkie recepty, których zastosowanie przyczyniłoby się do tego. Zdaniem ministra Marka Balickiego wymierne korzyści w tym zakresie może przynieść zintegrowanie na poziomie regionu funkcji płatnika z funkcją właściciela, zwłaszcza właściciela szpitali, i dodanie do tego odpowiedzialności za konkretną populację na danym obszarze. Prof. Marcin Czech podkreślił znaczenie, jakie przyniósłby przegląd zasobów kadrowych, finansowych i materialnych podmiotów, które odgrywają kluczową rolę w zdrowiu publicznym, i określenie optymalnego zarządzania tymi zasobami. Zdaniem prof. Adama Fronczaka optymalizację systemu spowodowałoby połączenie działań centralnych i programów prowadzonych przez samorządy. Nikotynizm, nadmierne spożycie alkoholu, nadciśnienie tętnicze to problemy dotykające ogromnej części populacji i działania na rzecz minimalizowania tych zjawisk powinny być prowadzone centralnie, bo te czynniki ryzyka są odpowiedzialne za ponad 30 proc. wszystkich chorób. Tak prowadzone są np. programy profilaktyki raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Jako rozwiązania usprawniające działanie systemu dr Anna Gręziak wymieniła konieczność przywrócenia właściwej roli lekarzy rodzinnych, którzy powinni być przewodnikiem pacjenta po systemie. Jak dodała, należy także powrócić do konstruowania planów zabezpieczenia medycznego na poziomie regionalnym, przy czym nie może to być zadanie płatnika. Brakuje w naszym systemie jasno sprecyzowanego podmiotu – organizatora. To problem do jak najszybszego rozwiązania. Minister Maciej Miłkowski także podkreślił, że kluczową kwestią jest regionalizacja w zakresie organizacji i określenia potrzeb zdrowotnych. Zaznaczył przy tym, że obszar polityki zdrowotnej musi być obszarem współpracy między wszystkimi siłami politycznymi w kraju. Jak dodał w tym miejscu prof. Jarosław Pinkas, o zdrowiu publicznym nie wolno myśleć w perspektywie cyklu wyborczego.

Prof. Andrzej Wojtyła zwrócił uwagę na aspekt zadań w obszarze naukowym, jaki stoi przed wiodącą w zdrowiu publicznym instytucją, tj. NIZP-PZH-PIB. Konieczna jest stała analiza i ewaluacja tego, co realizowane jest w Polsce w obszarze zdrowia publicznego. Profesor przywołał jako jeden z przykładów bilanse zdrowia, tworzone przez lekarzy rodzinnych, które stanowią wielki, a niewykorzystany materiał do analizy i tworzenia rekomendacji.

Podsumowanie

Na zakończenie debaty **prof. Henryk Skarżyński** zaznaczył, że obecność przedstawicieli kierownictw resortu zdrowia z ostatnich 30 lat potwierdza wolę współpracy i wzajemne poszanowanie. Wyraził także przekonanie, że w obszarze zdrowia publicznego liderem politycznym jest minister zdrowia. Teraz stajemy przed szansą, aby był także lider merytoryczny, tj. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 2:02:19

Debata plenarna dyrektorów instytutów medycznych

Rola instytutów medycznych we współczesnej ochronie zdrowia

Moderator: dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: dr n. farm. Anna Kowalczuk, MBA, dyrektor Narodowego Instytutu Leków
dr hab. Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego
prof. Andrzej Kawecki, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii
prof. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. E. Reicher
prof. Ewa Lech-Marańda, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii
dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie
prof. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi
dr hab. Stefan Wesołowski, prof. IGiChP, dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, kierownik Zakładu Fizjopatologii Oddychania im. prof. A. Koziorowskiego IGiChP

– To bardzo ważna debata. Mamy bowiem okazję pokazać, czym medyczne instytuty badawcze się zajmują i jaki jest nasz wkład w zdrowie publiczne i medycynę interwencyjną – mówił **prof. Henryk Skarżyński**, witając na łączach współmoderatora **dr. Marka Migdała** oraz pozostałych uczestników – dyrektorów medycznych instytutów badawczych. Przypominając motto Kongresu: „Zdrowie Polaków, zdrowie każdego z nas to największy kapitał i największa inwestycja na przyszłość", dr Marek Migdał pytał uczestników, jak instytuty przez nich reprezentowane działają na rzecz zdrowia Polaków oraz jakie realizują programy, szczególnie profilaktyczne. Realizacja tych ostatnich jest istotna zwłaszcza w przypadku instytutów, których działalność kliniczna jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak bowiem dotąd podkreślano w wielu dyskusjach, potencjał tych ośrodków, wiedza i doświadczenie ekspertów powinny być lepiej wykorzystane w działaniach profilaktycznych.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Aktualne, najważniejsze działania instytutów na rzecz zdrowia Polaków, ich sposób i zakres realizacji (programy profilaktyki zdrowotnej, strategiczne programy narodowe itp.).**
2. **Specyfika pracy medycznych instytutów badawczych w czasie pandemii.**
3. **Oczekiwania instytutów odnośnie realizowania, koordynowania zadań zleconych przez resort zdrowia oraz edukacji i nauki.**
4. **Nowe projekty i perspektywy rozwoju.**

Dr Anna Kowalczuk, odpowiadając na zadane pytania, zaznaczyła, że kierowany przez nią Narodowy Instytut Leków, nie mając pacjentów, skupia się na zapewnieniu bezpiecznej, skutecznej farmakoterapii. – Przez ostatni rok, podobnie jak w latach ubiegłych, ocenialiśmy bezpieczeństwo i jakość

produktów leczniczych – mówiła. W Narodowym Instytucie Leków kontynuowane są m.in. prace dotyczące weryfikacji obecności rakotwórczych nitrozoamin w kolejnych grupach produktów, zgodnie z wytycznymi Europejskiego Dyrektoriatu ds. Jakości Leków. Instytut podejmuje też działania mające na celu zapewnienie Polsce bezpieczeństwa lekowego, m.in. określanie niezbędnych substancji czynnych i leków, które powinny być w naszym kraju wytwarzane, aby zapewnić ich dostępność. – W związku z tym powstał projekt powołania Krajowego Centrum ds. Zapewnienia Bezpieczeństwa Lekowego, w ramach którego skupimy się na trzech obszarach: działaniach na rzecz suwerenności lekowej (opracowywanie rekomendacji, uniezależnienie od rynków azjatyckich), tworzeniu zasad racjonalnej antybiotykoterapii w oparciu o dane z krajowego ośrodka referencyjnego ds. lekowrażliwości drobnoustrojów (optymalizacja zużycia antybiotyków, żeby w pandemii mieć zapas najbardziej skutecznych leków w tej grupie) i wreszcie rozwijanie kompetencji oraz laboratoriów pozwalających na identyfikowanie nowych, trudnych do rozpoznania zanieczyszczeń, przez które niektóre leki muszą być wycofywane z aptek – mówiła dr Anna Kowalczuk.

Dr hab. Grzegorz Juszczyk podkreślił, że już na początku pandemii Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH-PIB) pomagał w uruchomieniu diagnostyki laboratoryjnej pod kątem COVID-19 i prowadził działania w obszarze molekularnego nadzoru nad chorobami zakaźnymi. NIZP-PZH-PIB jest zaangażowany w realizację Narodowego Programu Zdrowia, mówił dyrektor Grzegorz Juszczyk, zaznaczając, że przez cały okres pandemii działa Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej i Centrum Dietetyki online, dzięki któremu po raz pierwszy Polacy mogą zdalnie korzystać z poradnictwa dietetycznego, co jest szczególnie ważne w pandemii, bo nadwaga i otyłość to obecnie jeden z największych problemów związanych ze zdrowiem Polaków.

Odnosząc się do potrzeb w ochronie zdrowia, mówił: – Monitorowanie zdrowia Polaków to nasz główny cel. Obecnie istnieje potrzeba zbudowania nowego systemu ochrony zdrowia publicznego, który będzie wykorzystywał doświadczenia sprzed pandemii oraz z przebiegu pandemii i który pozwoli sprawniej i szybciej reagować na nowe zjawiska. Chętnie staniemy się liderem, który wspomoże działania innych instytutów w zakresie zdrowia.

Prof. Andrzej Kawecki zaznaczył, że działalność reprezentowanego przez niego Narodowego Instytutu Onkologii jest dwutorowa. Pierwszy tor stanowi leczenie kliniczne (pełen zakres świadczeń onkologicznych, m.in. nowoczesna radioterapia, wszystkie zakresy chirurgii narządowej). Narodowy Instytut Onkologii wraz z oddziałami w Gliwicach i Krakowie leczy więcej niż 30 proc. wszystkich chorych na nowotwory w Polsce. Działalność Instytutu nie została też przerwana w krytycznym momencie pandemii w 2020 r., przez cały ten czas odbywały się operacje, a chorzy przechodzili pełny cykl leczenia – tylko w warszawskim ośrodku przeprowadzono ponad 20 tys. hospitalizacji i przeszło 9 tys. zabiegów operacyjnych, 7,5 tys. radioterapii. Drugi tor to działalność w ramach Narodowej Sieci Onkologicznej i opracowanie wytycznych dotyczących postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, które ma prowadzić do ujednolicenia standardu leczenia w onkologii. W ramach profilaktyki stworzono ogólnokrajowy portal onkologiczny, poprawiono też jakość badań przesiewowych. Prowadzone od wielu lat badania skriningowe wymagają unowocześnienia – w badaniach pilotażowych np. cytologia zastępowana jest badaniami na obecność wirusa HPV.

Prof. Andrzej Kawecki zaznaczył, że Polacy niechętnie korzystają z badań przesiewowych, dlatego niezbędne jest prowadzenie akcji uświadamiających, że badania profilaktyczne i zachowania prozdrowotne istotnie zmniejszają ryzyko zachorowań na nowotwory, a także prowadzenie profilaktyki pierwotnej, np. szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV u chłopców i dziewcząt w wieku dojrzewania.

Prof. Brygida Kwiatkowska przyznała, że dla reprezentowanego przez nią Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. Eleonory Reicher, leczącego najwięcej pacjentów na choroby zapalne reumatoidalne i mającego też najwięcej pacjentów leczonych biologicznie, ubiegły rok był wyjątkowo trudny. Instytut został bowiem przekształcony w 84-łóżkowy szpital covidowy. Mimo to starano się, aby dotychczasowi chorzy pozostali pod jego opieką, a nowych pacjentów włączano w programy lekowe. Mimo pandemii Instytut przyłączył się także do akcji szczepienia przeciw COVID-19, a w ramach działań profilaktycznych prowadził m.in. programy dotyczące: reumatoidalnego zapalenia stawów, przewlekłych bólów kręgosłupa oraz osteoporozy, a także chorób odkleszczowych.

W ramach działalności badawczej zajął się nowym zagadnieniem w geriatrii – zespołem kruchości i słabości u osób powyżej 65. roku życia, który wykrywa się u 17 proc. społeczeństwa.

Uczestnicząca w debacie **prof. Ewa Lech-Marańda** podkreśliła, że działalność lecznicza Instytutu Hematologii i Transfuzjologii prowadzona jest w pięciu klinikach, które zapewniają wysokospecjalistyczne świadczenia w zakresie hematologii, łącznie z przeszczepianiem krwiotwórczych komórek macierzystych. W okresie pandemii w Instytucie znajdował się jedyny oddział w Polsce, który leczył zakażonych SARS-CoV-2 na nowotwory hematologiczne. Instytut nadzoruje merytorycznie pracę jednostek publicznej służby krwi, tzn. czuwa nad bezpieczeństwem i skutecznością pobierania i przetaczania składników krwi. Bierze udział w programie profilaktyki zdrowotnej zatytułowanym „Zapewnienie samowystarczalności Rzeczpospolitej Polskiej w krew i jej składniki". Jest partnerem w projekcie „E-krew", którego liderem jest Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. – Prowadzimy krajowy rejestr dawców krwi, który znajdzie się w programie „E-krew", oraz krajowy program oceny jakości badań dla laboratoriów immunologii transfuzjologicznej, w którym uczestniczy ponad 400 laboratoriów – jest to jeden z największych takich programów na świecie – mówiła prof. Ewa Lech-Marańda, dodając, że Instytut koordynuje kolejną edycję Narodowego Programu Leczenia Chorych na Hemofilię i Pokrewne Skazy Krwotoczne – obecna edycja potrwa do 2023 roku. Jest on również partnerem w projekcie finansowanym przez Agencję Badań Medycznych dotyczącym wytworzenia swoistej immunoglobuliny ludzkiej z osocza dawców po przebytej infekcji wirusowej SARS-CoV-2 i jej zastosowania terapeutycznego u pacjentów z COVID-19.

– Instytut Matki i Dziecka w Warszawie już od 70 lat zajmuje się zdrowiem kobiet i dzieci w Polsce – mówił na wstępie **dr Tomasz Maciejewski**. – Podstawą profilaktyki zdrowotnej w naszym Instytucie są badania przesiewowe noworodków – na 350 tys. noworodków w tym roku zdiagnozowano 30 przypadków chorób rzadkich, metabolicznych. W tym roku rozpoczęliśmy też badania pod kątem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA), dzięki badaniom przesiewowym możliwe jest wdrożenie nowoczesnych technologii leczenia dzieci obarczonych tą genetyczną chorobą w bardzo krótkim czasie – od rozpoznania tej choroby nie mija miesiąc, a dziecko już jest objęte leczeniem, dzięki czemu ma szanse normalnie się rozwijać – podkreślał dr Tomasz Maciejewski. Instytut bierze też udział w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych, u dzieci dotyczy to głównie guzów litych. W tym przypadku zajmujemy się jakością diagnostyki, jak i oceną jakości życia i stanu zdrowia młodzieży po leczeniu. W Narodowym Programie Zdrowia

2020–2021 filarami naszej działalności są: diagnoza, interwencja, nadciśnienie, otyłość – to europejska inicjatywa monitorowania stanu zdrowia dzieci organizowana wspólnie z WHO. W 2021 r. badaliśmy też wpływ pandemii na zmianę wybranych czynników ryzyka i wskaźników zachowań zdrowotnych wśród 1500 dzieci w wieku ośmiu lat oraz ich rodziców. Jest to badanie przekrojowe, które pokaże, jak COVID-19 wpłynął na nasze rodziny – dodał dr Tomasz Maciejewski.

Prof. Jolanta Skorupa-Walusiak podkreśliła, że Instytut Medycyny Pracy im prof. J. Nofera w Łodzi zajmuje się szeroko pojętym zdrowiem pracownika. Do jego zadań należy orzekanie o chorobach zawodowych. – To jest nasza działalność najmniej związana z profilaktyką – zaznaczyła prof. Jolanta Skorupa-Walusiak. – Oprócz tego kreujemy politykę w ochronie zdrowia dla pracujących, kształcimy podyplomowo lekarzy, ustalamy wytyczne, na przykład w pandemii dla pracodawców.

– Główna działalność profilaktyczna Instytutu opiera się na badaniach związanych z przyjęciem do pracy, a później z jej wykonywaniem – zaznaczała prof. Jolanta Skorupa-Walusiak. Jak zapowiedziała, w ramach Narodowego Programu Zdrowia będą prowadzone trojakie działania. Po pierwsze, zostanie wprowadzony szereg baz danych – bazy chorób zawodowych, czynników biologicznych oraz czynników rakotwórczych w miejscu pracy. Drugi obszar działalności Instytutu Medycyny Pracy to szeroko pojęta profilaktyka adresowana do miejsca pracy, jak i wychodząca poza obszar obejmujący biomonitoring czy szacowanie ryzyka. – Widzimy wiele nowych problemów będących następstwami COVID-19, jak chociażby zaniedbania zdrowotne w obszarze chorób niezakaźnych – pacjenci odkładali badania i wizyty u lekarza, bo czekali, aż skończy się pandemia. To dotyczy też młodzieży, która lada chwila znajdzie się na rynku pracy, oraz osób, które pracowały zdalnie, mówiła prof. Jolanta Skorupa-Walusiak, dodając, że trzeci ważny element działalności Instytutu to wsparcie starzejącego się pracownika oraz firm, w których takie osoby pracują.

– Prowadzimy działalność zarówno naukową, jak i kliniczną – rozpoczął swoje wystąpienie **prof. Stefan Wesołowski.** – Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc zajmuje się, jako jedyny w Polsce, niektórymi chorobami rzadkimi i należy do europejskiej sieci chorób rzadkich. W ramach Narodowej Strategii Onkologicznej jest m.in. koordynatorem „Programu wczesnego wykrywania raka płuca" i prowadzi szczegółową bazę zachorowań na ten nowotwór. – Z kolei w ramach „Programu kompleksowej profilaktyki, diagnostyki i leczenia nowotworów i chorób układu oddechowego mieszkańców Płocka i powiatu płockiego", realizowanego wspólnie z Narodowym Instytutem Onkologii, zajmujemy się nie tylko rakiem płuc, lecz także chorobami dróg oddechowych w kontekście epidemiologicznym oraz chorobami obturacyjnymi płuc jako chorobami społecznymi o bardzo dużej częstości występowania – podkreślał prof. Stefan Wesołowski, zaznaczając, że działania edukacyjne w ramach tego programu kierowane są nie tylko do personelu medycznego, lecz całej populacji.

Instytut od wielu lat zajmuje się epidemiologią gruźlicy. Od 1957 r. prowadzi rejestr zachorowań na tę chorobę, który pozwala na analizę bieżącej sytuacji epidemiologicznej i przewidywanie właściwego postępowania, diagnostyki i leczenia gruźlicy w Polsce.

– Rocznie udzielamy świadczeń medycznych ponad 250 tys. dzieci – połowa z nich pochodzi spoza Mazowsza. Są obszary, w których jesteśmy jedynymi świadczeniodawcami. Jako jedyni w Polsce leczymy siatkówczaki metodą najmniej inwazyjną – podajemy chemioterapeutyk bezpośrednio do gałki ocznej poprzez tętnicę oczną – mówił dr Marek Migdał, zaznaczając jednocześnie, że Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" jest jednym z największych na świecie ośrodków transplantacji wątroby i nerek, obecnie przygotowuje się również do przeszczepu innych narządów. Ponadto aktywnie uczestnicy w narodowych programach zdrowia, m.in. w Narodowej Strategii Onkologicznej, a także nowym rządowym programie, jakim jest Strategia Rozwoju Kardiologii. W ramach tego ostatniego Instytut chce zwrócić uwagę na problem, który dotyczy dzieci z wadami wrodzonymi serca, a dokładniej kontynuacji ich leczenia, w tym operacyjnego, kiedy uzyskują pełnoletniość. Istnieje potrzeba stworzenia jasnego systemu przekazywania tych pacjentów ośrodkom specjalizującym się w leczeniu zachowawczym i zabiegowym (z uwzględnieniem również przeszczepienia serca). Od wielu lat Instytut prowadzi rejestr interwencji kardiochirurgicznych u dzieci na potrzeby Polski – Krajowy Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych (KROK) – w nim uwzględniana jest nie tylko liczba przeprowadzonych zabiegów, ale i ich jakość. Dr Marek Migdał przypomniał także,

że Zakład Zdrowia Publicznego Centrum Zdrowia Dziecka brał udział w olbrzymim badaniu epidemiologicznym obejmującym 22 tys. dzieci w wieku od 3–18 lat. Na podstawie wyników tego badania wypracowano wartości referencyjne ciśnienia tętniczego, które zostały wprowadzone jako obowiązkowy element oceny rozwoju dzieci.

Prof. Henryk Skarżyński podkreślił, że Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, który w tym roku obchodzi swoje 25-lecie, od początku swojego istnienia prowadzi działania mające na celu uświadamianie społeczeństwa, jak ważna jest ochrona słuchu, a także wczesne wykrywanie zaburzeń słuchu, głosu i równowagi, smaku i węchu. Ostatnio, z okazji jubileuszu, w Instytucie odbywa się cykl 25 konferencji pt. „Nauka dla społeczeństwa" – to jedna z form działalności edukacyjnej, prowadzonej pod kątem edukacji nie tylko pacjentów.

– W ciągu 25 lat istnienia w Instytucie wykonano ponad 4 mln badań i konsultacji, ponad 520 tys. operacji. Jako szpital przeprowadzamy najwięcej na świecie zabiegów poprawiających słuch, a w ostatnim półroczu – najwięcej wysokospecjalistycznych procedur wszczepienia implantów słuchowych. Jako jednostka naukowa rozwijamy programy badawcze i wdrożeniowe odnoszące się do zmysłów. W pandemii badania zmysłu smaku i węchu nabrały nowego znaczenia. Mamy nowe narzędzia do tych badań – specjalnie skonstruowaną Kapsułę Badań Zmysłów. Wdrażamy programy, które odnoszą się do wykrywania zakażeń bezobjawowych oraz do monitorowania zakażeń objawowych z wykorzystaniem oceny smaku i węchu – wymieniał prof. Henryk Skarżyński.

Do nowych wyzwań Instytutu – jak mówił prof. Henryk Skarżyński – trzeba zaliczyć opracowanie programu dotyczącego poprawy komunikacji poprzez wczesne wykrywanie zaburzeń narządów zmysłów. – W tym przypadku pandemia zmieniła nieco nasze plany – przyznał. – Z uwagi na obostrzenia sanitarne nie mogliśmy bowiem dotrzeć do miejsc, w których takie programy wcześniej zainicjowaliśmy (do polskich szkół i różnych placówek w 25 krajach). Przystąpiliśmy zatem szybko do opracowania nowych programów z wykorzystaniem sztucznej inteligencji, dzięki którym można przeprowadzać takie badania zdalnie, bezkontaktowo, z zachowaniem reżimu sanitarnego. Pokazaliśmy, że te badania mogą być powszechne i tanie – mówił prof. Henryk Skarżyński.

W podsumowaniu debaty dr hab. Grzegorz Juszczyk podkreślał zasadność rozważanego obecnie przez Ministra Zdrowia i Agencję Badań Medycznych planu długofalowego finansowania badań epidemiologicznych, z kolei prof. Andrzej Kawecki zaznaczył, że Narodowa Strategia Onkologiczna po raz pierwszy daje nam szansę, aby pod względem wyleczalności nowotworów złośliwych dogonić kraje zachodnie. Prof. Ewa Lech-Marańda odniosła się natomiast do sposobu finansowania instytutów medycznych, które nie tylko leczą, lecz także prowadzą działalność naukową. Dlatego ważne jest, aby dotacje z Ministerstwa Edukacji i Nauki na naukę nie malały, tylko wzrastały. – Bez inwestycji w naukę nie stworzymy właściwych warunków do prowadzenia badań naukowych, nie będzie też można pozyskać wielu naukowców – zaznaczała. Współprowadzący debatę dr Marek Migdał, wyrażając zaniepokojenie odnośnie płacowych oczekiwań personelu medycznego, zaznaczał, że wynagrodzenia pośrednio wiążą się z finansowaniem procedur przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Jak podkreślał, w instytutach medycznych procedury te powinny być inaczej, lepiej wycenione niż w ośrodkach, które są na niższych poziomach referencyjnych. Wszyscy uczestnicy debaty byli co do tego zgodni.

Podsumowanie

– Spotkanie podkreśla niezwykle ważną rolę 16 czołowych instytutów medycznych w Polsce i pokazuje ich oddziaływanie na całą ochronę zdrowia – mówił na zakończenie debaty współprowadzący **dr Marek Migdał**. – To my, wysokospecjalistyczne wielospecjalistyczne lub monospecjalistyczne szpitale, mamy potencjał kliniczny i zespoły eksperckie, naukowe, bez których nie sposób wyobrazić sobie współczesną medycynę – dodał **prof. Henryk Skarżyński** – Jesteśmy niezbędnym ogniwem systemu ochrony zdrowia w naszym kraju. Nasze instytutowe liczne zespoły eksperckie są obecne w praktycznie wszystkich specjalnościach medycyny. W wielu ich rola jest wiodąca.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:40:49

Debata plenarna rektorów uczelni medycznych

Współczesna edukacja na kierunkach medycznych

Moderatorzy: prof. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
prof. Tomasz Grodzicki, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Uczestnicy: prof. Adrian Chabowski, prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
prof. Krzysztof J. Filipiak, FESC, rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
prof. Dariusz A. Kosior, prorektor ds. medycznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
prof. Jerzy Kotowicz, rektor Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Warszawie
prof. Bogusław Machaliński, rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie
płk dr hab. Leszek Markuszewski, prof. UTH w Radomiu, dziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny w Radomiu
prof. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. nauki i transferu technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
prof. Adam Reich, dyrektor Instytutu Nauk Medycznych oraz Zakładu Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego
prof. Maciej Słodki, rektor Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku
prof. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
dr hab. Danuta Zarzycka, prof. KPU, Zakład Pielęgniarstwa, Karpacka Państwowa Uczelnia w Krośnie
dr hab. Tomasz Zatoński, prof. UMW, prorektor ds. budowania relacji i współpracy z otoczeniem Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Witając uczestników debaty, **prof. Ryszard Gellert** podkreślał, że w zawodzie lekarskim dochodzi do zmiany pokoleniowej. Z pracy odchodzi starsze pokolenie lekarzy, którzy zdobywali wiedzę w relacji mistrz–uczeń. Brakuje kadr medycznych. Młodych specjalistów trzeba więc kształcić więcej i inaczej. Jak zwiększyć liczbę studentów, gdzie i w jaki sposób ich kształcić? Zwiększać liczbę studentów na uniwersytetach medycznych, tworzyć filie dużych ośrodków akademickich czy nowe uczelnie? Każde z tych rozwiązań miało wśród uczestników debaty swoich zwolenników i przeciwników.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Jak zwiększyć liczbę absolwentów kierunków medycznych – przyjmować więcej osób na uczelnie medyczne, tworzyć nowe wyższe szkoły medyczne czy też raczej filie już istniejących?**
2. **Czy możliwe jest wspólne kształcenie studentów w zakresie przedmiotów klinicznych przez dwie uczelnie i wydawanie wspólnego dyplomu?**
3. **Jak powiększyć kadrę nauczycieli akademickich?**
4. **Jak przygotować uczelnie medyczne do zmieniających się oczekiwań pokolenia Z?**
5. **Co zmienić w systemie nauczania przyszłych medyków.**

Zastanawiając się, jak zapewnić możliwość kształcenia większej liczby studentów na kierunkach lekarskich, współmoderujący debatę **prof. Tomasz Grodzicki** za mało realny uznał scenariusz, w którym obecne uczelnie medyczne przyjmą znacznie więcej studentów. Jak jednak podkreślał, istnieją inne rozwiązania: otwieranie nowych szkół medycznych, które będą samodzielnie kształciły przyszłych lekarzy, albo wspólne ich kształcenie przez dwie uczelnie bądź tworzenie filii istniejących już uczelni.

Prof. Adrian Chabowski opowiedział się za zwiększeniem liczby studentów na istniejących już uczelniach medycznych, jak bowiem zaznaczył, należy wspierać profesjonalistów, czyli kadrę tych uczelni, która ma już duże doświadczenie i kompetencje, doskonale zna swoje obowiązki dydaktyczne i kliniczne. – Musimy zrobić wszystko, aby taką kadrę na uczelniach medycznych zatrzymać – mówił, przypominając, że kadra z uczelni medycznych i szpitali klinicznych odchodzi do szpitali wojewódzkich, powiatowych czy miejskich, gdzie jest lepsze finansowanie. – Nie możemy powierzyć kształcenia w zawodach medycznych osobom niekompetentnym – podkreślał.

Prof. Krzysztof J. Filipiak, przypominając, że w Polsce mamy najniższy w krajach OECD, także najniższy wśród wszystkich naszych sąsiadów, współczynnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców, zaznaczał, że w tej sytuacji trzeba korzystać z każdej możliwości kształcenia dodatkowych kadr lekarskich, maksymalnie wykorzystując możliwości kształcenia 22 uczelni mających uprawnienia do prowadzenia kierunku lekarskiego.

– Skłaniam się do koncepcji tworzenia filii przez istniejące już uczelnie – mówił **prof. Dariusz A. Kosior.** – Wiedząc, z jakimi kłopotami borykają się nowe uczelnie, uważam, że właśnie taki system pozwoliłby ich uniknąć przy zachowaniu jakości kształcenia. Choć o jakość kształcenia, czy to w nowych uczelniach, czy filiach – jak zaznaczył – nie należy się obawiać, bowiem czuwa nad nią Polska Komisja Akredytacyjna. Jak mówił, tworzenie filii, choć w sposób nieusankcjonowany, odbywa się na naszych oczach, przypominając, że w latach 2006–2015 liczba osób zrekrutowanych na kierunki lekarskie wzrosła prawie o sto procent. Jest to powód, dla którego uczelnie medyczne w poszukiwaniu nowej bazy muszą sięgać po placówki niebędące jednostkami akademickimi.

Prof. Jerzy Kotowicz, reprezentujący uczelnię niepubliczną kształcącą fizjoterapeutów i pielęgniarki, uznał za zasadne tworzenie nowych filii, a nie nowych uczelni. – Nie mamy takiego potencjału

kadr, aby nowe uczelnie mogły być dobrze prowadzone, a nauczanie miało wystarczająco wysoki poziom – zaznaczył. Prof. Jerzy Kotowicz odniósł się także do pomysłu wspólnego kształcenia studentów przez więcej niż jedną uczelnię. W odniesieniu do uczelni niepublicznych – jak mówił – jest to trudne ze względów praktycznych oraz z uwagi na system rozliczeń, a także dzielenie odpowiedzialności za poziom nauczania. Jeśli podejmują się tego dwie uczelnie, to która z nich ma brać odpowiedzialność za nauczanie, pytał.

– Najbliższy nam jest model wzmocnienia tradycyjnych uczelni medycznych, mających potencjał naukowy, kadrowy i infrastrukturę – mówił z kolei **prof. Bogusław Machaliński,** zwracając jednocześnie uwagę na fakt, że niektóre z uniwersytetów nie mają wcale dobrych warunków do kształcenia, przynajmniej w pewnych obszarach. Trudno jest im więc podjąć wyzwanie, jakim jest rekrutacja większej liczby studentów. Dlatego środki, które mogłyby być przeznaczane czy to na doposażenie filialnych, czy nowych uczelni, proponował przekierować w pierwszej kolejności do tych obecnie kształcących przyszłych lekarzy. W Hiszpanii, USA czy innych krajach – jak mówił – istnieją stare i nowe uczelnie medyczne, jednak tylko te z tradycjami, najbardziej prestiżowe dają absolwentom przepustkę na cały świat. W Polsce przez pewien czas nie będziemy jeszcze na takim etapie, aby różnicować uczelnie, a co za tym idzie – dyplomy przez nie wydawane, m.in. z tego powodu, że niedofinansowanie uczelni medycznych, a także przechwytywanie kadr przez samorządy, które dysponują pieniędzmi, powodują jeszcze większe braki kadrowe w jednostkach uniwersyteckich. A przecież – jak zwracał uwagę prof. Bogusław Machaliński – na świecie najbardziej cenione są właśnie szpitale uniwersyteckie, to one są kuźnią kadr. Jak podkreślał, zwiększając liczbę studentów, nie powinniśmy zatracać jakości kształcenia.

– Mamy ponad 20 uczelni kształcących medyków. To więcej niż jeszcze kilka lat temu, ale wciąż za mało w stosunku do potrzeb. Każda kolejna uczelnia jest więc potrzebna – mówił **prof. Leszek Markuszewski,** odwołując się do 85-letniej tradycji reprezentowanego przez niego radomskiego Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego. Jak mówił, specyfika tych wydziałów jest odmienna od wydziału medycznego i nauk o zdrowiu, dlatego niezbędna jest ciągła praca i współpraca między władzami uczelni, wydziałami oraz częścią medyczną. – Musimy mieć więcej środków na zatrudnienie nauczycieli akademickich, otworzyć drzwi we wszystkich szpitalach i ośrodkach, gdzie pracują specjaliści. Trudno sobie bowiem wyobrazić, aby doświadczony specjalista, certyfikowany poszczególnymi etapami rozwoju zawodowego po szybkim kursie pedagogicznym (uczelnianym) nie mógł prowadzić zajęć ze studentami – mówił prof. Leszek Markuszewski, dodając, że jego zdaniem każda nowo powstała uczelnia ma szansę kształcić lekarzy. Każda musi mieć swój początek i etap rozwoju, aby potem dojść do tradycji 100–200- czy 700-letniej jak Uniwersytet Jagielloński.

Prof. Adam Reich, reprezentujący uczelnię w Rzeszowie, której mury po zakończeniu cyklu kształcenia opuścili w tym roku pierwsi absolwenci, mówił o trudnościach w organizacji kierunku lekarskiego na uczelni, która do tej pory takiej tradycji nie miała, mimo że wcześniej kształciła młodych ludzi w innych zawodach medycznych. – Możemy tworzyć nowe uczelnie, wykorzystywać zaplecze regionalnych szpitali, ale powinniśmy jednak przede wszystkim wzmacniać uczelnie już funkcjonujące – twierdził, dodając, że w szpitalach, do tej pory nieprzygotowanych do kształcenia studentów, są często dobrzy specjaliści, ale nie ma wystarczającego zaplecza. Dlatego wzmocnienie tych uczelni, w których kształcenie odbywa się od lat, jest o wiele prostszym sposobem. Ponadto na wytworzenie atmosfery naukowej, akademickości – co podkreślał – pracuje się latami.

– Dysponujemy dużym, bo już 11-letnim doświadczeniem w kształceniu na kierunkach medycznych (pielęgniarstwo, położnictwo, kosmetologia), potwierdzonym wysokimi ocenami zarówno Państwowej Komisji Akredytacyjnej, jak i Ministerstwa Zdrowia. Jako uczelnia nie możemy jednak ubiegać się o możliwość kształcenia na kierunku lekarskim – mówił **prof. Maciej Słodki** o kierowanej przez niego Mazowieckiej Uczelni Medycznej w Płocku. – Sądzę więc, że furtka dla uczelni legitymujących się dużym doświadczeniem i dużym zapleczem dydaktycznym oraz szpitalnym powinna być otwarta. Czy kształcenie na kierunku lekarskim odbywałoby się w ramach współpracy z uczelnią czy medycznym instytutem badawczym, nadzorującym pierwsze lata tego kształcenia, nie ma większego znaczenia – dodał prof. Maciej Słodki, zapewniając, że na płockiej uczelni jest ono możliwe. Odnosząc się do

tradycji akademickich w kształceniu lekarzy, zadał proste pytanie: czy w obecnej chwili przy braku kadr potrzebni są w Polsce lekarze z doktoratem, czy też lekarze dobrze przygotowani do wykonywania zawodu, czyli tacy, których potrzebują pacjenci? Jednocześnie gratulował jednemu z najmłodszych wydziałów lekarskich na Uniwersytecie Zielonogórskim, który w tym roku wypuścił pierwszych absolwentów – zdali oni najlepiej państwowy egzamin lekarski w Polsce. Jednocześnie prof. Maciej Słodki odniósł się do propozycji doposażania „starych" uczelni medycznych i zwiększania w nich liczby studentów, przypominając, że podczas jego studiów medycznych na roku było 200 studentów, natomiast obecnie na tej samej uczelni przyjmowanych jest co roku 700. Uczelnie są przeładowane, dlatego tak ważne jest ich doposażanie.

– Mam wiele obaw, czy możemy faktycznie zwiększyć liczbę studentów – mówił z kolei **prof. Wojciech Załuska**, wskazując m.in. na to, że szpitale kliniczne pełnią określoną rolę, a uczelnie napotykają na problemy z pozyskiwaniem bazy obcej – w wielu przypadkach oferty współpracy z uczelniami są odrzucane. Odwołując się do wymienionych na początku debaty rozwiązań pozwalających na kształcenie większej liczby młodych lekarzy, opowiedział się za tworzeniem filii.

– Problemy dotyczące kształcenia lekarzy są tożsame z tymi, z którymi się borykamy, kształcąc pielęgniarki, m.in. na bazie szkół wyższych. Także brakuje nam nauczycieli akademickich, ponieważ nie jesteśmy konkurencyjni finansowo. Mamy też bardzo duży problem z bazą kliniczną – mówiła **prof. Danuta Zarzycka**, zaznaczając, że baza obca nie jest idealnym rozwiązaniem. – W chwili kiedy zaczynamy z niej korzystać, zaczynają się problemy – mówiła, dodając, że szczególnie teraz, w pandemii, pojawia się wiele przeszkód, aby studenci mogli zgodnie z programem realizować kształcenie praktyczne. Prof. Danuta Zarzycka proponowała, aby szpitale wojewódzkie, rejonowe połączyć w trwały sposób z uczelniami, przypominając, że kiedyś istniały przyszpitalne szkoły pielęgniarskie. Do takiego rozwiązania nie ma powrotu, warto jednak – jej zdaniem – dać szansę mniejszym uczelniom kształcącym na kierunkach medycznych czy paramedycznych, nie uniwersyteckich, na posiadanie stabilnej bazy klinicznej.

– Nie z każdego szpitala można zrobić szpital kliniczny, bo to jednostka, która wymaga zaprojektowania pod kątem dydaktyki. Podobnie nie każdy z doskonałych operatorów czy diagnostyków jest jednocześnie dobrym, oddanym dydaktykiem, który umie przekazać wiedzę i będzie chciał dorobić w szpitalu miejskim – zauważył **prof. Tomasz Zatoński**, dodając, że wsparcie powinno być skierowane przede wszystkim do ośrodków z tradycją, aby je doposażyć w najnowocześniejszy sprzęt, jak wirtualne stoły do nauki anatomii czy symulatory.

– Być może programy na uniwersytetach medycznych są przeładowane – wtrącił prof. Ryszard Gellert – ale nie powinniśmy rezygnować z akademickiego sposobu kształcenia. Tylko tak możemy utrzymać jakość medycznych dyplomów.

Podczas debaty zwracano także uwagę na odpływ młodych lekarzy do pracy za granicą. – Uszczelnienie systemu jest niezwykle ważne – podkreślał prof. Bogusław Machaliński, dodając, że ok. 40 proc. absolwentów Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego (PUM) opuszcza kraj każdego roku. **Prof. Piotr Pruszczyk** zwrócił uwagę na fakt, że wynagrodzenia dla młodych inżynierów czy informatyków rozpoczynających pracę po ukończeniu studiów są znacznie lepsze niż początkujących lekarzy, co nie jest motywujące dla absolwentów medycyny do podejmowania pracy w kraju. Jak podkreślał, należy zatem tak skonfigurować system kształcenia, żeby mniejsza liczba absolwentów musiała wyjeżdżać z powodów finansowych i nieoptymalnego funkcjonowania ochrony zdrowia.

Jednak nie wszyscy eksperci podzielali takie zdanie. W opinii niektórych przepływ kadr pomiędzy krajami jest normalnym zjawiskiem, a praca w międzynarodowych zespołach, także nawiązywanie nieformalnych kontaktów, to wartość dodana. Jak podkreślano, mobilność jest typowa dla młodego pokolenia. Nie należy więc wstrzymywać absolwentów medycyny przed wyjazdem do pracy za granicę, tylko oferować im takie warunki pracy w Polsce, aby wzbogaceni o nowe doświadczenia wracali do kraju. Państwa takie jak Indie, Chiny czy Izrael oferują lekarzom programy i staże, np. w Stanach Zjednoczonych, podczas których nabywają oni doświadczenia, ale nabyte umiejętności po powrocie wykorzystują u siebie.

Odnosząc się do tego wątku, prof. Bogusław Machaliński podał przykład międzynarodowej współpracy Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego z ośrodkami niemieckimi w kształceniu lekarzy. PUM zapewnia bazę teoretyczną, przedkliniczną

i częściowo kliniczną, jednak kształcenie kliniczne opiera się głównie na szpitalach niemieckich. – Taka współpraca trwa już ok. 8 lat i sprawdza się kapitalnie – podkreślał prof. Machaliński.

Obecni studenci medycyny – przyszli lekarze, to pokolenie, dla którego dotychczasowe kształcenie w relacji mistrz–uczeń jest nie do przyjęcia. Tę relację zastępuje nowa zasada primus inter pares (pierwszy wśród równych) – student staje się dla wykładowcy akademickiego partnerem do wymiany myśli. Młodzi nie akceptują sytuacji, w której mają siedzieć przez kilka godzin, słuchając wykładów. Mając dostęp do internetu, natychmiast sprawdzają informacje, a jeśli przekaz wykładowcy jest niezgodny z internetowymi źródłami, oczekują wyjaśnienia. W taki sposób młode pokolenie studentów opisywali uczestniczący w debacie plenarnej nauczyciele akademiccy. Jaki więc powinien być sposób ich kształcenia?

Za możliwością zdalnego nauczania, które wdrożono w czasie pandemii, mogą iść dalsze zmiany – ograniczenie zajęć dydaktycznych z takich przedmiotów, które można przenieść do strefy wirtualnej, zauważył prof. Adam Reich. Jego zdaniem zajęcia z radiologii czy procedura niektórych zabiegów są nawet łatwiejsze do zaprezentowania w sposób wirtualny. Z drugiej strony należy położyć duży nacisk na kształcenie umiejętności praktycznych. – Można zatem ograniczyć obciążenie przedmiotami, które mogą być przez studentów przesłuchane, np. z materiałów archiwalnych czy przygotowanych zbiorczo dla całych jednostek, kładąc jednocześnie nacisk na kształcenie praktyczne, także z zachowaniem relacji uczeń–mistrz – mówił prof. Adam Reich, zwracając uwagę, że przy łatwym dostępie do wirtualnej wiedzy może tworzyć się jednocześnie szum informacyjny. Mistrz jest zatem przewodnikiem, który będzie w wirtualnym świecie prowadził przyszłego lekarza i uczył go umiejętności wyszukiwania ważnych informacji.

Odnosząc się do problemu kształcenia młodych lekarzy, prof. Dariusz A. Kosior przypomniał wyniki raportu Ośrodka Studiów i Analiz Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej z 2018 r. stanowiącego podsumowanie badań przeprowadzonych przez CBOS i BioStat dotyczących opinii publicznej na temat funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce, w tym oceny kompetencji lekarzy. Prawie 70 proc. respondentów bardzo wysoko punktowało ich kompetencje w zakresie diagnostyki i leczenia jednostek chorobowych, jednocześnie wskazując na ich stan przepracowania. Prawie 60 proc. respondentów negatywnie oceniło tzw. kompetencje miękkie, wskazując na brak komunikacji lekarz–pacjent, niemalże tyle samo respondentów wskazało, że lekarze nie mają czasu bądź nie potrafią przekazywać istotnych informacji na temat jednostek chorobowych, które są ważne dla odniesienia sukcesu terapeutycznego. Uznając za konieczne stosowanie nowych metod dydaktycznych i tworzenie nowych systemów nauczania w medycynie z wykorzystaniem nowych technologii zwiększających dostęp do wiedzy, prof. Dariusz A. Kosior opisywał zmiany w relacjach mistrz–uczeń (obecnie studenci są partnerami do wymiany myśli). Zauważył też, że nowe technologie, których wprowadzenie na uczelniach medycznych przyspieszyła pandemia i komunikacja wirtualna, odhumanizowały relacje. Nie wpływa to korzystnie w odniesieniu do wspomnianego w cytowanym raporcie problemu w komunikacji lekarz–pacjent.

Eksperci zwracali uwagę na słaby punkt studentów medycyny – chłonąc wiedzę medyczną na zajęciach zdalnych, nie uczą się dobrej komunikacji z pacjentem. Prof. Adrian Chabowski podkreślał, jak ważne jest, aby student uczył się porozumiewania z pokoleniem osób starszych. Do tego – jak proponował – można wykorzystać zajęcia z pacjentami symulowanymi. To osoby mające przygotowane różne scenariusze, których zadaniem jest wyrobienie umiejętności komunikacji m.in. w zależności od grupy wiekowej.

Podkreślając, jak ogromne znaczenie w nauczaniu medycyny, a zwłaszcza niektórych dziedzin jak chirurgia czy neurochirurgia, mają nowoczesne technologie, prof. Jerzy Kotowicz wyraził wątpliwość, czy proponowane nieraz wykorzystanie wirtualnego pacjenta w nauczaniu medycyny to pomysł dobry. – Obecni studenci stale przebywają w wirtualnym świecie, robią po kilka rzeczy naraz, nie mają możliwości nabycia miękkich umiejętności. – Musimy dążyć do tego, aby mieli oni kontakt z pacjentem. Tylko wtedy będą mogli nauczyć się empatii i zrozumieją, jak ważne w procesie leczenia jest zachowanie lekarza, który czasem może na pacjenta działać jak placebo, jednak przy braku empatii i dobrego kontaktu – także jak nocebo.

– Oczekiwania kolejnych pokoleń odnośnie sposobu kształcenia się spełniają – powstają centra symulacji, na uczelniach medycznych istnieje

możliwość ćwiczeń na fantomach. Nowymi technologiami można zainteresować młode pokolenie, jednak nie zapominajmy o pacjencie – żadne ćwiczenia na fantomie nie nauczą empatii, właściwego podejścia do istoty ludzkiej – mówił prof. Maciej Słodki. Jak jednak reasumował prof. Tomasz Zatoński, problemy z komunikacją, m.in. w kontakcie z pacjentami, na jakie może napotykać tzw. pokolenie Z, nie stanowią problemu. Są to bowiem umiejętności, których można skutecznie uczyć. I to jest już praktykowane. – W procesie kształcenia studentów ze Stanów Zjednoczonych i Kanady, korzystając z bazy amerykańskich jednostek, dla poprawy zdolności komunikacyjnych zaangażowaliśmy odpłatnie lekarzy, którzy prowadzili 4–5-godzinne ćwiczenia w zakresie komunikacji w bardzo małych, bo dwuosobowych grupach – mówił prof. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie znanego z tego, że kształci się na nim wielu obcokrajowców, zaznaczając jednocześnie, że w naszych warunkach, zwłaszcza w okresie pandemii, prowadzenie podobnych zajęć jest trudne czy wręcz niemożliwe. Problemem w nauczaniu dobrej komunikacji – zauważył – bywa także niechęć niektórych pacjentów do uczestniczenia w zajęciach ze studentami.

Zmieniając sposób kształcenia studentów, nie można ograniczać zajęć przy łóżku chorego, konkludowali uczestnicy debaty, podkreślając, że to właśnie w kontakcie z pacjentem odbywa się nauka zawodu. – Lekarz to nie jest zwykły zawód, lecz służba drugiemu człowiekowi i na to powinniśmy zwracać uwagę młodych ludzi – podkreślał prof. Bogusław Machaliński.

Podsumowanie

Jak reasumował **prof. Tomasz Grodzicki,** młode pokolenie, nazywane umownie X i Y, różni się znacznie od starszego, tzw. baby boomers. Młodzi mają inne priorytety, nie są przywiązani do miejsca pracy, żyją w świecie internetu, ponadto czas wolny jest dla nich bardzo ważny. Dlatego także kadrę akademicką należy kształcić pod kątem kontaktu z młodzieżą. – Musimy się uczyć, jak do młodych ludzi dotrzeć – podkreślał.

– Jesteśmy na etapie masowego nauczania, za chwilę jednak będzie to nauczanie wirtualne – dodał **prof. Ryszard Gellert**, zwracając uwagę na fakt, że zmiana ta dokonała się bardzo szybko. – Trzy pokolenia w ciągu 50 lat mają zupełnie inne możliwości informatyczne, komunikacyjne i weryfikacji wiedzy – podkreślał. – Dostęp do komputera daje możliwość natychmiastowej weryfikacji nas, wykładowców. Musimy się zatem uczyć nawzajem.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 7:42:22

Debata plenarna rektorów uczelni niemedycznych

Globalne zagrożenia w ocenie ekspertów środowiska uniwersyteckiego

Moderatorzy: prof. Alojzy Z. Nowak, rektor Uniwersytetu Warszawskiego
prof. Piotr Wachowiak, rektor Szkoły Głównej Handlowej

Uczestnicy: ks. prof. Stanisław Dziekoński, rektor Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w latach 2012–2020, Centrum Cyfrowej Nauki i Technologii UKSW
prof. Jan Łaszczyk, rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej w latach 2008–2016, pełnomocnik rektora ds. infrastruktury i finansów APS
prof. Bartosz Molik, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie
prof. Krzysztof Zaremba, rektor Politechniki Warszawskiej

– O zdrowiu publicznym nie mogą mówić tylko ci, którzy zajmują się medycyną naprawczą. Powinni mówić o nim wszyscy, którzy zajmują się szeroko rozumianą edukacją społeczną. Tylko wtedy będziemy bowiem rozumieli, co to znaczy zdrowie publiczne – powiedział na wstępie debaty **prof. Henryk Skarżyński,** oddając głos moderatorom. Dziękując za zaproszenie do udziału w Kongresie, **prof. Alojzy Z. Nowak** przedstawił na wstępie ocenę bieżącej sytuacji. – Jeszcze kilka lat temu nikt nie przypuszczał, że pojawi się „czarny łabędź", jakim jest pandemia – mówił. – Świat wydawał się ustabilizowany, społeczeństwa były uporządkowane, mieliśmy wysokie tempo wzrostu gospodarczego, stosunkowo duże zabezpieczenie socjalne, także ze strony medycyny i ochrony zdrowia. W obliczu pandemii staliśmy się nieporadni. Okazało się, że nie ma ani jednego systemu gospodarczo-społecznego, który poradziłby sobie ze związanymi z nią problemami – podkreślał prof. Alojzy Z. Nowak, zadając jednocześnie uczestnikom, wraz ze współmoderującym **prof. Piotrem Wachowiakiem,** kolejne pytania: czy istnieje w najbliższym czasie możliwość stworzenia takiego systemu, który dawałby szansę przewidywania podobnych zagrożeń albo nawet ich unikania, czy uczelnie są w stanie prowadzić badania i przygotowywać prognozy, które pozwoliłyby zabezpieczyć się przed podobnymi zjawiskami, wreszcie, jaki wpływ na ochronę zdrowia mają zagrożenia globalne?

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Jak pandemia COVID-19 wpłynęła na sytuację gospodarczo-społeczną świata?**
2. **Jakie są globalne zagrożenia mające wpływ na ochronę zdrowia i na kondycję psychofizyczną człowieka?**
3. **Jaka jest rola nauk niemedycznych w medycynie z punktu widzenia zagrożeń globalnych?**
4. **Jakie działania można podjąć na rzecz ochrony zdrowia z perspektywy globalnych zagrożeń?**
5. **Czy istnieje w najbliższym czasie możliwość stworzenia takiego systemu, który dawałby szansę przewidywania zagrożeń albo nawet ich unikania?**
6. **Czy uczelnie są w stanie prowadzić badania i przygotowywać prognozy, które pozwoliłyby zabezpieczyć się przed katastrofalnymi zjawiskami?**

Kluczowe w dyskusji było zdefiniowanie możliwych do przewidzenia zagrożeń globalnych mających wpływ na zdrowie. Do tych najważniejszych **prof. Krzysztof Zaremba** zaliczył: zmianę klimatu, zanieczyszczenie środowiska, choroby zakaźne (tym groźniejsze, że obecnie swobodnie

przemieszczamy się po świecie) i cywilizacyjne oraz patogeny, takie jak wirus Ebola (EBOV), wirus dengi (DENV) i inne drobnoustroje, zwłaszcza te uodparniające się na leki. – Największym zagrożeniem dla cywilizacji jest jednak człowiek i technologia. Dotąd rozwijaliśmy nowe technologie bezrefleksyjnie – tworzyliśmy rozwiązania pod naciskiem komercji, nie zastanawiając się, jakie skutki społeczne, ekologiczne i zdrowotne będą one miały. Dlatego na naszej uczelni w ramach nowej strategii rozwoju zaczęliśmy tworzyć nową kulturę – nazywamy to przejściem od konstruowania do projektowania – mówił prof. Krzysztof Zaremba, przypominając, że projektowanie to pomysł prof. Wojciecha Gasparskiego, prekursora polskiej prakseologii, według którego projektowanie to proces tworzenia, który zwraca uwagę na następstwa. Można zatem zaprojektować elektrownię atomową, biorąc pod uwagę jej wpływ na środowisko, ale nie możemy zaprojektować bomby atomowej, która ma działanie wyłącznie destrukcyjne. To nowe podejście „przestańmy konstruować, zacznijmy projektować, bierzmy pod uwagę skutki naszego działania" wpajane jest studentom czy młodym specjalistom.

Ks. prof. Stanisław Dziekoński zwrócił z kolei uwagę na inne zagrożenie – brak zainteresowania człowiekiem jako kimś, kto ma swoją godność, i kimś, kto w zrównoważonym rozwoju odgrywa podstawową rolę. – Dzisiejszy świat przy wszystkich zagrożeniach woła, może jeszcze po cichu, o humanizację. Dlatego też wydaje się ważna rola uniwersytetów szerokoprofilowych, takich jak UKSW, w nauczaniu medycyny. Na takich uczelniach jest bowiem szansa wykorzystania na wydziałach medycznych dorobku nauk humanistycznych i społecznych, ale też technologii cyfrowych i ich zastosowanie w telemedycynie czy medycynie cyfrowej. Uniwersytet to znakomita przestrzeń do prowadzenia badań z zastosowaniem sztucznej inteligencji pokazujących, jakie zagrożenia mamy dzisiaj i jak może zmienić się ich skala za jakiś czas oraz jak minimalizować te, które w przyszłości wydają się najbardziej znaczące.

Kontynuując wątek dotyczący edukacji, **prof. Jan Łaszczyk** stwierdził, że przyszłą cywilizację formuje sposób kształcenia. Jak stwierdził, nasza szkoła w odniesieniu do procesów globalizacyjnych jest bezradna. Zapewnia transmisję dokonań i wartości kultury lokalnej i popada w dualizm: świat nasz – świat zewnętrzny, często traktowany jako obcy. – Jeśli nie przezwyciężymy tego dualizmu i nie wpiszemy się w procesy globalizacyjne, to nie poradzimy sobie z zagrożeniami. Nie będziemy bowiem ich dobrze rozumieć, przez co nie będziemy mogli skutecznie działać – mówił prof. Jan

Łaszczyk. Ważne jest więc większe otwarcie na świat. Chociaż – jak podkreślał moderujący dyskusję prof. Alojzy Z. Nowak – lokalne lub globalne postrzeganie problemów zależy od charakteru uczelni, a także dziedziny nauki. Za przykład podał on fizyków, matematyków, informatyków Uniwersytetu Warszawskiego – sama specyfika rozwiązywanych przez nich problemów wymaga bowiem globalnego, a nie lokalnego podejścia. Dla tej grupy specjalistów w dobie internetu i postępu technologicznego granice nie istnieją.

– Poza zagrożeniami klimatycznymi, związanymi z ekologią i zdrowiem, warto zwrócić uwagę na zagrożenia wynikające z nierówności społecznych albo nawet dyskryminacji – dodał **prof. Bartosz Molik,** powołując się na przykład osób niepełnosprawnych, w przypadku których można nawet mówić o wykluczeniu. Jednocześnie zwrócił on uwagę, że głównym problemem ochrony zdrowia jest niska świadomość i brak skutecznej profilaktyki, na którą przewidziano zaledwie ok. 3 proc. z budżetu MZ. Konieczna jest więc przemyślana edukacja prozdrowotna. – Jestem zwolennikiem tzw. przykładów dobrego działania – mówił prof. Bartosz Molik, powołując się na przykład sportu paraolimpijskiego. – Wielka Brytania, przygotowując się do igrzysk paraolimpijskich w 2012 r., chciała uświadomić społeczeństwu, że osoby z niepełnosprawnością to także sportowcy i że warto oglądać igrzyska. Na początku skupiono się na tradycyjnych środkach promocji – banerach, plakatach, klipach itp., ale odzew społeczeństwa był niewielki. Skuteczny okazał się promocyjny program telewizyjny, który pokazał brytyjskich sportowców z niepełnosprawnością walczących o sukces sportowy i medale dla kraju. To zmieniło postrzeganie osób niepełnosprawnych jako biednych, smutnych, potrzebujących pomocy i roszczeniowych. Zmiana tego wizerunku przełożyła się nie tylko na oglądalność paraolimpijskich zawodów sportowych, lecz także na ekonomię kraju. W Wielkiej Brytanii zwiększyło się zatrudnienie osób z niepełnosprawnością. Obecnie większość z nich, niezależnie od typu niepełnosprawności, pracuje i jest niezależna ekonomicznie. To olbrzymi zysk dla całego społeczeństwa. Dlatego zwiększanie świadomości poprzez odwoływanie się do przykładów dobrego działania to rozwiązanie, które powinniśmy stosować w naszym kraju w celu zachęcenia Polaków m.in. do profilaktyki prozdrowotnej, w tym aktywności fizycznej, proponował prof. Bartosz Molik.

Rozmawiając o globalnych zagrożeniach, podkreślano, że obecna pandemia nie jest ostatnią. W tym kontekście – jak twierdzili moderatorzy – coraz ważniejsza staje się współpraca między uczelniami medycznymi i niemedycznymi, dzięki której możliwe byłoby opracowanie narzędzi pozwalających na zwiększanie świadomości zdrowotnej w społeczeństwie oraz strategii w walce z kolejnymi podobnymi zdarzeniami. To obszar, na którym jest jeszcze wiele do zrobienia, konieczne wydaje się zacieśnienie współpracy z politechnikami, zaznaczał prof. Bartosz Molik, podając jako przykład aplikacje, które rozsądnie używane mogą motywować do aktywności fizycznej i poprawy jakości życia – systematycznej pracy i dążenia, ale bez rywalizacji, do tzw. osobistego poziomu mistrzostwa.

– Na 20 wydziałów Politechniki Warszawskiej 16 działa na pograniczu medycyny i mechaniki, elektroniki, informatyki i współpracuje z ośrodkami medycznymi – mówił prof. Krzysztof Zaremba**,** zaznaczając, że bez techniki w medycynie nie byłoby postępu. Analizy matematyczne pozwalają m.in. na określenie reguł, które rządzą epidemiami. Konieczna jest też współpraca międzynarodowa, zaznaczał prof. Zaremba, podając przykład projektu dotyczącego walki z chorobą Altzheimera, w który włączone jest ok. 2,5 tys. ludzi nauki z całego świata. – Tylko dzięki takiemu zjednoczeniu można zgromadzić tyle danych z wielu ośrodków, żeby potem metodą big data czy za pomocą sztucznej inteligencji próbować znaleźć rozwiązanie dla do tej pory nierozwiązywalnego problemu, jak pomóc chorym z altzheimerem. Odnosząc się do współpracy między uczelniami, ks. prof. Stanisław Dziekoński podkreślał także współpracę uczelni z rynkiem i instytucjami zajmującymi się ochroną zdrowia i niosącymi pomoc społeczną.

– Dziś jesteśmy mądrzejsi niż przed pandemią, która pokazała, że pewne procesy nie są nieodwracalne. Pokazała też, że możemy żyć daleko od siebie, komunikować się na odległość. Jakie ma być więc miejsce człowieka i jego rola w obliczu przyszłych zagrożeń – pytał prof. Alojzy Z. Nowak uczestników debaty.

– Procesy globalizacyjne, w tym globalne zagrożenia, z których jednym jest pandemia, sprzyjają

myśleniu, że należy zmienić relację człowiek–cywilizacja. Przyzwyczailiśmy się do tego, że osiągnięcia cywilizacji, w tym postęp w medycynie, zapewniają nam ochronę. Okazuje się jednak, że cywilizacja jest na krawędzi i że człowiek musi wziąć na siebie większą odpowiedzialność za to, co nastąpi. Zmiana postaw i świadomości jest jednak bardzo trudna – mówił prof. Jan Łaszczyk.

– Pandemia pokazała wołanie człowieka o człowieka, obnażyła problemy natury psychicznej – dodał ks. prof. Stanisław Dziekoński, podkreślając, że jedną z palących kwestii jest pomoc dzieciom i nastolatkom, które nie radzą sobie psychicznie. Na UKSW podejmuje się działania skoncentrowane na psychiatrii środowiskowej. Dziewięć lat temu, kiedy narodził się pomysł psychiatrii środowiskowej, wielu ludzi nie rozumiało tej potrzeby. Teraz jest jasne, że to kierunek niezbędny.

Zastanawiając się, jaki sposób postępowania zabezpieczy ludzkość przed kolejnymi klęskami, ks. prof. Stanisław Dziekoński odwoływał się do dokumentów papieskich: encykliki *Laudato si'*, która skoncentrowana jest na zrównoważonym rozwoju, i encykliki *Fratelli tutti*, która nawołuje do wszechstronnego braterstwa. – Papież Franciszek przywołuje fakt, że dzisiaj często posługujemy się określeniem „partner", tymczasem dzisiaj coraz bardziej świat potrzebuje spojrzenia na drugiego człowieka jako bliźniego, który oczekuje pomocy. W haśle wszechstronnego braterstwa zawiera się jednocześnie potrzeba współpracy, łączenia potencjałów naukowych dla wypracowania wspólnych wartości na świecie. Oprócz kwestii, które łączą wszystkich, takich jak m.in. pandemia, istnieją problemy lokalnych społeczności. Wymiana myśli pozwoliłaby na bardziej konsekwentne ich rozwiązywanie – wyjaśniał ks. prof. Stanisław Dziekoński.

Podsumowanie

Jak podkreślono na koniec debaty, obecna pandemia nie jest ostatnią. Świat może spodziewać się wielu podobnych zagrożeń. Dlatego coraz ważniejsza staje się współpraca między uczelniami medycznymi i niemedycznymi, dzięki której możliwe byłoby opracowanie narzędzi pozwalających na zwiększanie świadomości zdrowotnej w społeczeństwie oraz strategii w walce z kolejnymi podobnymi zdarzeniami. Uczestnicy odnieśli się przy tym do możliwości finansowania naszych wspólnych przedsięwzięć mających zapobiegać globalnym zagrożeniom. – Głównym, co nie znaczy największym, źródłem finansowania powinny być środki publiczne, są one bowiem stabilne – mówił **prof. Krzysztof Zaremba**, podkreślając, że badania w obszarze medycyny należą do długotrwałych, dlatego poczucie stabilności jest tak ważne. Jednocześnie należy poszukiwać innych źródeł finansowania. – Godny podkreślenia jest fakt, że finansowanie ochrony zdrowia głównie ze środków prywatnych, jak np. w Ameryce czy krajach anglosaskich, nie zdało w pełni egzaminu, a przynajmniej w sytuacji pandemii – dodał **prof. Alojzy Z. Nowak**. Odnosząc się do tej dyskusji, **ks. prof. Stanisław Dziekoński** konkludował: – Pieniądze to tylko pochodna dobrego pomysłu.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:23:10

Debata plenarna

Działania samorządu na rzecz powszechnej profilaktyki zdrowia

Moderatorzy: Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu
Paweł Rabiej, doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"

Uczestnicy: Izabela Domagała, członek Zarządu Województwa Śląskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego,
Zuzanna Donath-Kasiura, wicemarszałek, Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego
Mirosława Dulat, zastępca dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego
Radosław Grochal, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Spraw Społecznych, Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego
Elżbieta Kois-Żurek, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia w Urzędzie Miasta Krakowa
Elżbieta Lanc, wicemarszałek, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego
Monika Lipińska, zastępca prezydenta ds. społecznych, Urząd Miasta Lublina
Joanna Nyczak, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych, Urząd Miasta Wrocławia
Olga Pilarska-Siennicka, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej w Urzędzie m.st. Warszawy
Sylwia Rembiszewska-Piątek, dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Olsztyna
Paulina Stochniałek, członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego, Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego
Małgorzata Szczudłowska, p.o. kierownika Oddziału Polityki Zdrowotnej i Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego

Dziękując **prof. Henrykowi Skarżyńskiemu** za zaproszenie do udziału w debacie „Działania samorządu na rzecz profilaktyki zdrowia", jej współmoderator **Krzysztof Przybył** podkreślił, że dziś najważniejszym celem samorządów każdego szczebla jest zapewnienie dobrej jakości życia mieszkańcom. Cel ten – jak zaznaczył – nabiera szczególnego znaczenia w obliczu zagrożeń demograficznych, cywilizacyjnych i środowiskowych, które nie pozostają obojętne zarówno dla zdrowia człowieka, jak i całego systemu opieki zdrowotnej. Powoduje to wzrost kosztów, stawiając wysoko poprzeczkę przed organizatorami opieki zdrowotnej. – Dyskusje dotyczące tego problemu toczą się zwykle z udziałem przedstawicieli organów centralnych, trzeba jednak zaznaczyć, że dużego znaczenia nabrały też działania lokalne, regionalne. Władze samorządowe są bowiem bliżej mieszkańców – mówił Krzysztof Przybył, podkreślając, że rola samorządów jest obecnie nie do przecenienia.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Kluczowe wyzwania w ciągu najbliższej dekady dla samorządów (długofalowe skutki pandemii COVID-19, starzejące się społeczeństwo, prowadzenie szpitali i POZ-ów, niskie nakłady na zdrowie, brak kadr w systemie ochrony zdrowia, wykorzystanie technologii w zdrowiu, połączenie opieki zdrowotnej i społecznej, a także oczekiwania obywateli w zakresie zdrowia publicznego). Co robią samorządy, aby na te wyzwania odpowiedzieć?**
2. **Rola samorządów w promowaniu zdrowego stylu życia oraz wdrażanie programów profilaktyki zdrowotnej.**

Izabela Domagała podkreślała, że pod reprezentowany przez nią Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego podlega 45 podmiotów medycznych. COVID-19 – jak mówiła – pokazał, że bez współpracy pomiędzy samorządami różnego szczebla, również urzędami prowadzącymi szpitale, nie da się chronić zdrowia w sposób skuteczny. Na Śląsku największym wyzwaniem są problemy wynikające z braku kadry medycznej. Dlatego – jak zaznaczyła – podejmowane są działania z udziałem wszystkich podmiotów prowadzących szpitale mające na celu konsolidację usług medycznych i jak najlepsze wykorzystanie istniejących kadr, tak aby lekarze, ratownicy, pielęgniarki nie byli skrajnie przepracowani i mogli dobrze służyć mieszkańcom regionu. Izabela Domagała wspomniała także, że na Śląsku prowadzonych jest ponad sto projektów zdrowotnych za ponad 100 mln zł.

Zuzanna Donath-Kasiura, reprezentująca Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego, podkreślała, że największym wyzwaniem jest zmiana sposobu myślenia. – Musimy myśleć o zdrowiu, a nie o chorobach. A za zdrowie jesteśmy odpowiedzialni sami – mówiła. – Jako samorząd mamy długoletnie doświadczenia w realizacji programów profilaktyki zdrowotnej. W 2019 r. byliśmy liderem w tym zakresie, przekazując na ten cel ponad 100 zł na jednego mieszkańca.

Mirosława Dulat opowiedziała o problemach, na jakie napotyka reprezentowany przez nią Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego przy realizacji zadań zdrowotnych, z których najbardziej istotnym jest brak kadry medycznej. – Inny problem to brak świadomości konieczności wykonywania badań profilaktycznych – mówiła Mirosława Dulat. – Staramy się go rozwiązywać, prowadząc rozmaite działania. Sztandarowym działaniem jest organizowanie pikników zdrowia i bezpośrednie docieranie do mieszkańców, zwłaszcza tych najmniejszych miejscowości, stanowiących „białe plamy" na mapie województwa, gdzie najniższy odsetek pacjentów zgłasza się na badania profilaktyczne.

Radosław Grochal podkreślał, że Województwo Małopolskie posiada liczne doświadczenia w zakresie działań prewencyjnych i edukacji prozdrowotnej. – Nasze działania ukierunkowane są na te jednostki chorobowe, które według map potrzeb zdrowotnych stanowią największy problem w regionie – choroby układu krążenia, choroby onkologiczne. Wspieramy też szczepienia uzupełniające, które nie są refundowane przez płatnika publicznego, m.in. przeciw HPV czy meningokokom – podkreślał Radosław Grochal, dodając, że jeden z ważniejszych realizowanych dotychczas programów miał na celu zapobieganie otyłości. Programy zdrowotne są finansowane ze środków budżetu województwa uzupełnianych środkami z Regionalnego programu operacyjnego.

Elżbieta Kois-Żurek zaznaczała na wstępie, że niepokój reprezentowanego przez nią Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia w Urzędzie Miasta Krakowa budzi sytuacja w psychiatrii dzieci i młodzieży. Sytuacja w dwóch krakowskich szpitalach jest bardzo trudna, lekarze psychiatrzy alarmują, że zachodzi potrzeba stworzenia przynajmniej jeszcze jednego szpitala dla dzieci i młodzieży oraz oddziału dziennego. Ich organizacja to główne wyzwanie stojące przed krakowskim samorządem. Odnosząc się do innego problemu, jakim są dysfunkcje narządu ruchu, Elżbieta Kois-Żurek zapowiedziała, że w przyszłym roku mieszkańcy Krakowa będą mogli skorzystać z programu rehabilitacji tych dysfunkcji – dziennej i całodobowej – na nowym oddziale z ok. 20 łóżkami. Miasto planuje też program mający na celu ograniczenie zachorowalności na grypę dzieci w wieku od 6. do 60. miesiąca życia, a także program powszechnego dostępu do defibrylacji z elementami nauki

pierwszej pomocy. – W przyszłości chcielibyśmy także zorganizować w każdej dzielnicy Krakowa dzienny dom opieki medycznej, świadczący pomoc rehabilitacyjną, m.in. dla osób po udarach, schorzeniach neurologicznych, aby pacjenci z podobnymi problemami mogli jak najdłużej zachować samodzielność – zapowiadała, dodając, że dla regionu ważne są również programy, których celem jest opieka wytchnieniowa (opiekunowie dla osób uzależnionych).

Elżbieta Lanc podkreślała, że na terenie Mazowsza podejmowanych jest wiele programów, m.in. mających na celu zapobieganie depresji u dzieci i młodzieży, realizowane są też programy edukacyjne dotyczące reagowania na problem, jakim jest stosowanie przez młodzież substancji psychoaktywnych. – Kładziemy duży nacisk na kampanie edukacyjne – mówiła Elżbieta Lanc, dodając, że od 2022 r. planowana jest m.in. kampania w zakresie dawstwa i transplantacji, program mający na celu zwiększenie pobrań narządów w województwie mazowieckim, kampanie dotyczące wsparcia osób z chorobą nowotworową i ich bliskich i inne. Wszystkie programy będą przygotowywane w taki sposób – podkreślała Elżbieta Lanc – aby odpowiadały na potrzeby naszych mieszkańców.

Monika Lipińska mówiła, że w ramach realizowanego w Lublinie programu zdrowia publicznego zaplanowano w tym roku działania ukierunkowane m.in. na poprawienie kondycji zdrowotnej dzieci i młodzieży, a także pacjentów po COVID-19 i osób starszych, które w szczególnie dotkliwy sposób odczuły skutki lockdownu i izolacji. Wśród realizowanych działań profilaktycznych wymieniała ona m.in. te związane z opieką stomatologiczną w szkołach, szczepieniem na HPV, programy zapobiegające chorobom onkologicznym. Szczególną uwagę Monika Lipińska zwróciła jednak na potrzeby starzejącego się społeczeństwa i związanych z tym usług społecznych i medycznych. – W okresie pandemii wprowadziliśmy m.in. usługę teleopieki i telewsparacia psychicznego dla seniorów – podkreślała.

Joanna Nyczak informowała, że przed pandemią programami profilaktyki objęto ok. 130 tys. mieszkańców Wrocławia. Pandemia zmniejszyła jednak tę liczbę. – Wyzwaniem na ten czas jest powrót do wcześniejszej sytuacji, staramy się, aby w efekcie naszych działań liczba osób korzystających z proponowanych programów profilaktycznych wróciła do tej sprzed pandemii – mówiła Joanna Nyczak, zwracając uwagę na fakt, że po pandemii uwidacznia się problem nadwagi i otyłości. – Od wielu lat realizujemy program, który ma im zapobiegać. Obserwowaliśmy nawet spadek odsetka dzieci otyłych. Niestety, pandemia znowu przyczyniła się do jego wzrostu – to był, jest i będzie w najbliższym czasie problem, z którym będziemy musieli się mierzyć – mówiła, dodając, że wyzwaniem jest też starzenie się społeczeństwa. Jak zapowiedziała, miasto będzie realizować programy wsparcia m.in. dla opiekunów osób starszych, często niepełnosprawnych.

Olga Pilarska-Siennicka informowała, że władze samorządowe Warszawy przeznaczają na profilaktykę i promocję zdrowia blisko 36 mln zł rocznie. – Byliśmy prekursorami szczepień przeciwko grypie (2004 r.) – mówiła. – Od dwóch lat szczepienia te są organizowane z myślą o kobietach w ciąży i dzieciach od 6. do 60. miesiąca życia, prowadzone są także szczepienia HPV. Podejmowane są działania mające na celu wydłużenie czasu pracy pielęgniarek szkolnych. Przykładamy wagę szczególnie do jednego z ich zadań – edukacji zdrowotnej.

– Naszym flagowym programem jest ten dotyczący in vitro, dzięki któremu urodziło się ponad 1200 młodych warszawiaków – podkreślała Olga Pilarska-Siennicka. – Utrzymujemy przychodnie dla kombatantów i powstańców warszawskich, bez względu na to, czy są mieszkańcami stolicy – dodała. Wśród licznych programów realizowanych w Warszawie są też te dedykowane osobom uzależnionym od alkoholu, komputerów itp.

Sylwia Rembiszewska-Piątek zaznaczała, że reprezentowany przez nią samorząd Olsztyna wychodzi z założenia: lepiej zapobiegać, niż leczyć. Dlatego co roku zabezpiecza on środki finansowe na realizację zadań mających na celu rozwój infrastruktury i zwiększenie zasobów sprzętowych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast we współpracy z pozarządowymi organizacjami w Olsztynie wspiera lokalne inicjatywy na rzecz profilaktyki zdrowotnej i organizuje akcje promujące zdrowie m.in. z okazji światowych dni walki z cukrzycą, rakiem itp. Do akcji realizowanych przez miasto należą m.in. szczepienia przeciwko grypie dla seniorów, uzupełniające przeciw pneumokokom dla dzieci, profilaktyki uzależnień, promujących aktywność fizyczną (np. Olsztyn aktywnie). Opracowano też miejski program zdrowia psychicznego pozwalający na informowanie mieszkańców

o dostępnych formach pomocy wsparcia zdrowia psychicznego.

Paulina Stochniałek donosiła o pogarszającej się kondycji psychicznej dzieci i młodzieży, ale też osób dorosłych, dlatego reprezentowany przez nią Zarząd Województwa Wielkopolskiego planuje rozszerzenie dotychczasowych działań na rzecz osób ze zdiagnozowanymi już objawami psychotycznymi o programy mające na celu wczesne diagnozowanie zaburzeń psychicznych, z włączeniem m.in. nauczycieli i młodzieży. Informowała też o nowym programie in vitro, na który przewidziano po 2 mln zł na każdy kolejny rok.

Małgorzata Szczudłowska zwracała uwagę na wyzwania, które wynikają z problemów Województwa Świętokrzyskiego związanych z realizacją programów polityki zdrowotnej w ramach Regionalnego programu operacyjnego. – Zderzyliśmy się z dwoma szczególnymi problemami – pierwszy to zbyt mała liczba podmiotów składających wnioski o dofinansowanie projektów, drugim jest zbyt małe zainteresowanie grup, do których skierowane były działania profilaktyczne, jak również zbyt małe zainteresowanie personelu podmiotów leczniczych partnerstwem w realizacji programów. – W odpowiedzi województwo rozpoczęło cykl szkoleń skierowanych do potencjalnych realizatorów projektów oraz szeroko zakrojone działania informacyjno-edukacyjne skierowane do mieszkańców, jak również kadry medycznej i zarządzającej podmiotami leczniczymi, szczególnie ośrodków POZ – podkreślała Małgorzata Szczudłowska.

Podsumowanie

Debatę podsumował jej współmoderator **Paweł Rabiej,** były wiceprezydent Warszawy:

Debata z udziałem przedstawicieli władz regionalnych oraz samorządów miejskich z całego kraju pokazała, jak dużą rolę w systemie ochrony zdrowia odgrywają samorządy oraz jak różnorodne są ich działania. Przegląd programów profilaktyki zdrowotnej oraz inicjatyw prozdrowotnych realizowanych przez samorządy wskazał, że zakres tych działań jest szeroki i różnorodny. Samorządy realizują programy zdrowotne dla różnych grup odbiorców: dzieci, młodzieży, rodzin, seniorów. Najczęściej są to programy szczepienne (szczepienia przeciwko grypie dla różnych grup mieszkańców, szczepienia przeciwko HPV, pneumokokom itp.), programy profilaktyczne (wykrywanie chorób, zapobieganie cukrzycy, otyłości, przeciwdziałanie uzależnieniom, zdrowe odżywianie się), programy

pomocowe z obszaru zdrowia i usług społecznych (np. wsparcie mieszkańców w zakresie depresji i chorób psychicznych, osób z demencją i chorych na alzheimera, programy teleopieki, opieki i rehabilitacji osób starszych i niesamodzielnych, programy edukacyjne).

Samorządy mają do dyspozycji niewielką część budżetu przeznaczanego na zdrowie (ok. 4 proc. wydatków ogółem). Mimo to realizowane przez nie programy prozdrowotne rozwijają się dynamicznie i stanowią istotną część systemu ochrony zdrowia publicznego.

Przedstawiciele władz samorządowych zwracali uwagę na kilka kwestii kluczowych z punktu widzenia zdrowia mieszkańców oraz działań samorządu:

- Oczekiwania mieszkańców w zakresie zdrowia będą rosły, co oznacza również większą presję na system ochrony zdrowia oraz pomocy społecznej i usług społecznych. Systemy te przenikają się i powinny w większym stopniu koordynować swoje aktywności i działania. Zdrowie i pomoc społeczna to bliskie obszary – wiele działań podejmowanych przez samorządy, np. w zakresie opieki senioralnej, przeciwdziałania uzależnieniom i leczenia ich ma związek z polityką zdrowotną prowadzoną z poziomu centralnego.
- Trudno mówić o polityce zdrowotnej bez uwzględnienia samorządu jako istotnego gracza w zakresie zdrowia publicznego. Samorządy realizują programy zdrowotne, mają dużą siłę oddziaływania poprzez komunikację z mieszkańcami, zwłaszcza w zakresie profilaktyki zdrowia i promocji zdrowego stylu życia. Dlatego powinny być traktowane jako partner w zakresie zdrowia publicznego.
- Polityka zdrowotna powinna być w większym stopniu kształtowana na poziomie regionalnym, w mniejszym – na centralnym. Władze regionalne są bliżej mieszkańców, z tego powodu łatwiej im identyfikować potrzeby i narzędzia.
- „Współpraca" to słowo klucz, które przewija się w refleksji samorządów. Potrzebne jest bliższe współdziałanie zarówno samorządów pomiędzy sobą (wymiana doświadczeń, ponadgminne porozumienia w celu świadczenia usług), jak i pomiędzy systemami (zdrowie, pomoc społeczna, edukacja) i poziomami administracji (centralny, regionalny, lokalny). Zdrowie publiczne jest kształtowane na wielu poziomach, zarządzanie nim powinno być bardziej sieciowe i skoordynowane.
- Samorządy mają narzędzia oddziaływania na środowiska lokalne, kształtowania postaw obywateli. Stąd tak ważna jest kwestia edukacji zdrowotnej. Wielu przedstawicieli środowiska samorządowego zwracało uwagę na rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej od najmłodszych lat, rolę rodziny, promowanie zdrowego trybu życia (samorządy tworzą tu własne programy), rozwijanie health literacy mieszkańców. W kontekście pandemii uwypuklił się wątek małej wiedzy o zdrowiu, mitów i kłamstw (fake newsy). Wskazano, że potrzebne są programy do walki z fałszywymi informacjami – na wzór programu realizowanego z powodzeniem w Finlandii.
- Istotny wpływ na poziom zdrowia mają nowe technologie. Samorządy zwracają uwagę na możliwości związane z rozwijaniem telemedycyny, teleopieki, zastosowania nowych technologii, np. do profilaktyki i leczenia (np. chatboty i technologia VR jako element terapii psychicznych).

Wyzwaniem najbliższej dekady będzie nie tylko wpływ pandemii COVID-19 na zdrowie mieszkańców (długofalowe skutki zdrowotne w populacji), ale przede wszystkim starzenie się Polaków, niskie nakłady na zdrowie oraz brak kadr w systemie ochrony zdrowia. Długość życia rośnie, a populacja się starzeje. Już teraz obserwujemy olbrzymie niedobory lekarzy, pielęgniarek i pracowników opieki społecznej. Z kolei potrzeby, zwłaszcza w obszarze opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi, będą rosły lawinowo.

Dziękując na zakończenie uczestnikom debaty dotyczącej działań samorządu na rzecz powszechnej profilaktyki zdrowia, **prof. Henryk Skarżyński** podkreślał, że działania samorządów wojewódzkich i niższych szczebli są podstawą właściwego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:55:11

Uzupełnieniem wypowiedzi uczestników debaty są nadesłane materiały – opis programów polityki zdrowotnej i promocji zdrowia realizowanych przez władze samorządowe w niektórych regionach

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO

Program polityki zdrowotnej „Fizjoterapia u pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19 w województwie mazowieckim

1. Problem zdrowotny

Koronawirusy należące do rodziny *Coronaviridaei* są szeroko rozpowszechnione u ludzi i innych ssaków. Można je podzielić na dwie grupy: o niskiej chorobotwórczości i o wysokiej patogenności. Wysoce patogenne koronawirusy są przyczyną ciężkiego zapalenia płuc i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego.

W grudniu 2019 r. w populacji ludzi pojawił się nowy koronawirus 2019-nCoV, który stał się przyczyną pandemii. Pierwsze zachorowania opisali Huang i wsp. – przedstawili raport dotyczący 41 pacjentów hospitalizowanych w mieście Wuhan, w prowincji Hubei w Chinach, przyjętych w grudniu 2019 r. Wśród pacjentów odnotowano przypadki zapalenia płuc spowodowane przez nowego koronawirusa 2019-nCoV.

Światowa Organizacja Zdrowia opublikowała oficjalną nazwę choroby wywołanej przez nowego koronawirusa 2019-nCoV (SARS-CoV-2), którą jest COVID-19.

Koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) zainfekował ponad 219 mln ludzi na całym świecie. Większość chorych nie wymaga hospitalizacji. U około 13,8% odnotowuje się ciężki przebieg zakażenia, a 6,1% wymaga pobytu na oddziałach intensywnej terapii (OIT) z powodu zespołu ostrej niewydolności oddechowej (ARDS).

Większość chorych przyjmowanych na OIT ma niewydolność wielonarządową, w tym ARDS (67%), ostre uszkodzenie nerek (29%), uszkodzenie serca (23%) i zaburzenia czynności wątroby (29%).

Chorzy opuszczający szpitale (ozdrowieńcy) zmagają się z wieloma problemami zdrowotnymi, istotnie upośledzającymi ich codzienne funkcjonowanie i ograniczającymi ich aktywność w życiu społecznym i zawodowym. Wśród dolegliwości, które odczuwają osoby po przechorowaniu COVID-19, można wymienić: zmęczenie, duszność, obniżoną tolerancję wysiłku fizycznego, bóle stawowe, uczucie sztywności w klatce piersiowej.

Przedłużające się objawy po przebyciu COVID-19 to nie tylko problem zdrowotny, lecz także społeczny i gospodarczy. Ważne jest, aby tej grupie chorych zapewnić wsparcie systemowe, które pozwoli im na szybki powrót do pełni zdrowia, aktywności społecznej i zawodowej. Może to mieć istotne znaczenie w przeciwdziałaniu długofalowym negatywnym skutkom pandemii w obszarze życia społecznego i gospodarczego.

Stanowisko ekspertów dwóch największych towarzystw naukowych z zakresu leczenia chorób układu oddechowego: American Thoracic Society (ATS) oraz European Respiratory Society (ERS) wskazuje na ogromną potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki ozdrowieńcom w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, opierających się na wczesnej ocenie problemów i potrzeb zgłaszanych przez tę grupę pacjentów.

Eksperci wskazują, że fizjoterapeuci – jako specjaliści profesjonalnie zajmujący się oceną wydolności krążeniowo-oddechowej i sprawności chorych – mogą dokonywać stosownej oceny potrzeb w zakresie kontynuowania leczenia przez uczestniczenie w indywidualnie skonstruowanych programach fizjoterapii.

W literaturze fachowej i pozycjach popularno-naukowych[1] coraz częściej pojawiają się takie określenia jak „zespół post-COVID-19" i „long-COVID-19". Brytyjski National Institute for Health and Care Exellence wraz ze Scottish Intercollegiate Guidelines Network oraz The Royal College of General Practitioners definiują zespół post-COVID-19 jako dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19, trwają powyżej 12 tygodni i nie wynikają z innego rozpoznania. Z kolei long-COVID-19 to zjawisko występowania objawów związanych z zakażeniem SARS-CoV-2 przez ponad 3–4 tyg.

[1] „NICE: COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19." NICE guideline [NG188], https://www.nice.org.uk/ guidance/ng188.

2. Program polityki zdrowotnej

Województwo Mazowieckie jako jedno z pierwszych podjęło działania, opracowało i wdrożyło program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii dla pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19. Samorząd Województwa Mazowieckiego, dostrzegając potrzebę wsparcia osób po przebytym zachorowaniu na COVID-19, podjął w grudniu 2020 r. decyzję o stworzeniu i sfinansowaniu ze środków własnych programu polityki zdrowotnej w tym zakresie. Założenia do programu zostały przygotowane we współpracy z Krajową Izbą Fizjoterapeutów.

W lutym 2021 r. opracowany projekt pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19" został wysłany do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji celem uzyskania pozytywnej opinii. Program został pozytywnie zaopiniowany w dniu 23 kwietnia 2021 r. – opinia nr 24/2021 Prezesa AOTMiT.

Okres realizacji programu został zaplanowany na 2021 r. Planowany budżet programu został określony w wysokości 2 mln zł i w całości został sfinansowany ze środków własnych Województwa Mazowieckiego. Szacunkowo z programu miały skorzystać 1162 osoby.

Celem głównym programu było uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu.

Cele szczegółowe:

- poprawa tolerancji wysiłku fizycznego;
- zmniejszenie natężenia występowania duszności;
- zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia;
- zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju;
- poprawa sprawności fizycznej;
- zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19.

3. Warunki uczestnictwa

W celu skorzystania z bezpłatnej fizjoterapii należało spełnić następujące warunki formalne:

- mieć ukończone 18 lat;
- mieszkać na terenie województwa mazowieckiego;
- udzielić świadomej zgody na udział w programie;
- złożyć pisemne oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzysta się aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Dodatkowo należało spełnić kryterium medyczne i kliniczne:

- przechorowanie COVID-19 – warunek potwierdzony: testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzony zaświadczeniem od lekarza, w którym jest określenie przebycia COVID-19 lub kod ICD 10 (U07.1 lub U09), lub wypisem ze szpitala ze wskazaniem przebycia COVID-19, lub inną dokumentacją medyczną wskazującą na przebycie COVID-19;
- występowanie przedłużającego się objawowego COVID-19, tj. dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespołu post-COVID-19, tj. dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni, niewynikające z innej choroby.

Założeniem programu było przeprowadzenie dwóch rodzajów interwencji: edukacji zdrowotnej i działań terapeutycznych.

4. Edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna prowadzona była zarówno dla chorych hospitalizowanych, jak i chorych przebywających w domu. Zajęcia odbywały się w formie indywidualnej i były prowadzone przez fizjoterapeutę. Dopuszczano możliwość przeprowadzenia interwencji edukacyjnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Celem działań edukacyjnych było zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Etapy edukacji zdrowotnej:

- badanie wiedzy w formie pre-testu sprawdzającego poziom wiedzy uczestników programu z zakresu samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19; badanie miało za zadanie sprawdzenie poziomu wiedzy uczestników programu z ww. zakresu przed rozpoczęciem edukacji zdrowotnej;
- przekazanie wiedzy;
- ponowne badania wiedzy w formie post-testu w celu sprawdzenia poziomu wiedzy uczestników programu po edukacji zdrowotnej.

5. Działania terapeutyczne dla ozdrowieńców

Działania te realizowane były w:

- warunkach ambulatoryjnych (w poradni/ w gabinecie fizjoterapeuty);
- warunkach domowych (w domu uczestnika programu, jeśli pacjent nie mógł samodzielnie dojechać do poradni).

Fizjoterapia prowadzona była w formie podstawowej i rozszerzonej – w zależności od stanu i dolegliwości odczuwanych przez uczestnika. Fizjoterapia w formie podstawowej obejmowała 3 wizyty (wstępną, terapeutyczną i końcową). Natomiast fizjoterapia w formie rozszerzonej obejmowała maksymalnie 21 wizyt (jedną wizytę wstępną, maks. 18 wizyt terapeutycznych, jedną wizytę końcową oraz jedną wizytę dodatkową, jeśli była taka potrzeba). Wizyty terapeutyczne odbywały się maks. 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni.

Kwalifikację do programu i wszystkie działania terapeutyczne wykonywał fizjoterapeuta, który określał także wybór formy fizjoterapii i liczbę spotkań.

Podczas wizyty wstępnej fizjoterapeuta przeprowadzał badania mające na celu określenie stanu zdrowia uczestnika programu. Wizyta wstępna obejmowała:

1. Badanie podmiotowe:
   a) wywiad w zakresie występowania: chorób współistniejących, przeciwskazań do fizjoterapii;
   b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym:
      - duszności – oceniane zmodyfikowaną skalą Borga lub skalą mMRC,
      - zmęczenia – oceniane skalą MFIS,
      - lęku, zaburzeń nastroju – oceniane skalą HADS.
2. Badanie przedmiotowe:
   a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów,
   b) ocenę siły mięśniowej,
   c) badanie ciśnienia tętniczego krwi,
   d) pulsoksymetrię,
   e) analizę badań dodatkowych (jeśli są dostępne): spirometrię, RTG klatki piersiowej, wyniki badania krwi,
   f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego.
3. Ocenę sprawności fizycznej.
4. Analizę zebranych informacji.
5. Określenie programu fizjoterapii.

Wizyta terapeutyczna obejmowała m.in.:

- ćwiczenia równoważne,
- usprawnianie czynne z oporem,
- ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne,
- usprawnianie układu oddechowego,
- czynne ćwiczenia oddechowe,
- naukę kaszlu i odkrztuszania,
- reedukację chodu,
- inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego,
- ćwiczenia czynne wolne,
- trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,
- trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym,
- trening stacyjny,
- trening marszowy.

Fakultatywnymi procedurami, które fizjoterapeuta mógł wykonać podczas wizyty terapeutycznej, były:

- usprawnianie układu oddechowego,
- czynne ćwiczenia oddechowe,
- ćwiczenia oddechowe czynne z oporem,
- ćwiczenia równoważne,
- ćwiczenia samoobsługi,
- trening marszowy z przyborami,
- inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

Wizyta końcowa obejmowała:

- ocenę natężenia objawów, z którymi chory się zgłosił (duszność – oceniana zmodyfikowaną skalą Borga lub skalą mMRC; zmęczenie – oceniane skalą MFIS; lęk, depresja – oceniane skalą HADS),
- ocenę tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych,
- analizę zebranych informacji – porównanie z wynikami uzyskanymi podczas wizyty wstępnej,
- przedstawienie zaleceń.

6. Personel

Świadczenia zaplanowane w programie udzielane są przez fizjoterapeutów. Realizatorzy programu zobowiązani są do zapewnienia nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

7. Realizacja programu

Realizatorzy programu zostali wybrani w drodze konkursu ofert zgodnie z art. 48b ustawy z dnia 27

sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Były to podmioty wykonujące działalność leczniczą lub oferenci, których partnerem jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Uchwałą nr 749/229/21 z dnia 17 maja 2021 r. Zarząd Województwa Mazowieckiego ogłosił konkurs ofert na realizatorów „Programu polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19" na 2021 r. Termin składania ofert przypadł na okres od 19 maja 2021 r. do 7 czerwca 2021 r. Wartość złożonych ofert wyniosła 7 260 972,95 zł. Umowy zostały zawarte z 21 podmiotami prowadzącymi działalność leczniczą z terenu województwa mazowieckiego.

Bezpłatna fizjoterapia prowadzona była w następujących miejscowościach: Płock, Warszawa, Przysucha, Czerwin, Mińsk Mazowiecki, Ostrołęka, Pilawa, Piaseczno, Radom, Góra Kalwaria, Ciechanów, Radzymin.

Program został zaplanowany na 2021 r. Jeśli będzie taka potrzeba i będą osoby chętne do udziału w nim, Zarząd Województwa Mazowieckiego może podjąć decyzję o przedłużeniu realizacji programu na kolejne lata i przyznaniu dodatkowych środków na jego realizację.

Więcej informacji o podmiotach, które realizują program, oraz warunkach skorzystania z niego znajduje się na stronie internetowej www.zdrowemazowsze.mazovia.pl w zakładce „fizjoterapia postcovidowa".

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:06:24

Program inwestycji w obszarze zdrowia w związku z COVID-19 przyjęty w dn. 8 listopada 2021 r. w Warszawie

W związku z ogłoszonym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 13 marca 2020 r. stanem zagrożenia epidemicznego, obowiązującym od dnia 14 marca 2020 r., a następnie od 20 marca 2020 r. stanem epidemii, Zarząd Województwa Mazowieckiego niezwłocznie podjął szereg działań związanych z tą wyjątkową sytuacją i włączył się aktywnie w działania mające na celu zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19 na terenie województwa.

Zarząd Województwa Mazowieckiego pomimo ograniczeń realizował swoje zadania na bieżąco. Począwszy od dnia 14 marca 2020 r., podjął szereg uchwał, a Marszałek Województwa Mazowieckiego podpisał kilkanaście zarządzeń (w tym powołanie zespołów zadaniowych, organizacja pracy zdalnej, przekazywanie poleceń Wojewody Mazowieckiego). Na ich podstawie Zarząd Województwa Mazowieckiego i Marszałek Województwa Mazowieckiego podjęli szereg decyzji mających na celu zapobieganie i zwalczanie COVID-19. Poniżej zaprezentowano wyniki podjętych działań, jakimi były: zakupy sprzętu dla szpitali i stacji pogotowia ratunkowego oraz uruchomienie nowych zadań inwestycyjnych w obszarze zdrowia.

Zakupy sprzętu dla szpitali i stacji pogotowia ratunkowego

1. Uruchomienie rezerwy kryzysowej w wysokości 10,5 mln zł

Rezerwa została przeznaczona m.in. na pierwsze zakupy respiratorów, aparatów RTG oraz środków ochrony indywidualnej. Kwota rezerwy ostatecznie zostanie rozliczona jako wkład własny w ramach realizowanego projektu.

2. Uruchomienie projektu „Zakup niezbędnego sprzętu oraz adaptacja pomieszczeń w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 na terenie województwa mazowieckiego" o wartości 480 mln zł

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach środków RPO WM 2014–2020 do walki z COVID-19.

Uruchomienie tego projektu przez Województwo Mazowieckie należy uznać za największy sukces. Decyzję o konieczności jego realizacji Zarząd Województwa Mazowieckiego podjął już pierwszego dnia obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego, czyli 14 marca 2020 r. W dniu 15 marca 2020 r. rozesłano pisma do podmiotów leczniczych, które zostały postawione w stan gotowości przez Wojewodę Mazowieckiego, oraz do subregionalnych stacji pogotowia celem uzyskania informacji nt. szacunkowych potrzeb w kontekście epidemii. W dniu 16 marca 2020 r. Zarząd Województwa Mazowieckiego – jako

pierwsza w Europie Instytucja Zarządzająca (IZ) – uzyskał zgodę Komisji Europejskiej, przekazaną przez dyrektora Christophera Todda, na zmiany w RPO WM 2014–2020 i realizację projektu oraz poparcie prowadzonych działań przez Małgorzatę Jarosińską-Jedynak – ówczesną Minister Funduszy i Polityki Regionalnej. Zarząd Województwa Mazowieckiego uzyskał również zgodę na odstąpienie od stosowania procedur Komitetu Sterującego ds. Zdrowia oraz wykazania zgodności z Policy Paper, a także na odstąpienie od wymogu uzyskania oceny celowości inwestycji od Ministerstwa Zdrowia. W następstwie ustaleń z Komisją Europejską i Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej oraz w efekcie przeprowadzonych prac, 24 marca 2020 r. na posiedzeniu Zarządu Województwa Mazowieckiego przyjęto uchwały (nr 430/119/20 i 431/119/20) w sprawie wyboru i realizacji projektu pozakonkursowego pn. „Zakup niezbędnego sprzętu oraz adaptacja pomieszczeń w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 na terenie województwa mazowieckiego", złożonego i realizowanego przez Województwo Mazowieckie w ramach naboru RPMA.06.01.00-IP.01-14-108/20, Oś priorytetowa VI „Jakość życia" Działanie 6.1 „Infrastruktura ochrony zdrowia" Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020, zwanego dalej „Projektem".

Województwo Mazowieckie jako lider Projektu realizuje go wspólnie z partnerami Projektu, którymi są podmioty lecznicze z obszaru województwa mazowieckiego:

- wskazane przez Wojewodę Mazowieckiego do pozostawania w stanie podwyższonej gotowości (zgodnie z obwieszczeniem opublikowanym w dniu 29 lutego 2020 r. oraz decyzjami administracyjnymi wydawanymi przez Wojewodę po tej dacie) – razem 71 podmiotów prowadzących działalność w 75 lokalizacjach;
- 5 stacji pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego.

Projekt pozwolił m.in. na wyposażenie w niezbędny sprzęt podmioty lecznicze, na które Wojewoda Mazowiecki nałożył obowiązek podwyższonej gotowości. Dzięki temu właściwą opieką medyczną objęci są wszyscy pacjenci z objawami koronowirusa oraz nastąpiło odizolowanie pacjentów wymagających hospitalizacji z innych powodów niż zakażenie koronawirusem. Podwyższona gotowość dotyczy także stacji pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego z uwagi na bezpośrednie zaangażowanie zespołów ratownictwa medycznego w proces udzielania pomocy medycznej osobom zakażonym koronawirusem SARS-CoV-2 lub chorym na COVID-19. Należy przy tym pamiętać, że projekt jest działaniem uzupełniającym do działań rządu, a nie podstawowym.

Projekt obejmuje wydatki na: niezbędną aparaturę medyczną i diagnostyczną (wraz z usługą remontowo-budowlaną konieczną do uruchomienia aparatury) oraz środki ochrony jednorazowej, tak aby zwiększyć możliwości diagnostyczne, ratownicze i medyczne na terenie województwa mazowieckiego. Finansowaniu w ramach projektu podlegają w szczególności takie wydatki jak:

- zakup aparatury medycznej i diagnostycznej (wraz z usługą remontowo-budowlaną niezbędną do uruchomienia tej aparatury);
- zakup odczynników oraz materiałów medycznych;
- zakup urządzeń do dezynfekcji;
- zakup środków do dezynfekcji;
- zakup środków ochrony indywidualnej;
- zakup leków, szczepionek, testów;
- stworzenie tymczasowych obiektów kubaturowych związanych z leczeniem i diagnostyką, m.in. zakup, wynajem, niezbędne roboty budowlane;
- inne niezbędne wydatki, które pojawią się wraz z potencjalnym rozwojem epidemii.

W trakcie realizacji projektu Województwo Mazowieckie, w porozumieniu z Wojewodą Mazowieckim i właściwymi konsultantami wojewódzkimi, na bieżąco analizuje zgłoszone potrzeby partnerów Projektu, aby jak najpełniej zrealizować założenia Projektu. W tym celu Marszałek Województwa Mazowieckiego zarządzeniem nr 218/20 z 16.03.2020 r. (z późn. zm.) powołał zespół, w którego skład wchodzą:

- Tomasz Rosłonek – Zastępca Dyrektora Departamentu Nadzoru Właścicielskiego i Inwestycji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Przewodniczący Zespołu;
- Agnieszka Gonczaryk – Dyrektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Zastępca Przewodniczącego Zespołu;
- Monika Sokulska – Dyrektor Departamentu Nadzoru Właścicielskiego i Inwestycji Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Członek Zespołu;
- Tomasz Sławatyniec – Dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, Członek Zespołu.

Dodatkowo Wojewoda Mazowiecki wskazał do projektu jako ekspertów: dr hab. n. med. Grażynę Cholewińską, konsultanta wojewódzkiego ds. chorób zakaźnych, oraz dr. hab. n. med. Janusza Trzebickiego, konsultanta wojewódzkiego ds. anestezjologii i intensywnej terapii.

Projekt zakłada możliwość elastycznego przenoszenia zakupionego sprzętu pomiędzy partnerami Projektu, tak aby zapewnić jego optymalne wykorzystanie, dlatego też aparatura medyczna jest partnerom Projektu wyłącznie użyczana, natomiast pozostały asortyment (środki podlegające zużyciu) jest przekazywany na własność w drodze darowizny. Zgodnie z rekomendacjami zespołu powołanego przez Marszałka Województwa Mazowieckiego sprzęt i materiały kierowane są w pierwszej kolejności do jednostek najbardziej obciążonych w związku z zaistniałą sytuacją, do których trafia najwięcej osób zarażonych koronawirusem, oraz do stacji pogotowia.

Projekt będzie realizowany do końca roku 2022. Istnieje opcja jego przedłużenia w zależności od rozwoju epidemii w kraju. Według danych aktualnych na dzień 8 listopada 2021 r. zostało zaangażowanych ponad 82% środków, co daje kwotę 393,8 mln zł (zaangażowanie oznacza, że zawarto umowy lub też negocjacje z dostawcami/ uzgadnianie warunków są na końcowym etapie). Zamówienia asortymentu objętego projektem są na bieżąco realizowane mimo bardzo trudnej sytuacji na rynku: niska dostępność towarów, szybko zmieniające się warunki, długie terminy dostaw itd.

W trosce o zdrowie i życie wszystkich pracowników podmiotów leczniczych, których praca i ogromne zaangażowanie są kluczowe dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów, Zarząd Województwa Mazowieckiego podjął decyzję o realizacji dedykowanych tej grupie doraźnych badań laboratoryjnych w celu szybkiego wykrycia oraz weryfikacji zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 wywołującego COVID-19. Badania prowadzone były przez firmę ALAB Laboratoria Sp. z o.o. w ramach projektu pn. „Zakup niezbędnego sprzętu oraz adaptacja pomieszczeń w związku z pojawieniem się koronawirusa SARS-CoV-2 na terenie województwa mazowieckiego". Działania diagnostyczne obejmowały przede wszystkim pracowników podmiotów leczniczych mających kontakt z osobami zakażonymi lub z podejrzeniem zakażenia koronawirusem, a także tych pacjentów, którzy stanowili potencjalne źródło zakażenia personelu.

Głównym założeniem przedsięwzięcia było skrócenie do minimum czasu oczekiwania na wynik badania członków personelu medycznego podmiotów leczniczych mających kontakt z osobami zakażonymi lub z podejrzeniem zakażenia koronawirusem i, poprzez szybkie i sprawne badanie, także przeciwdziałanie COVID-19. Badania polegały na przeprowadzaniu testów na obecność koronawirusa, które realizowane były metodą RT PCR, zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Zgodnie z postanowieniami przedmiotowej umowy czas wykonania zlecanych badań wynosił maksymalnie 14 h.

W okresie trwania umowy wykonano 32 152 badań za blisko 11 mln zł.

3. Uruchomienie projektu „Zwiększenie potencjału zespołów ratownictwa medycznego oraz zespołów transportu medycznego i sanitarnego w przeciwdziałaniu COVID-19" o wartości 55,2 mln zł

Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego RPO WM 2014–2020. Jego głównym celem jest poprawa dostępności do usług opieki zdrowotnej poprzez zwiększenie możliwości wsparcia ratowniczego na terenie województwa mazowieckiego w związku z epidemią spowodowaną koronawirusem SARS-CoV-2. Planowany okres realizacji projektu: od 1 lutego 2020 do 31 marca 2022 r.

Decyzja o realizacji Projektu została podjęta przez Zarząd Województwa Mazowieckiego w dniu 9 kwietnia 2020 r. Jest to projekt pozakonkursowy, realizowany w ramach Osi IX – Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020. Projekt realizowany jest w oparciu o zapisy ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych.

Liderem projektu jest Województwo Mazowieckie, a partnerami są systemowe stacje pogotowia ratunkowego i transportu sanitarnego działające na terenie województwa mazowieckiego, tj.:

a. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie;
b. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku;
c. Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu;
d. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „RM-Meditrans" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach;

e. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Meditrans Ostrołęka" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce.

W ramach projektu realizowano:

- dodatki specjalne do godziny pracy, w związku ze szczególnymi warunkami pracy związanymi z narażeniem na zachorowanie na COVID-19;
- szkolenia, które są konieczne w celu zwiększenia skuteczności zwalczania epidemii SARS-CoV-2 przez podmioty prowadzące działalność w zakresie ratownictwa medycznego oraz transportu medycznego i sanitarnego, np. szkolenie z zakresu stosowania środków ochronnych i ich bezpiecznego użytkowania, w tym także utylizacji;
- usługi w zakresie dezynfekcji i dekontaminacji oraz wsparcia logistycznego dla personelu ratownictwa medycznego, w tym: sfinansowanie zatrudnienia dodatkowych osób odpowiedzialnych za mycie, dezynfekcję i utrzymanie stanowisk dla dezynfekcji;
- koszty utylizacji odpadów medycznych i zużytego sprzętu/ środków ochrony, w tym wysokozakaźnych powstałych w wyniku ograniczania skutków rozprzestrzeniania się COVID-19. W efekcie wzrostu liczby kilogramów odpadów medycznych wysokozakaźnych zwiększyła się cena za odbiór dodatkowych odpadów, których ilość nie była objęta podstawowymi umowami zawartymi z firmami zajmującymi się utylizacją odpadów. Ponadto zostały wynajęte dodatkowe kontenery na odpady. Usługi odbioru odpadów wzrosły o około 80–90% w stosunku do usług przed pandemią.

Ze środków inwestycyjnych zakupiono:

- 3 zamgławiacze elektrofumigatora BARTEK do profesjonalnej dezynfekcji ambulansów (refundacja);
- koncentrator tlenu do napełniania butli tlenem medycznym;
- 7 respiratorów;
- nosze do ambulansu wraz z lawetą pneumatyczną;
- 7 defibrylatorów;
- 10 przenośnych koncentratorów tlenu;
- 6 wideolaryngoskopów;
- 3 urządzenia do masażu serca.

W 2021 r. w ramach projektu dodatkowo zakupiono i zamontowano koncentrator tlenu do napełniania butli tlenem medycznym (wydatek w ramach cross-financingu).

Zakres usług zaplanowanych do realizacji w projekcie został uzgodniony z Wojewodą Mazowieckim na etapie tworzenia tzw. fiszki projektowej. W trakcie realizacji projektu Województwo Mazowieckie, w porozumieniu z Wojewodą Mazowieckim i właściwymi wojewódzkimi konsultantami, na bieżąco analizuje zgłaszane potrzeby partnerów Projektu, aby jak najpełniej zrealizować założenia Projektu. W tym celu Marszałek Województwa Mazowieckiego zarządzeniem nr 232/20 z 16 kwietnia 2020 r. (z późn. zm.) powołał Zespół w skład, którego wchodzą:

- Agnieszka Gonczaryk – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie, Przewodniczący Zespołu;
- Eliza Śniegocka-Walkiewicz – Kierownik Wydziału Promocji Zdrowia w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie – Zastępca Przewodniczącego Zespołu;
- Tomasz Sławatyniec – Dyrektor Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego – członek Zespołu;
- Marcin Wielgolaski – Radca Prawny w Wydziale Prawnym w Departamencie Organizacyjnym Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie – członek Zespołu;
- Anna Wiśniewska – Kierownik Wydziału Organizacji Ochrony Zdrowia w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie – członek Zespołu;
- Zofia Nowacka – Pracownik Wydziału Promocji Zdrowia w Departamencie Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie – członek Zespołu.

Dodatkowo do projektu Wojewoda Mazowiecki wskazał jako ekspertów: dr hab. n. med. Grażynę Cholewińską – konsultanta wojewódzkiego ds. chorób zakaźnych oraz lek. med. Wiesława Marszała – konsultanta wojewódzkiego ds. medycyny ratunkowej. Ponadto Zespół pełni także funkcję komitetu sterującego, a w tym sprawuje nadzór nad realizacją Projektu, oraz pełnił funkcję doradczą i opiniodawczą dla Województwa Mazowieckiego jako beneficjenta Projektu w zakresie wszelkich przedsięwzięć podejmowanych w ramach jego realizacji. Dlatego też skład Zespołu został uzupełniony o następujących przedstawicieli partnerów:

Tabela 1. Podział środków na poszczególnych Partnerów

Lp.	*Partnerzy Projektu*	*Kwota w PLN*
1.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans" Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	21 539 373,12
2.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Meditrans Ostrołęka" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce	6 754 475,53
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „RM-MEDITRANS" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach	6 792 098,60
4.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku	8 747 771,41
5.	Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu	11 416 277,84
	RAZEM	**55 249 996,50**

Tabela 2. Realizacja zadań przez podmioty lecznicze

Podmiot leczniczy	*Nazwa zadania*	*Okres realizacji*	*Nakłady na lata przyszłe*
Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie	budowa z przebudową budynków H i D dla potrzeb Mazowieckiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie Sp. z o.o.	2021–2027	425 708 951
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu	budowa nowego budynku dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego Sp. z o. o. w Radomiu	2021–2023	98 880 698
Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	budowa nowego budynku szpitalnego wraz z otoczeniem i komunikacją	2021–2025	207 859 466
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie.	przebudowa i modernizacja pomieszczeń budynku zakaźnego	2021–2023	36 683 061
Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. J. Bogdanowicza w Warszawie	przebudowa pomieszczeń budynku E w celu łatwego przekształcenia w oddział zakaźny (COVID) – I etap: dokumentacja projektowo-kosztorysowa	2021	564 300
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	modernizacja budynku Poradni Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie	2021–2022	2 026 000
	modernizacja pomieszczeń głównej stacji zasilania energetycznego Wojewódzkiego Szpitala Zakaźnego w Warszawie	2021	89 100
	zabezpieczenie ludności Mazowsza przed epidemią – rozbudowa oddziałów Szpitala i budowa łączników – etap I: dokumentacja	2021–2022	3 000 000
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	rozbudowa i modernizacja budynku Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Płocku (z wyposażeniem)	2021–2023	20 959 200
		RAZEM	**795 770 776**

- Karola Bielskiego – Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans" SPZOZ w Warszawie;
- Pawła Zakrzewskiego – Starszego Inspektora ds. Technicznych i Zamówień Publicznych SPZOZ „Meditrans Ostrołęka" Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Ostrołęce;
- Leszka Szpakowskiego – Dyrektora SPZOZ „RM-Meditrans" Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach;
- Lucynę Kęsicką – Dyrektor SPZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku;
- Elżbietę Cieślak – Zastępcę Dyrektora Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Radomiu.

Koszt całkowity Projektu może ulegać zmianom (zmniejszeniu lub zwiększeniu) w zależności od rozwoju sytuacji związanej z koronawirusem SARS-CoV-2.

Kwoty przedstawione w tabeli 1. są kwotami szacunkowymi – na podstawie potrzeb zgłoszonych przez partnerów. Umowa partnerska zawiera specjalny zapis, na podstawie którego kwoty dla poszczególnych partnerów mogą ulegać zmniejszeniu lub zwiększeniu – w zależności od rozwoju sytuacji epidemiologicznej związanej z koronawirusem SARS-CoV-2 oraz może być uzależniony od poziomu wydatkowania środków finansowych u poszczególnych partnerów Projektu.

4. Przekazanie w formie dotacji ponad 950 tys. zł dla podmiotów leczniczych o profilu psychiatrycznym
Z przeznaczeniem na zakup środków ochrony indywidualnej, takich jak: przyłbice wielorazowe, fartuchy barierowe, kombinezony ochronne, ochraniacze na buty, maski FFP2, maski chirurgiczne, rękawice jednorazowe czy płyny do dezynfekcji rąk.

Uruchomienie nowych zadań inwestycyjnych w obszarze zdrowia

W IV kwartale 2021 r. Zarząd Województwa Mazowieckiego podjął decyzję o przeznaczeniu znacznych środków własnych na realizację zadań, które poprawią zdolność podległych podmiotów leczniczych do działania w sytuacji pandemicznej (tabela 2).

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:22:15

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSTKIEGO

Większość programów polityki zdrowotnej województwo świętokrzyskie realizuje w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014–2020. Działania te są finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i obejmują:

- 7 programów regionalnej polityki zdrowotnej (RPZ), w tym 4 programy skierowane do osób w wieku aktywności zawodowej,
- programy ukierunkowane na zapobieganie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej.

Działania skierowane do osób w wieku aktywności zawodowej

1. Program w zakresie profilaktyki chorób układu oddechowego dla pracowników zawodowo narażonych na działanie pyłu zwłókniającego.
   Pylice płuc były w latach 2005–2014 chorobami dominującymi w województwie świętokrzyskim wśród stwierdzanych chorób zawodowych.
   Program skierowany jest do osób, które narażone są w trakcie pracy zawodowej na działanie pyłu o charakterze zwłókniającym, u których kontynuowanie pracy w dotychczasowych warunkach może doprowadzić do rozwoju pełnoobjawowej pylicy.
2. Program kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej po ostrych zespołach wieńcowych
   Program skierowany jest do osób w wieku aktywności zawodowej po przebytym ostrym zespole wieńcowym.
3. Program w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2.

Program skierowany jest do osób w wieku 45–64 lata, którzy w przeciągu ostatnich 3 lat nie mieli wykonywanych badań w kierunku cukrzycy, oraz osób z czynnikami ryzyka cukrzycy, tj. nadwagą, otyłością.

4. Program w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD).

   Program skierowany jest do osób leczących się z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego (przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP, astma oskrzelowa, mukowiscydoza, rozstrzenie oskrzeli, zespoły dyskinezy rzęsek drzewa oskrzelowego, zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, choroby śródmiąższowe płuc, sarkoidoza, pylice płuc, zapalenia naczyń płucnych, zwłóknienie, krzemica) w oddziałach pulmonologicznych, wewnętrznych, poradniach chorób płuc oraz w POZ, a także pacjenci przed zabiegami i po zabiegach torakochirurgicznych.
5. 35 programów realizowanych przez pracodawców, które ukierunkowane są na zapobieganie przedwczesnemu opuszczaniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej. Obejmują one:
   - działania zmierzające do eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy,
   - działania z zakresu ergonomii pracy,
   - przekwalifikowanie pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, w tym przygotowanie do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia.

Pozostałe programy polityki zdrowotnej

1. Program wczesnego wykrywania oraz rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy wśród uczniów pierwszych klas szkół podstawowych.

   Program skierowany jest do dzieci pierwszych klas szkół podstawowych, ich rodziców/opiekunów, nauczycieli, lekarzy POZ, pielęgniarek szkolnych i logopedów. Obejmuje wykonanie badań przesiewowych całej populacji dzieci pierwszych klas szkół podstawowych. Natomiast rehabilitacją objęte są wyłącznie dzieci z rozpoznanymi zaburzeniami słuchu i/lub mowy.
2. Program zapobiegania ciężkim zapaleniom płuc u chorych onkologicznych z najczęstszymi nowotworami litymi i hematologicznymi.

   Program skierowany jest do osób leczonych z powodu najczęstszych nowotworów złośliwych (rak płuca, rak sutka, rak trzonu macicy, rak szyjki macicy, rak jelita grubego, rak odbytnicy, rak pęcherza moczowego, przewlekła białaczka limfocytowa). Obejmuje szczepienie przeciwko Streptococcus pneumoniae.
3. Program wczesnej diagnostyki gruźlicy u mieszkańców województwa świętokrzyskiego z grup szczególnego ryzyka

   Program skierowany jest do osób mających kontakt z chorym prątkującym oraz osób z grupy o największym ryzyku zachorowania na gruźlicę, tj. osób o niskim statusie ekonomicznym, chorych na pylicę płuc, chorych dializowanych.

Zidentyfikowane problemy związane z realizacją programów polityki zdrowotnej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014–2020

1. Mała liczba podmiotów zainteresowanych składaniem wniosków o dofinansowanie realizacji projektów ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Małe zainteresowanie uczestnictwem w programach:
   - osób z grup docelowych, do których skierowane było działanie,
   - personelu podmiotów leczniczych do bycia partnerem realizującym program, w szczególności udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
3. Ograniczenia wynikające z ogłoszenia na terytorium kraju epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2.

Kluczowe wyzwania stojące przed województwem świętokrzyskim wynikające ze zidentyfikowanych problemów związanych z realizacją programów polityki zdrowotnej oraz działania, jakie w tym zakresie podejmuje samorząd województwa świętokrzyskiego

Zwiększenie liczby podmiotów zainteresowanych składaniem wniosków o dofinansowanie realizacji projektów ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Rozpoczęto cykl szkoleń dla potencjalnych autorów projektów (beneficjentów). Ich celem jest przekazanie wiedzy i nabycie umiejętności dotyczących prawidłowego przygotowania wniosku, a następnie

realizacji projektu, który uzyska dofinansowanie ze środków EFS.

Kluczowe wyzwania w szeroko rozumianym obszarze zdrowia publicznego oraz działania, jakie w tym zakresie podejmuje samorząd województwa świętokrzyskiego

Zwiększenie zainteresowania uczestnictwem w poszczególnych programach/działaniach:

- osób z grup docelowych, do których skierowano działanie (program),
- podmiotów leczniczych będących potencjalnymi partnerami w realizacji poszczególnych programów, w szczególności podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

Planujemy podjęcie szeroko zakrojonych działań informacyjno-edukacyjnych skierowanych do mieszkańców województwa oraz kadry zarządzającej i kadry medycznej podmiotów leczniczych, w szczególności udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ.

Realizacja części działań skierowanych do osób w wieku aktywności zawodowej przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, który będzie współpracować z podstawowymi jednostkami medycyny pracy.

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO

Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego

Głównym celem programu jest zwiększenie dostępu do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności w formie zapłodnienia pozaustrojowego poprzez mrożenia komórek jajowych dla kobiet przed leczeniem gonadotoksycznym, jako metody odroczenia płodności. Program adresowany jest do par cierpiących na bezpłodność oraz kobiet wymagających leczenia gonadotoksycznego. W programie mogą uczestniczyć osoby zamieszkałe na terenie województwa wielkopolskiego, w gminach, w których aktualnie nie są finansowane ze środków publicznych świadczenia zdrowotne o podobnym charakterze, i spełniające wymogi medyczne. Wydatkowanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie programu dla mieszkańców będzie możliwe z początkiem 2022 r., po podpisaniu stosownych porozumień z gminami, które zadeklarowały gotowość jego współfinansowania, i po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego mającego na celu wybór realizatorów. Szczegółowe informacje dla mieszkańców pojawią się na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego (www.umww.pl).

Program psychiatryczny terapeutyczno-rehabilitacyjny połączony z aktywizacją pacjentów

Głównym celem programu jest zapewnienie pacjentom ciągłości i kompleksowości świadczeń z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej i aktywizacji zmierzających do utrzymania dobrostanu oraz zapobiegających wykluczeniu, połączone z:

- poprawą jakości życia,
- ograniczeniem liczby hospitalizacji,
- ograniczeniem liczby pilnych interwencji,
- zwiększeniem poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych.

Program adresowany jest do osób, u których rozpoznano schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi i które wymagają stałej rehabilitacji i aktywizacji. W programie mogą uczestniczyć mieszkańcy województwa wielkopolskiego – osoby chore na schizofrenię i inne schorzenia przebiegające z objawami psychotycznymi, dla których niewystarczające jest leczenie ambulatoryjne, skierowane przez lekarza prowadzącego, pod którego opieką pacjent pozostaje. Ponadto do programu będą włączane także osoby zgłaszające się z własnej inicjatywy, które nie są zainteresowane świadczeniami oferowanymi w ramach oddziałów dziennych, jak również osoby, dla których skończyły się limity świadczeń w ramach oddziałów dziennych oraz leczenia stacjonarnego.

Uczestnicy mogą skorzystać z następujących procedur: psychoedukacja, terapia grupowa, terapia zajęciowa, socjoterapia. Procedury realizowane są na podstawie opracowanego przez zespół terapeutyczny programu terapeutycznego indywidualnie dostosowanego do potrzeb danej osoby.

Wydatkowanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie programu, a tym samym skorzystanie z niego, będzie możliwe z początkiem 2022 r. po

rozstrzygnięciu postępowania konkursowego mającego na celu wybór realizatorów. Szczegółowe informacje dla mieszkańców pojawią się na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego (www.umww.pl).

Regionalny program rehabilitacji osób z zaburzeniami depresyjnymi

Głównym celem programu jest ograniczenie liczby prób samobójczych wśród osób uczestniczących w programie w okresie jego trwania i do 3 miesięcy po zakończeniu udziału, oraz zwiększenie:

- maksymalnej możliwej sprawności psychicznej i społecznej,
- poziomu wiedzy i umiejętności z obszaru zachowań zdrowotnych,
- wiedzy i kompetencji z zakresu nowoczesnych metod rehabilitacji zaburzeń depresyjnych u przedstawicieli personelu medycznego uczestniczących w szkoleniach realizowanych w programie.

Program adresowany jest do mieszkańców województwa wielkopolskiego – osób dorosłych w wieku od 18. do 65. roku życia, dotkniętych problemem zaburzeń nastroju, w tym pacjentów z rozpoznaniem: epizod depresyjny (F32) i depresja nawracająca (F33), aktualnie niekorzystających z podobnych świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, oraz pracującego z tymi osobami personelu medycznego.

W programie zaplanowano przeprowadzenie szkoleń mających na celu podniesienie kompetencji personelu medycznego z zakresu nowoczesnych technik rehabilitacji zaburzeń depresyjnych oraz kompleksową rehabilitację uczestników programu. Uczestnicy mogą skorzystać z indywidualnych konsultacji i sesji terapeutycznych realizowanych na podstawie indywidualnego programu terapeutycznego oraz warsztatów: psychodramy, radzenia sobie z emocjami i asertywności.

Wydatkowanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie programu, a tym samym skorzystanie z niego będzie możliwe z początkiem 2022 r. po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego mającego na celu wybór realizatorów. Szczegółowe informacje dla mieszkańców pojawią się na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego (www.umww.pl).

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU M.ST. WARSZAWY

Na realizację 11 programów profilaktyki i promocji zdrowia (bez NGO) miasto wydało w 2020 r. kwotę 17 665 378 zł. Z programów skorzystało 250 tys. osób. Budżet na programy w 2021 r. to 35,5 mln zł. Przewidywany jest udział ok. 280 tys. osób (razem z NGO). Plan budżetu na programy w 2022 r. to 37,8 mln zł. Przewidywany jest udział ok. 300 tys. osób (razem z NGO).

Miasto współpracuje w sposób finansowy i pozafinansowy z organizacjami pozarządowymi w sferze zadań publicznych wymienionych w art. 4 ust. 1 pkt 1–20, pkt 22–33 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie. Aktualne umowy w zakresie ochrony i promocji zdrowia, podpisane na lata 2020–2022, opiewają na kwotę 9 007 622 zł.

Współpraca z organizacjami pozarządowymi działającymi w zakresie ochrony i promocji zdrowia pozwala m.in. na zabezpieczenie większej liczby łóżek hospicyjnych dla mieszkańców m.st. Warszawy, zapewnienie opieki dla chorych objętych domową i stacjonarną opieką paliatywno-hospicyjną oraz wsparcie dla ich rodzin i opiekunów w czasie trwania choroby i w żałobie.

Celem współpracy jest także zwiększenie dostępności do działań rehabilitacyjnych dotyczących zapobiegania i rozwiązywania problemów medyczno-społecznych osobom z problemami zdrowotnymi (np. kobietom po mastektomii), osobom z chorobami neurologicznymi, neuromięśniowymi, chorobami układu kostno-mięśniowego, a także osobom z niepełnosprawnością intelektualną. Kolejnym celem jest zwiększenie dostępności do działań z zakresu edukacji i promocji zdrowia mających na celu zwiększenie potencjału zdrowotnego i świadomości zdrowotnej mieszkańców m.st. Warszawy.

Organizacje pozarządowe współuczestniczą w kształtowaniu polityki zdrowotnej m.st. Warszawy poprzez udział swoich przedstawicieli w Branżowej Komisji Dialogu Społecznego ds. Ochrony i Promocji Zdrowia.

Program promocji zdrowia pn. „Zdrowy uczeń"

Rok rozpoczęcia: 2005

Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2021

Tryb wyboru realizatorów: dotacja
Program skierowany jest do dzieci i młodzieży uczęszczających do szkół publicznych, dla których m.st. Warszawa jest organem prowadzącym, tj. do szkół podstawowych i ponadpodstawowych, oraz przebywających w placówkach opiekuńczo-wychowawczych. Osobami realizującymi program są głównie pielęgniarki szkolne. Ponadto podczas realizacji programu do współpracy zapraszani są m.in. lekarze, dietetycy, położne. Celem głównym programu jest zapewnienie warunków do zdobywania przez uczniów wiedzy w zakresie zachowań prozdrowotnych i poszanowania własnego zdrowia.

Program skupia się na następujących zakresach tematycznych:

- higiena i jej wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne: higiena jamy ustnej jako ważny czynnik zapobiegający próchnicy; czysta skóra – zdrowie i uroda, higiena intymna, higiena wzroku i słuchu jako ważne elementy percepcji; odpoczynek oraz aktywność fizyczna jako ważne elementy prawidłowego rozwoju i zdrowia;
- odżywianie: zdrowe i racjonalne odżywianie oraz picie wody, czynniki wpływające na niewłaściwe odżywianie, skutki złego żywienia, higiena przygotowywania i spożywania posiłków;
- profilaktyka chorób zakaźnych: zapobieganie chorobom „brudnych rąk", szczepienia ochronne i ich wpływ na zapobieganie chorobom, zapobieganie HBV, HCV, HIV/AIDS, SARS-CoV-2;
- pierwsza pomoc i unikanie zagrożeń: udzielanie pierwszej pomocy, bezpieczne korzystanie z kąpielisk, niebezpieczeństwo zabaw z petardami;
- wczesne wykrywanie chorób nowotworowych „Piersi – uroda i zdrowie" – nauka samobadania piersi oraz „Zdrowe jądra" – nauka samobadania jąder;
- profilaktyka chorób układu krążenia.

Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.:
1 654 135,95 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 6 117 000,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 6 200 000,00 zł
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 196 753
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 199 519
Obecna liczba realizatorów zadania: 13

Program promocji zdrowia pn. „Aktywny senior"
Rok rozpoczęcia: 2018
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2021
Tryb wyboru realizatorów: dotacja
Program jest skierowany do osób powyżej 60. roku życia, zamieszkałych na terenie Warszawy, które zgłoszą się do programu, podpiszą zgodę na uczestnictwo w programie oraz oświadczenie o braku przeciwwskazań do wykonywania ćwiczeń. „Aktywny senior" ma na celu zachowanie i poprawę ogólnej sprawności oraz jakości życia seniorów. W ramach programu seniorzy uczestniczą w cyklu kilkunastu grupowych spotkań prowadzonych 2 razy w tygodniu przez 45 min. Pierwsze spotkanie dla każdej grupy jest przeznaczone na wykład nt. zagrożeń wynikających z niskiej aktywności fizycznej, w tym związanych z chorobami układu kostno-stawowego, oraz zachowań prozdrowotnych, m.in. znaczenie picia wody, a kolejne spotkania są przeznaczone na ćwiczenia ogólnousprawniające z wykorzystaniem drobnego sprzętu o sprawdzonych parametrach, np.: materacy, mat gimnastycznych, piłek, krzeseł wykorzystywanych do ćwiczeń, lasek gimnastycznych, taśm gumowych itp. Program odbywa się również w formie nordic walking oraz na basenie.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 810 818,86 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 1 326 170,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 1 550 000 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 2082
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 493 grupy (min. 6-osobowe)
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 557 grup (min. 6-osobowe)
Obecna liczba realizatorów zadania: 16

Program promocji zdrowia pn. „Edukacja zdrowotna młodzieży szkolnej w wieku pomiędzy 18. a 19. rokiem życia w zakresie nadciśnienia tętniczego"
Rok rozpoczęcia: 2008
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2021
Tryb wyboru realizatorów: dotacja
Program ma na celu edukację zdrowotną młodzieży szkolnej w wieku pomiędzy 18. a 19. rokiem życia w zakresie nadciśnienia tętniczego. W wyniku realizacji programu oczekuje się zwiększenia świadomości w zakresie ryzyka chorób układu krążenia, w tym nadciśnienia tętniczego, oraz prawidłowych zachowań zdrowotnych. Umiejętność prawidłowego pomiaru ciśnienia krwi oraz wyliczenia BMI przyczyni się do wczesnego wykrycia nadciśnienia tętniczego oraz rozpoczęcia diagnostyki i ewentualnie szybkiego podjęcia leczenia w celu zapobieżenia groźnym powikłaniom, takim jak: zawał serca, udar mózgu, niewydolność serca, niewydolność nerek.

Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 15 140,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 300 000,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 360 000,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 1141
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 15 000
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 18 000
Obecna liczba realizatorów zadania: 13

Program edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia"

Rok rozpoczęcia: 2005
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2020–2022
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Program składa się z zajęć teoretycznych i praktycznych oraz ćwiczeń ogólnousprawniających. Zdecydowana większość par korzysta z niego w szpitalach posiadających oddziały położnicze. Cykl zajęć to 10 spotkań po 90 minut.

Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 3 226 887,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 4 803 690,00 zł
Kwota zawartych umów w 2022 r.: 4 549 990,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 7526
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 10 500
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 10 500
Obecna liczba realizatorów zadania: 27

Program polityki zdrowotnej w zakresie wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego

Rok rozpoczęcia: 2017
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2020-2022
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Program zawiera w sobie trzy elementy: dofinansowanie procedur zapłodnienia in vitro, finansowanie procedur ochrony płodności dla kobiet przed leczeniem onkologicznym oraz wykłady dla uczniów szkół średnich dotyczące problemu niepłodności. Parom przysługują trzy próby zapłodnienia in vitro.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 8 436 773,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 10 962 876,00 zł
Kwota zawartych umów w 2022 r.: 9 565 878,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 1634 pary
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 1800 par
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 1800 par
Obecna liczba realizatorów zadania: 8

Dzięki świadczeniom dofinansowywanym w ramach programu od początku jego trwania urodziło się 1212 dzieci.

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego pn. „HPV 12"

Rok rozpoczęcia: 2019
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2019–2021
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Program skierowany do dziewczynek i chłopców w wieku 12 lat (po ukończeniu 12. roku życia, a przed ukończeniem 13. roku życia – jeden rocznik). Schemat szczepienia składa się z dwóch dawek szczepionki – w ramach programu finansowane są obie. W 2022 r. ruszy kontynuacja programu.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 5 378 730,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 5 261 890,00 zł
Kwota zawartych umów w 2022 r.: 4 280 267,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 4243
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 11 400
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 7000
Obecna liczba realizatorów zadania: 43

Program polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania zaburzeń słuchu wśród uczniów klas I oraz VIII szkół podstawowych na terenie m.st. Warszawy

Rok rozpoczęcia: 2007
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2020–2022
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Program składa się z następujących elementów: działań edukacyjno-informacyjnych skierowanych do uczniów klas I i VIII, rodziców/opiekunów prawnych oraz nauczycieli, badań przesiewowych słuchu dla uczniów z grupy docelowej oraz działań skierowanych do rodziców, których dziecko uzyskało pozytywny wynik badania przesiewowego. Badania są przeprowadzane w szkołach podczas zajęć lekcyjnych.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 339 180,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 733 560,00 zł
Kwota zawartych umów na 2022 r.: 733 560,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 11 306
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 25 000
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 25 000
Obecna liczba realizatorów zadania: 5

Program polityki zdrowotnej z zakresu szczepień przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyki zachorowań w populacji osób w wieku 65 lat i więcej pn. „Grypa 65+"

Rok rozpoczęcia: 2004
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2021–2023

Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Szczepienie przeciw grypie dla seniorów
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 1 463 318,50 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 1 923 950,00 zł
Kwota zawartych umów na 2022 r.: 2 021 930,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 36 633
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 42 920
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 45 100
Obecna liczba realizatorów zadania: 50

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę dla dzieci w wieku od 6. do 60. miesiąca życia
Rok rozpoczęcia: 2020
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2020–2022
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Szczepienie przeciw grypie dla dzieci. W przypadku dzieci szczepionych przeciw grypie po raz pierwszy w życiu należy podać dwie dawki szczepionki. W ramach programu finansowane są obie.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 162 127,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 807 675,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 333 725,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 2484
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 12 500
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 8735
Obecna liczba realizatorów zadania: 26

Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki zachorowań na grypę dla kobiet w ciąży
Rok rozpoczęcia: 2020
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2020–2022
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Szczepienie przeciw grypie dla ciężarnych.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 5 353,00 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 320 395,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 161 170,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 101
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 6270
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 3050
Obecna liczba realizatorów zadania: 24

Program polityki zdrowotnej z zakresu szczepień przeciwko grypie sezonowej jako profilaktyki zachorowań w populacji osób bezdomnych przebywających w placówkach zapewniających tymczasowe schronienie dla osób w kryzysie bezdomności dofinansowywanych przez m.st. Warszawę
Rok rozpoczęcia: 2005
Rok/ lata trwania obecnej edycji: 2021
Tryb wyboru realizatorów: konkurs ofert
Szczepienie przeciw grypie dla osób w kryzysie bezdomności.
Kwota wydatkowanych środków w 2020 r.: 10 929,70 zł
Kwota zawartych umów w 2021 r.: 54 528,00 zł
Plan budżetowy na 2022 r.: 67 200,00 zł
Liczba uczestników programu w 2020 r.: 110
Planowana liczba uczestników w 2021 r.: 568
Planowana liczba uczestników w 2022 r.: 678
Obecna liczba realizatorów zadania: 1

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU MIASTA LUBLINA

Miasto Lublin od wielu lat podejmuje działania profilaktyczne zmierzające do poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców. Tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu odbywa się na podstawie opracowanej strategii działań wieloletnich pn. „Zdrowie dla Lublina na lata 2020–2025". Wskazane w tym dokumencie kierunki działań obejmują w szczególności promocję zdrowia i profilaktykę uwzględniające główne czynniki ryzyka chorób występujących wśród mieszkańców, ze szczególnym uwzględnieniem chorób zakaźnych.

Podejmowane przez nas działania, adresowane do różnych grup wiekowych i dotyczące różnych aspektów medycznych, realizowane są w formie programów polityki zdrowotnej oraz edukacji zdrowotnej mieszkańców. Dużym zainteresowaniem cieszą się takie jak programy profilaktyczne:

Program szczepień ochronnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)
Program jest realizowany w ramach profilaktyki onkologicznej raka szyjki macicy i adresowany do 12-letnich dziewczynek. W trakcie realizacji programu prowadzona jest edukacja m.in. na temat: pozytywnych skutków szczepień ochronnych, niebezpieczeństw, jakie niosą ze sobą infekcje wywołane wirusem brodawczaka ludzkiego, popularyzacji szczepień ochronnych jako profilaktyki chorób oraz postępowania w razie wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych

(NOP). Działania edukacyjne kierowane są do szczepionych dziewczynek oraz do ich rodziców. W ramach programu szczepionych corocznie jest około 500 dziewczynek w wieku 12 lat.

Program profilaktyczny wczesnego wykrywania wad wzroku i zeza dla uczniów klas II szkół podstawowych

Głównym celem programu jest zapobieganie rozwojowi wad wzroku i poprawa funkcji narządu wzroku u dzieci uczęszczających do klas II szkół podstawowych poprzez wczesne wykrywanie wad wzroku. Program realizowany jest w lubelskich szkołach podstawowych, każdego roku badanych jest ok. 2 tys. uczniów z klas II, tj. ok. 67% populacji. Jak ważny jest to program, pokazują przeprowadzone badania: ich wyniki wskazują, że aż ok. 25% przebadanych dzieci ma wady wzroku, które jeszcze na tym etapie rozwoju w zdecydowanej większości mogą zostać skorygowane. Dzieci, u których stwierdzono wady wzroku, są kierowane do dalszej diagnostyki i leczenia specjalistycznego. Do najczęściej zdiagnozowanych wad wzroku należą: nadwzroczność, krótkowzroczność, zez, zaburzenia widzenia barwnego. Rodzice uzyskują pisemną informację w zakresie stanu zdrowia narządu wzroku ich dzieci oraz zalecenia, co do dalszego postępowania.

Program profilaktyki próchnicy zębów dla uczniów uczęszczających do placówek oświatowo-wychowawczych na terenie miasta Lublin

Podstawowym założeniem programu jest poprawa stanu uzębienia u dzieci i młodzieży uczęszczającej do lubelskich szkół poprzez zmniejszenie występowania próchnicy zębów. W ramach programu finansowana jest profilaktyka przeciwpróchnicza wszystkich zębów górnych i dolnych, tj. lakowanie i lakierowanie zębów oraz leczenie zębów kompozytami światłoutwardzalnymi, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, kształcących się w szkołach i ośrodkach szkolno-wychowawczych. Działania medyczne wspierane są działaniami edukacyjnymi. Działania programowe w istotny sposób zwiększają dostępność do leczenia stomatologicznego dzieciom i młodzieży uczącej się. Watro zauważyć, że Lublin jako jedyne miasto w województwie i jedno z nielicznych w Polsce oferuje darmową opiekę stomatologiczną dla dzieci i młodzieży. Program realizowany jest w 63 gabinetach stomatologicznych zlokalizowanych na terenie szkół. Rocznie opieką stomatologiczną obejmowanych jest ok. 6 tys. uczniów lubelskich szkół. Na program przeznaczane są środki z budżetu miasta w kwocie 600 tys. zł, przy czym 40% tej kwoty stanowi refundacja z NFZ.

Program zdrowego odżywiania „Jedz z głową"

Celem programu jest promowanie wśród najmłodszych mieszkańców Lublina zasad zdrowego odżywiania się oraz kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia w kontekście profilaktyki chorób cywilizacyjnych, tj. nadwagi i otyłości. Program skierowany jest do uczniów klas I–III szkół podstawowych, ich rodziców, nauczycieli, wychowawców, pracowników stołówek szkolnych, intendentów oraz ajentów sklepików szkolnych. Tworzy więc swoistą koalicję na rzecz zdrowego stylu życia – angażuje wszystkie grupy osób, które mają wpływ na odżywianie najmłodszych. W ramach programu, realizowanego na terenie szkół, prowadzone są działania edukacyjne oraz diagnostyka stanu zdrowia dzieci – badana jest masa ciała, ciśnienie krwi oraz sprawność krążeniowo-oddechowa. Program jest realizowany od 2012 r. w 37 lubelskich szkołach i do tej pory uczestniczyło w nim ok. 42 tys. osób. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono nadwagę u 17,87%, a otyłość u 5,87 % uczniów.

Program opieki paliatywnej i hospicyjnej nad osobami dorosłymi, dziećmi i młodzieżą w stanach terminalnych choroby

Celem programu jest poprawa jakości życia chorych cierpiących na choroby przewlekłe lub znajdujących się w stanie terminalnym choroby. W ramach programu zapewniane jest również fachowe wsparcie rodzinom osób objętych opieką paliatywną, zarówno w okresie choroby, jak i żałoby. Program stanowi uzupełnienie deficytowych, zarówno w stosunku do dorosłych, jak i do dzieci, świadczeń oferowanych przez NFZ. Każdego roku na ten program wydatkowane są środki w wysokości 360 tys. zł, z czego 40% dofinansowywane jest z NFZ.

Program profilaktyki czerniaka

Celem programu jest zwiększenie świadomości w społeczeństwie na temat czerniaka – jednego z najbardziej agresywnych nowotworów – i zachęcenie do regularnego badania skóry oraz przestrzegania podstawowych zasad ochrony przed czerniakiem. Jest to program edukacyjny, realizowany na terenie lubelskich szkół, wspólnie ze Studenckim Kołem Naukowym Onkoma przy

Klinice Gastroenterologii Onkologicznej w Narodowym Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym (SKN ONKOMA) w Warszawie oraz we współpracy z Akademią Czerniaka – sekcją naukową Polskiego Towarzystwa Chirurgii Onkologicznej. Dzięki współpracy ze środowiskiem naukowym program realizowany jest bezkosztowo.

Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla osób powyżej 65. roku życia

Program realizowany był w latach 2007–2020. Z profilaktycznych szczepień przeciw grypie skorzystało w tym okresie ponad 96 400 mieszkańców powyżej 65. roku życia. Każdego roku zaszczepiono ok. 12% populacji lubelskich seniorów. Corocznie na ten cel przeznaczane były środki w wysokości 360 tys. zł.

Strategia „Program ochrony zdrowia psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2018–2022"

Wśród działań miasta w obszarze zdrowia należy wymienić przedsięwzięcia podejmowane w obszarze zdrowia psychicznego oparte o odrębną strategię pn. „Program ochrony zdrowia psychicznego dla Miasta Lublin na lata 2018–2022". Działania te ukierunkowane są na realizację programów informacyjno-edukacyjnych mających na celu upowszechnienie wiedzy na temat ochrony zdrowia psychicznego oraz kształtowania postaw zrozumienia i akceptacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi. Przykładem są: warsztaty rozwijania umiejętności interpersonalnych oraz rozwoju osobistego przeznaczone dla osób z zaburzeniami psychicznymi, warsztaty dla rodzin osób z zaburzeniami psychicznymi, warsztaty dla pracowników socjalnych oraz nauczycieli i lekarzy dotyczące zagadnień z zakresu zdrowia psychicznego. Obecnie prowadzone są:

Projekt „Szkoła proMOCji zdrowia psychicznego"

Celem projektu jest popularyzowanie wiedzy z zakresu zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań oraz kształtowanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Projekt jest adresowany do uczniów klas I szkół ponadpodstawowych z miasta Lublin oraz ich rodziców/opiekunów i nauczycieli. Działaniami objęto ok. 2 tys. uczniów, 200 nauczycieli oraz 150 rodziców.

Telewsparcie 60+

W ramach ochrony i wzmocnienia kondycji psychicznej mieszkańców Lublina, zwłaszcza w okresie trwającej pandemii, uruchomiona została usługa Telewsparcia 60+ skierowana do najstarszych mieszkańców Lublina. Były to porady i konsultacje, podczas których lubelscy seniorzy otrzymywali wsparcie psychologów w sprawach dotyczących problemów funkcjonowania w życiu społecznym oraz rozwiązywania różnych trudności życiowych, a także pełną informację na temat działalności instytucji i organizacji oferujących różne formy wsparcia, m.in. Centrum Interwencji Kryzysowej w Lublinie.

Profilaktyka uzależnień

Program „Dopalacze droga donikąd"

W zakresie profilaktyki uzależnień od narkotyków i dopalaczy Gmina Lublin prowadzi szereg działań ukierunkowanych na zapobieganie powstawaniu uzależnienia od narkotyków oraz zmniejszanie rozmiarów narkomanii. Są to głównie działania edukacyjne i profilaktyczne. Przykładem jest program „Dopalacze droga donikąd", którego celem jest ograniczenie zdrowotnych i społecznych skutków wynikających z przyjmowania narkotyków.

Gminny Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta Lublin

Celem działań prozdrowotnych w obszarze profilaktyki uzależnień od alkoholu jest nie tylko ograniczenie zdrowotnych i społecznych skutków wynikających z nadużywania napojów alkoholowych, lecz także promowanie abstynencji i postawy trzeźwości wolnej od uzależnienia. Zdecydowana część tych działań profilaktycznych adresowana jest do dzieci i młodzieży. Całość działań w tym obszarze finansowana jest w ramach realizacji Gminnego Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych dla Miasta Lublin.

Badania profilaktyczne

Każdego roku do naszych mieszkańców kierujemy bogatą ofertę badań profilaktycznych. Służą temu organizowane przez miasto akcje, kampanie, konferencje, spotkania i festyny promujące zdrowie w każdym jego wymiarze. Przykładem mogą być obchody Światowego Dnia Autyzmu, Marsz Różowej Wstążki, Miasteczko Zdrowia i Urody (poświęcone zdrowiu kobiet z okazji 8 marca), Dni Promujące Zdrowie, Lubelskie Dni Seniora czy obchody Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, podczas których mieszkańcy mogą skorzystać z szerokiego spektrum poradnictwa i konkretnych badań diagnostycznych. Na tworzenie pozytywnego klimatu dla

zdrowia w Lublinie pozwala wypracowany w tym zakresie model współpracy z podmiotami leczniczymi (publicznymi i prywatnymi), Uniwersytetem Medycznym w Lublinie, Stowarzyszeniem Lubelskich Amazonek czy też Klastrem Usług Zdrowotnych i Prozdrowotnych – Lubelska Medycyna.

Teleopieka 60+

Wśród działań prozdrowotnych adresowanych do naszych mieszkańców warto też wspomnieć o bezpłatnej opiece telemedycznej dla lubelskich seniorów – osób w wieku 60+, w szczególności prowadzących samodzielne gospodarstwa domowe, oraz osób z niepełnosprawnościami. W ramach tej opieki w ostatnim czasie 600 mieszkańców Lublina wyposażono w bezpłatne opaski telemedyczne. Opaski telemedyczne umożliwiają seniorom mieszkającym samotnie i wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pozostanie w swoim środowisku bez konieczności przeprowadzania się do placówki opiekuńczej. Całodobowy odbiór alertów z opaski telemedycznej przez wyspecjalizowane centrum teleopieki pozwala na odpowiednie wsparcie seniorów (teleporada, kontakt z opiekunem, wezwanie odpowiednich służb ratunkowych) i wzmacnia ich poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego. Co więcej, tego typu innowacyjne rozwiązania zwiększają dostępność świadczeń opieki zdrowotnej oraz wpływają na jakość usług w obszarze zdrowia publicznego.

Podsumowanie i plany na przyszłość

Planując działania prozdrowotne adresowane do naszych mieszkańców, nie możemy pozostać obojętni na skutki, jakie w naszym zdrowiu, zdrowiu naszych mieszkańców spowodowała pandemia. Dlatego też obszar naszych działań chcemy rozszerzyć głównie o działania w zakresie zdrowia psychicznego i profilaktyki chorób cywilizacyjnych. Szczególną troską i działaniami chcemy objąć dzieci i młodzież z lubelskich szkół. Ta część naszego społeczeństwa najbardziej ucierpiała z powodu lockdawnu i wymaga wsparcia w różnych aspektach zdrowotnych (wzrok, zdrowe odżywianie, profilaktyka prozdrowotna, wsparcie psychiczne). Nie zapominamy też o dorosłych mieszkańcach naszego miasta. Chcemy wzmocnić ich kondycję fizyczną i psychiczną. W tym obszarze planujemy m.in. wdrożenie nowego programu szczepień ochronnych przeciw pneumokokom dla lubelskich seniorów.

DZIAŁANIA NA RZECZ POLITYKI ZDROWOTNEJ I PROMOCJI ZDROWIA SAMORZĄDU MIASTA OLSZTYNA

Podsumowanie programów z zakresu opieki i profilaktyki realizowanych przez Miasto Olsztyn oraz we współpracy z organizacjami pozarządowymi.

Programy zdrowotne wdrożone i realizowane przez miasto

1. Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców Olsztyna po 70. roku życia.
2. Program profilaktyczny przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci urodzonych w 2015–2016 roku z terenu Miasta Olsztyna.
3. Gminny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Miasta Olsztyna.

Inicjatywy i przedsięwzięcia prozdrowotne organizowane na terenie miasta

1. „Przez ruch po zdrowie" – cykl imprez sportowych.
2. „Nie przeginaj" – kampania promująca zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną.
3. „Chcę być zdrowy" – program promowania zdrowia wśród olsztyńskich przedszkolaków.
4. Prowadzenie całodobowych dyżurów przez wolontariuszy Olsztyńskiego Telefonu Zaufania „Anonimowy Przyjaciel".
5. „Koperta życia".
6. „Tydzień seniora".
7. Teleopieka.
8. „Pomoc dzieje się w Olsztynie" – Mistrzostwa Pierwszej Pomocy (etap rejonowy i okręgowy – promocja zdrowia i profilaktyka).
9. Unowocześnione metody walki z rakiem prostaty.
10. Olimpiada Promocji Zdrowego Stylu Życia – promocja zdrowego stylu życia poprzez olimpiadę dla uczniów szkół olsztyńskich.
11. Rozwój oferty integracyjnej, edukacyjnej i kulturalnej skierowanej do seniorów, dofinansowanie działań dwóch dziennych domów Senior+ oraz jednego Klubu Seniora Senior+
12. Program edukacyjny dla kadry pedagogicznej na szczeblu przedszkolnym, szkolnym podstawowym i licealnym z zakresu całościowych zaburzeń w rozwoju dzieci.

13. Zajęcia socjoterapeutyczne i opiekuńcze mające na celu między innymi promowanie zdrowego stylu życia dla wychowanków Świetlic Terapeutycznych w Olsztynie.
14. Ogólnopolski program profilaktyki czerniaka – uczestnictwo w programie.
15. „Olsztyn. Aktywnie!" – cykl imprez sportowych, turystycznych mających na celu aktywne spędzanie wolnego czasu.

Programy i zadania społeczne wdrożone i realizowane przez miasto

1. Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze.
2. Usługi specjalistyczne opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
3. Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej.
4. Opieka wytchnieniowa.
5. Asystent rodziny.
6. Posiłek w szkole i w domu.
7. Prowadzenie dziennych domów i klubu Senior+.
8. Prowadzenie ośrodków wsparcia w formie dziennych domów pomocy społecznej dla seniorów i osób potrzebujących.
9. Prowadzenie ośrodków wsparcia dla osób z zaburzeniami psychicznymi.
10. Prowadzenie domów pomocy społecznej.
11. Prowadzenie mieszkań chronionych.
12. Prowadzenie placówek wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży.

Działania i akcje profilaktyczne

1. Akcje związane z obchodami między innymi: Światowego Dnia Zdrowia, Światowego Dnia FAS itp.
2. Marsz Różowej Wstążki – Kochamy Cię Życie – Miesiąc Walki z Chorobami Nowotworowymi.
3. Promowanie działań prozdrowotnych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Ministerstwo Zdrowia, Powiatową i Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną.

Debata plenarna

Zdrowie Polaków – rola mediów

Moderatorzy: Henryk Szrubarz, Polskie Radio Program 1
prof. Henryk Skarżyński, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Uczestnicy: Renata Furman, redaktor naczelna „Służby Zdrowia"
Adam Giza, TVP Info
Marta Jakubiak, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej"
Iwona Konarska, „Menedżer Zdrowia", wydawnictwo Termedia
Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny"
Karolina Kowalska, „Rzeczpospolita"
Paweł Kruś, redaktor naczelny „Świata Lekarza"
Bartosz Kwiatek, Polsat News
Beata Mańkowska, niezalezna.pl, „Gazeta Polska", „Gazeta Polska Codziennie"
dr Wojciech Moskal, „Gazeta Wyborcza"
Katarzyna Pinkosz, zastępca redaktora naczelnego „Świata Lekarza"
Dorota Romanowska, „Newsweek"
Łukasz Salwarowski, prezes Stowarzyszenia MANKO, wydawcy „Głosu Seniora"
ks. Andrzej Sochal, dyrektor Radia Podlasie
Bożena Stasiak, „Super Express"

– Podczas dwóch dni Kongresu „Zdrowie Polaków" poruszyliśmy chyba prawie wszystkie ważne dla ochrony zdrowia tematy. Podkreślaliśmy, jak istotną rolę odgrywają zdrowie publiczne, odnosząc się m.in. do ustawy i do codziennej praktyki, oraz profilaktyka – mówił na rozpoczęciu debaty **prof. Henryk Skarżyński.** – Proponowane przez uczestników działania na rzecz zdrowia Polaków nie mogą jednak zostać zrealizowane bez wsparcia mediów. Właśnie za ich pośrednictwem możemy bowiem skutecznie edukować społeczeństwo, które powinno zrozumieć, że zdrowie publiczne to nie tylko medycyna interwencyjna i zarządzanie chorobą, ale przede wszystkim zarządzanie zdrowiem – dodał prof. Henryk Skarżyński, dziękując dziennikarzom mediów ogólnopolskich i branżowych za liczne przybycie i oddając głos współmoderatorowi – **red. Henrykowi Szrubarzowi**. Nawiązując do słów prof. Henryka Skarżyńskiego, potwierdził on, jak ważna w promocji zdrowia i zdrowiu publicznym jest rola dziennikarzy przekazujących rzetelne i sprawdzone informacje z zakresu medycyny. Rozpoczynając dyskusję, zaznaczył, że zdrowie zależy od wielu czynników – w dużej mierze od nas samych (jakie mamy geny, jaki styl życia prowadzimy, jak się odżywiamy), ale również od stanu służby zdrowia, dostępu do nowoczesnych metod leczenia i dobrych specjalistów. Zależy również od dobrej polityki państwa gwarantującej środki (nie tylko finansowe) na funkcjonowanie służby zdrowia.

W PROGRAMIE DEBATY:

1. **Zadania i wyzwania, jakie stoją przed dziennikarzami w trudnych czasach pandemii.**
2. **Wiarygodność i rzetelność w przekazywaniu informacji.**
3. **Współpraca z autorytetami i ekspertami z dziedziny medycyny.**
4. **Udział w edukacji zdrowotnej – namawianie do szczepień, badań, zabiegów czy porad.**
5. **Media jako platforma do wymiany poglądów i informacji między służbą zdrowia a społeczeństwem.**

Dziennikarze dyskutowali o zadaniach i wyzwaniach, jakie stoją przed przedstawicielami mediów w trudnych czasach pandemii, poruszając wiele ważnych społecznie tematów. **Renata Furman,** redaktor naczelna „Służby Zdrowia", zwróciła szczególną uwagę na konieczność wykorzystywania mediów społecznościowych w celu dotarcia z rzetelną informacją medyczną do najmłodszej części społeczeństwa, a **Adam Giza** z TVP Info skupił się na wątku dostarczania odbiorcy tylko takiej wiedzy na tematy medyczne, która będzie rzetelna i nieszkodliwa. O konieczności rozmawiania ze środowiskiem medycznym na temat niezbędnych zmian systemowych na czas popandemiczny mówiła **Marta Jakubiak**, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej", podkreślając, że koronawirus obnażył ogromne wady systemu. **Iwona Konarska** z „Menedżera Zdrowia" poruszała zaś wątek ogromnej niewiedzy młodych ludzi na temat zdrowia i wielkiej roli dziennikarzy, jaką jest przekonywanie tej części społeczeństwa, aby się szczepiła przeciw COVID-19. O konieczności propagowania szczepień przeciw COVID-19 oraz coraz większym nacisku kładzionym na szeroko rozumianą diagnostykę innych chorób mówił **Paweł Kruś**, redaktor naczelny „Świata Lekarza", oraz **Katarzyna Pinkosz** ze „Świata Lekarza", która dodała, że ważną rolą dziennikarzy było i jest namawianie pacjentów, by nie rezygnowali z diagnostyki, zabiegów czy porad w czasie pandemii. Nie wolno zwlekać i czekać!

O potrzebie szybkiego reagowania na potrzeby czytelników i dzielenia się przez ekspertów profesjonalną wiedzą mówiła m.in. **Małgorzata Konaszczuk**, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny". Wszyscy rozmówcy zgodnie podkreślali, jak bardzo ważne jest, aby odbiorca otrzymywał informacje przygotowane z największą dziennikarską rzetelnością.

Karolina Kowalska z „Rzeczpospolitej" poruszyła zaś temat strachu przed szczepionkami. Jak zauważyła, fakty medyczne należy przedstawiać z wielką wyrozumiałością, szczególnie starszemu pokoleniu odbiorców. Czytelnicy, widzowie, słuchacze mogą mieć wątpliwości, bo nie mają na co dzień dostępu do wiedzy, jaką dysponują tylko eksperci. Dlatego tak ważne jest cierpliwe tłumaczenie, co jest prawdą, a co fake newsem.

Do rzetelności i solidności w pracy dziennikarza nawiązała również **Beata Mańkowska** z „Gazety Polskiej Codziennie" i portalu niezalezna.pl. Jak podkreślała, odbiorca powinien otrzymać wartościowy materiał, który – nie strasząc – będzie informował o tym, jakie aktualnie istnieją zagrożenia. **Dr Wojciech Moskal** z „Gazety Wyborczej" zauważył, że pacjenci coraz częściej sięgają po wiedzę medyczną z niesprawdzonych źródeł, a przecież tzw. fake newsy są bardzo szkodliwe zarówno dla samych pacjentów, jak i dziennikarzy, którzy muszą włożyć wiele wysiłku w ich weryfikację.

Bartosz Kwiatek z Polsatu podkreślał z kolei znaczenie niecodziennej współpracy dziennikarzy mediów tradycyjnych, powszechnych z mediami branżowymi, które szczególnie w czasach pandemii są nieocenionym źródłem informacji – wszyscy mogą z tej branżowej wiedzy korzystać. **Dorota Romanowska** z „Newsweeka" przekonywała natomiast, że jednym z najważniejszych wyzwań, jakie stają przed dzisiejszą medycyną, jest walka z problemami psychicznymi.

W dyskusji podczas debaty nie zabrakło wątków związanych z najliczniejszą grupą społeczną w naszym kraju – seniorami. **Łukasz Salwarowski,** prezes Stowarzyszenia MANKO „Głos Seniora", poruszył m.in. niezwykle ważny dziś dla wszystkich temat ogromnego pogorszenia stanu zdrowia fizycznego i psychicznego seniorów. Starsza część naszego społeczeństwa boi się wychodzić z domów czy korzystać z służby zdrowia, dlatego też dziennikarze powinni seniorów uspokajać i racjonalizować przekaz kierowany do nich z mediów. O większy spokój i wyważone wypowiedzi w mediach apelował także **ks. Andrzej Sochal,** dyrektor Radia Podlasie, który zalecał studzenie emocji w przygotowywanych materiałach redakcyjnych – nikomu nie służy panika wywołana pandemią, dlatego ważne jest przedstawianie kwestii medycznych w sposób wyważony. **Bożena Stasiak** z „Super Expressu", idąc krok dalej, apelowała, aby szerzej pokazywać pozytywne działania ekspertów i lekarzy, czy to na polu różnych badań przesiewowych, czy też na przykładach ciekawych inicjatyw organizacji pacjenckich.

Podsumowując debatę, moderatorzy byli zgodni co do tego, że „wiarygodność", „rzetelność", „odpowiedzialność" to najważniejsze słowa we współczesnym kanonie dziennikarskim. Podkreślili także, iż niezmiernie ważne są zaufanie i umiejętność budowania wzajemnych relacji lekarz–dziennikarz, tak aby efekty tej wspólnej pracy były jak najlepsze dla odbiorców-pacjentów. Red. Henryk Szrubarz dodał także, że pandemia określiła ton debaty o służbie zdrowia: – Mamy do czynienia z zalewem informacji dotyczących koronawirusa, sposobu leczenia, skuteczności szczepionek, sposobu postępowania etc. Wiele z tych informacji to jednak zwykłe fake newsy. W jaki sposób weryfikować źródła informacji i przekazywać wiarygodne fakty? Nieraz łatwo o pomyłki, nadinterpretacje, wyciąganie fałszywych wniosków. Spowodowane to jest między innymi dynamiką rozwoju pandemii, pojawianiem się nowych mutacji wirusa. Tym bardziej zalecane są rozwaga i ostrożność, a także daleko idąca współpraca dziennikarzy z lekarzami, wirusologami, którzy mogą weryfikować informacje. Debata wykazała, że ta współpraca się odbywa. Skutecznym sposobem na ograniczenie skutków pandemii są szczepienia. Do nich namawiają rządzący. Jednakże obywatele na ogół chcą mieć wolny wybór – często nie wierzą i władzom, i lekarzom.

Czy media mogą być skuteczną platformą wymiany poglądów i informacji między służbą zdrowa a społeczeństwem? Mogą i powinny to robić, ale to jednak rządzący winni na czas podejmować stosowne decyzje. Tego niestety brakuje. Moim zdaniem wprowadzenie obowiązku szczepień, i potem jego egzekwowanie, byłoby skuteczną podstawą do wychodzenia z kryzysu służby zdrowia pogłębionego przez epidemię.

Podsumowanie

– Myślę, że sprawdziliśmy się w czasie pandemii – mówił pod koniec debaty **prof. Henryk Skarżyński**, podkreślając, że zarówno lekarze, jak i dziennikarze dokładali wielu starań, aby jak najlepiej i jak najszybciej informować Polaków na temat zagrożeń związanych z pandemią. Jednocześnie zwrócił się z prośbą do dziennikarzy, aby częściej zapraszali ekspertów na łamy pism czy na antenę. – Będziemy uczyć się nawzajem, aby nasza współpraca przynosiła jeszcze lepsze efekty – dodał prof. Henryk Skarżyński, przypominając jednocześnie, że w Polsce jest wiele dobrych zespołów medycznych, pracujących często w bardzo trudnych warunkach, które mają osiągnięcia na skalę europejską czy nawet światową. Warto o tych sukcesach informować. Pacjent, który oczekuje dobrej opieki, nie chce słyszeć tylko o niedoskonałościach systemu ochrony zdrowia. Chciałby usłyszeć coś pozytywnego i mieć nadzieję, że w przychodni, szpitalu spotka się z zainteresowaniem ze strony personelu i że może liczyć na dobre leczenie. Warto więc nagłaśniać pozytywne informacje. Niestety, nie przebijają się one tak łatwo jak złe newsy.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 6:19:57

PODSUMOWANIE DEBAT PLENARNYCH

Renata Furman, redaktor naczelna „Służby Zdrowia":

Debaty plenarne Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021 dotykały szerokiego spektrum tematów z obszaru ochrony zdrowia w Polsce. Od wykorzystania sztucznej inteligencji w praktyce klinicznej przez tematykę edukacji na kierunkach medycznych i rolę instytutów medycznych w ochronie zdrowia po określenie, jaką rolę w kształtowaniu zdrowia Polaków mogą i powinny odgrywać media. Klamrą, jaka spinała dyskusję nad tymi zagadnieniami, była szeroko rozumiana problematyka zdrowia publicznego, której w całości poświęcona została jedna z debat, a który to temat dominował także w wielu innych dyskusjach.

Bez wątpienia sztuczna inteligencja jest nie tylko przyszłością, ale trwale już wbudowaną i stosowaną w zagadnieniach ochrony zdrowia technologią. Dzisiaj duża część inteligentnych działań charakterystycznych dla ludzi możliwa jest także do wykonania przy użyciu systemów informatycznych. Rozwój sztucznej inteligencji na przestrzeni dekad spowodował, że jej możliwości od opanowania operowania pojęciami abstrakcyjnymi aż po rozwój sieci neuronowych, których struktura i zasada działania oparta jest na badaniach morfologii i fizjologii mózgu, znajdują szerokie zastosowanie we współczesnej praktyce klinicznej. W debacie przywołane zostały między innymi takie przykłady jak wielomodalne rozpoznawanie mowy z możliwością zastosowania w logopedii, automatyczne rozpoznawanie stanów chorobowych uszu na podstawie analizy obrazów otoskopowych z użyciem głębokiego uczenia czy zastosowanie sztucznej inteligencji w badaniach na rzecz osób z zaburzeniami neurodegeneracyjnymi. CyberRadar, jaki przedstawił w debacie prof. Andrzej Czyżewski, nowatorskie urządzenie do bezkontaktowego monitorowania oddechowo-krążeniowego, wykorzystując rozwiązania sztucznej inteligencji, może służyć m.in. do monitorowania stanu pacjentów zakażonych COVID-19. Inne przykłady to platforma E-jaskra, wykorzystująca działanie sztucznej inteligencji do badań przesiewowych w kierunku jaskry, zastosowanie osiągnięć sztucznej inteligencji w praktyce klinicznej foniatrii czy w audiologii.

Wykorzystywanie zdobyczy technologicznych w nauce i praktyce medycznej możliwe jest tylko dzięki wykształconym kadrom. Braki w tym zakresie, występujący w niektórych dziedzinach wręcz brak zastępowalności pokoleniowej wśród specjalistów, to problem, z którym musimy się dzisiaj mierzyć. Istnieje pilna potrzeba nie tylko zwiększenia liczby studentów kierunków medycznych, ale także zmiana sposobu ich kształcenia. Uczestnicy debaty wskazali na kilka możliwych rozwiązań, jak zwiększenie limitów przyjęć na uniwersytety medyczne, tworzenie filii dużych ośrodków akademickich, a nawet nowych uczelni. Każde z tych rozwiązań warte jest poważnego rozważenia, choć żadne nie jest wolne od wad.

Zagadnieniom zdrowia publicznego, które znalazły miejsce we wszystkich dyskusjach, w całości była poświęcona jedna z debat plenarnych. Przywołana analiza Ministerstwa Zdrowia opublikowana w „Krajowym Planie Transformacji na lata 2022–2026" precyzuje czynniki dominujące w utracie zdrowia i przedwczesnych zgonach Polaków, m.in. palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, nadmierna masa ciała, szkodliwe spożywanie alkoholu. Są to czynniki możliwe do wyeliminowania przez nas samych. Potrzebne jest do tego wprowadzenie rozwiązań i zmian systemowych, które będą skutecznie owocowały zwiększeniem zachowań i postaw prozdrowotnych. Niezbędne jest do tego wyłonienie lidera instytucjonalnego, a także liderów osobowych, potrafiących efektywnie działać na rzecz odwrócenia niepokojących trendów w zdrowiu publicznym. W Polsce liderem instytucjonalnym jest Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, gdzie już trwają prace nad reformą obecnego systemu zdrowia publicznego. Z konieczności powinna ona uwzględniać także strategię działania na wypadek zdarzenia katastroficznego, np. globalnej epidemii.

Zdrowie publiczne to obszar, w którym kluczową rolę mogą odegrać samorządy terytorialne i władze lokalne. Realizują one programy profilaktyki zdrowotnej i podejmują szereg inicjatyw prozdrowotnych o szerokim i różnorodnym zakresie. Programy te adresowane do różnych grup odbiorców obejmują między innymi profilaktykę pierwotną w postaci szczepień, szeroko rozumianą profilaktykę chorób cywilizacyjnych, a także kompleksowe programy pomocowe obejmujące zarówno obszar zdrowia, jak i pomocy społecznej. Podczas Kongresu zaprezentowane zostały liczne przykłady programów realizowanych przez samorządy.

W debacie na temat nadzoru epidemiologicznego w polskiej ochronie zdrowia podkreślony został proces zmian, jakim na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat podlegała ta instytucja, ze szczególnym uwzględnieniem zmiany jej charakteru z instytucji – egzekutora przepisów, na promotora postaw zdrowotnych i edukatora, co jest zgodne z zadaniami i celami zdrowia publicznego. Uczestniczący w debacie byli i obecni ministrowie zdrowia zgodzili się z tezą, że jednym z istotnych problemów polskiej ochrony zdrowia są zbyt małe i często nieefektywne działania na rzecz prewencji chorób i niedostateczne zaangażowanie Polaków w ochronę i utrzymanie własnego zdrowia. Jedną z recept na poprawę tego stanu może być wzmocnienie edukacji zdrowotnej na poziomie podstawowym – przedszkolnym i szkolnym oraz utworzenie centrów zdrowia publicznego w powiatach, gdzie istnieje możliwość dostosowania działań do realnych i rzeczywistych potrzeb danej społeczności. Innym, niezależnym rozwiązaniem, jest zintegrowanie medycyny naprawczej i obszaru zdrowia publicznego, co pozwoli na większe wykorzystanie jego potencjału. Wskazano także na konieczność integracji podmiotów, które powinny ściśle współpracować. To Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii. Także lepsza koordynacja zadań z zakresu zdrowia publicznego, realizowanych przez poszczególne resorty, przyczyniłaby się do wzmocnienia tego obszaru.

Jedna z dyskusji dotyczyła zmian, jakie powinny zostać wprowadzone do systemu ochrony zdrowia, którego dotkliwy brak wydolności staje się faktem. Wskazano na korzyści, jakie przyniosłoby zintegrowanie na poziomie regionu funkcji płatnika z funkcją właściciela, zwłaszcza właściciela szpitali, a jednocześnie, na innym poziomie, przywrócenia właściwej roli lekarzy rodzinnych, którzy powinni być przewodnikiem pacjenta po systemie. Zdecydowanie podkreślony został wymóg współpracy między wszystkimi siłami politycznymi w kraju i zaprzestanie myślenia o ochronie zdrowia w perspektywie cyklu wyborczego.

Podczas debaty rektorów uczelni niemedycznych poddano ocenie zagrożenia globalne i ryzyko ich wystąpienia. Zmiana klimatu, zanieczyszczenie środowiska, choroby zakaźne i cywilizacyjne, patogeny to zagrożenia, z których obecnością musimy się pogodzić i z którymi już dzisiaj radzimy sobie, choć z różnym skutkiem. Jednak obok nich występują także inne, których powagi nie wolno lekceważyć i którym należy przeciwdziałać. To nierówności społeczne, idące za tym zjawisko dyskryminacji, to brak postrzegania kluczowej roli jednostki ludzkiej z przynależną jej godnością w zrównoważonym rozwoju cywilizacji, to w końcu nieumiejętne lub świadomie szkodliwe wykorzystywanie zdobyczy technologicznych. Globalne zagrożenia, w tym pandemia COVID-19, dobitnie wskazują, że niezbędna jest zmiana relacji człowiek–cywilizacja. Potrzeba współpracy, łączenia potencjałów naukowych całego świata, wymiana myśli, otwarcie na drugiego człowieka to niezbędne narzędzia walki z globalnymi zagrożeniami. Nie bez znaczenia pozostaje też kwestia finansowania przedsięwzięć mających zapobiegać globalnym zagrożeniom. Najbardziej pewne i stabilne wydaje się finansowanie ze środków publicznych.

Silne oddziaływanie na cały obszar ochrony zdrowia, także mierzenie się z globalnymi wyzwaniami zdrowotnymi to domena instytutów medycznych, które w warunkach polskich posiadają wysoki potencjał kliniczny oraz wysokospecjalistyczne zespoły eksperckie i naukowe. Dyrektorzy instytutów przedstawili ich działalność zarówno na polu naukowym, klinicznym, jak i profilaktyki zdrowotnej. Zespoły eksperckie tych placówek są obecne w praktycznie wszystkich specjalnościach medycyny, a ich rola w poszczególnych obszarach często jest wiodąca. Przy szerokiej i wielokierunkowej działalności instytutów medycznych niezwykle ważna staje się kwestia finansowania ich pracy. Ważne jest, aby między innymi wzrastały dotacje z Ministerstwa Edukacji i Nauki, a także wycena procedur medycznych wykonywanych w instytutach, gdyż są one tam prowadzone w oparciu o najwyższe poziomy referencyjne.

Niekwestionowaną rolę w działaniach na rzecz zdrowia publicznego odgrywają media. Stało się to widoczne w dobie pandemii, gdzie zarówno informacyjna, jak i edukacyjna powinność dziennikarzy została szczególnie dostrzeżona. W tym trudnym czasie media muszą dopełniać ich podstawowego obowiązku, jakim jest dostarczanie informacji, która jest rzetelna, merytoryczna i sprawdzona. Tylko tak skonstruowany materiał może się przyczynić do zbudowania w odbiorcach zaufania do medycyny, zrozumienia oferowanych przez nią osiągnięć, skutecznego przekonania do korzystania z nich w trosce o własne zdrowie. Media mogą stanowić także nieocenione narzędzie do kreowania świadomości, czym jest zdrowie publiczne, jak pojedynczy człowiek może przyczynić się do budowania zdrowej społeczności, w której żyje na co dzień.

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

PANELE EKSPERCKIE

Podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" odbyło się 55 paneli eksperckich, w trakcie których poruszono najbardziej aktualne tematy związane z ochroną zdrowia. Eksperci przedstawili nowatorskie metody leczenia schorzeń, które wcześniej były trudne do wyleczenia albo też ich wyleczenie było niemożliwe, m.in. możliwości leczenia w Polsce z zastosowaniem tzw. żywych leków, jak nazywana jest terapia immunologiczna CAR-T. Wspominając o sukcesach medycyny, wymieniali także wyzwania w leczeniu pacjentów, m.in. onkologicznych, po transplantacjach. Próbowali również odpowiedzieć na pytanie, jak skutecznie leczyć chorych z różnymi schorzeniami w czasie pandemii, a także jak rehabilitować osoby po COVID-19.

Wiele miejsca poświęcono innowacjom w medycynie, które – jak podkreślano podczas jednego z paneli – stanowią „papierek lakmusowy stopnia zaawansowania gospodarki opartej na wiedzy". Rozważano, jakie innowacyjne trendy w największym stopniu wpływają na zdrowie. Powrócono do tematu telemedycyny, która w opinii wielu ekspertów nie tylko stanowi rozwiązanie problemów ochrony zdrowia w pandemii, lecz także doskonale wpisuje się w obraz medycyny przyszłości.

Nowym wątkiem, jaki w tym roku pojawił się podczas paneli, była opieka farmaceutyczna. Jak podkreślano, pandemia przyczyniła się do obalenia mitu, iż farmaceuci są wyłącznie sprzedawcami leków. Na pierwszy plan wysunęła się rola farmaceuty jako edukatora zdrowotnego. Opieka farmaceutyczna – konkludowano – może być dobrym rozwiązaniem problemu braków kadr w systemie opieki zdrowotnej.

Zdrowie jest sprawą zbyt poważną, by powierzyć je wyłącznie lekarzom. To stanowisko, które podczas paneli prezentowali uczestniczący w Kongresie socjologowie zdrowia i medycyny, starając się jednocześnie odpowiedzieć na pytanie, jak badania socjologiczne mogą pomóc w przezwyciężaniu głównych problemów zdrowotnych, takich jak m.in. nowotwory, choroby układu krążenia, uzależnienia, choroby wieku starczego. Zwrócono też uwagę na promocję zdrowia, w którą powinni włączyć się wszyscy – pracodawcy, media, Kościół. Konieczny jest też nadzór nad przekazem dotyczącym zdrowia płynącym z reklam oraz promocją działań o pseudoprozdrowotnym charakterze, które mogą mieć niebagatelny wpływ na zachowania i styl życia odbiorców.

Zapobieganie chorobom, m.in. cywilizacyjnym, oraz promocja zdrowia to najważniejsze kwestie pojawiające się w dyskusji. Jak jednak zaznaczano, profilaktyka nie może ograniczać się do dotychczasowych, dobrze znanych haseł. Niezbędne jest krzewienie wiedzy dotyczącej zdrowia, a także promowanie zachowań, dzięki którym skutki pandemii staną się mniej dotkliwe. Specjaliści różnych dziedzin przedstawiali propozycje działań niezbędnych do poprawienia kondycji zdrowotnej Polaków, także tych najmłodszych. Przedstawiono m.in. koncepcję „społeczeństwa wykształconego fizycznie" oraz zalecenia żywieniowe mające na celu tak ważne w czasie pandemii wspieranie naturalnej odporności organizmu. Poruszano też temat ergonomii pracy, zwłaszcza zdalnej.

Podczas paneli mówiono także o problemach, z jakimi borykają się m.in. osoby interpłciowe i transpłciowe, czy leczeniu HCV w systemie penitencjarnym. Jak podkreślano, „kluczem do rozpoczęcia dyskusji na temat reorganizacji systemu ochrony zdrowia jest umieszczenie w jej centrum człowieka". W rozważaniach na ten temat nikt zatem nie powinien zostać pominięty.

SUKCESY I WYZWANIA W RÓŻNYCH DZIEDZINACH MEDYCYNY

Przeszczepianie narządów w Polsce – sukcesy i wyzwania

Moderator: prof. Magdalena Durlik

Uczestnicy: dr hab. Jarosław Czerwiński, prof. Roman Danielewicz, prof. Krzysztof Zieniewicz

Prof. Roman Danielewicz

Przeszczepianie nerek od żywych dawców w Polsce

Przeszczepianie narządów jest uznaną metodą leczenia schyłkowej niewydolności narządów. W przypadku nerek najkorzystniejsze jest przeszczepienie nerki od żywego dawcy w okresie poprzedzającym włączenie osoby z niewydolnością nerek do programu przewlekłych dializ. Takie postępowanie daje szansę na zatrzymanie powikłań wynikających z niewydolności nerek oraz uzyskanie wieloletniego przeżycia przeszczepu i biorcy (wyniki są znacząco lepsze od tych uzyskiwanych po przeszczepieniu nerek od dawców zmarłych). Co godne podkreślenia, z punktu widzenia systemu ochrony zdrowia leczenie przeszczepieniem nerki w porównaniu z przewlekłymi dializami jest ekonomicznie uzasadnione (w perspektywie kilkuletniej jest wyraźnie tańsze, co wobec ponad 20 tys. osób dializowanych stanowi istotny argument farmakoekonomiczny).

Wszystkie kraje prowadzące aktywne programy przeszczepiania narządów mają problem z niedostatkiem dostępnych do przeszczepienia narządów (większość narządów pochodzi od dawców zmarłych, u których śmierć jest stwierdzana w oparciu o kryteria neurologiczne). W wielu krajach luka ta jest wypełniana przez pobieranie i przeszczepianie narządów od dawców, u których śmierć jest stwierdzana w oparciu o kryteria krążeniowe (ang. *donor after circulatory death,* DCD) lub poprzez przeszczepianie narządów od dawców żywych (nerki, fragment wątroby).

Niestety w Polsce te źródła narządów nie są wykorzystywane w wystarczającym stopniu. W przypadku DCD są to pojedyncze pobrania w ciągu roku, natomiast w odniesieniu do nerek od żyjących dawców – nie więcej niż 5% przeszczepianych nerek (w wybranych krajach wysokorozwiniętych jest to 20–40% przeszczepianych nerek). Kandydaci na dawców są wszechstronnie badani w czasie procesu kwalifikacyjnego, który ma miejsce w najbardziej doświadczonych ośrodkach przeszczepiających nerki. Ryzyko rozwinięcia niewydolności nerek u żywych dawców narządu nie różni się znacząco od populacji ogólnej. Ponadto w Polsce żywi dawcy znajdują się przynajmniej przez 10 lat po donacji, a zwykle dożywotnio pod opieką ośrodka nefrologicznego kwalifikującego dawcę do donacji. Obecnie pobranie nerki zwykle jest wykonywane metodami małoinwazyjnymi, co przyspiesza powrót dawcy do pełni zdrowia.

W naszym społeczeństwie (a także w środowisku medycznym) funkcjonuje wiele mitów na temat żywego dawstwa i jego domniemanych zagrożeń. Wśród nich należy wymienić: osłabienie zdrowia dawcy (inwalidztwo), ryzyko niewydolności nerek w przyszłości, gorsze samopoczucie, spadek formy i depresja po donacji, starszy wiek jako przeciwwskazanie do donacji, długie zwolnienie lekarskie po pobraniu, nieprzyjemne konsekwencje w pracy oraz poniesienie nakładów finansowych związanych z badaniami, zagrożenie dla ciąży po oddaniu nerki, ograniczenie dopuszczalności donacji do najbliższych członków rodziny, ograniczenia wynikające z religii i inne.

Prof. Krzysztof Zieniewicz

Przeszczepianie wątroby w Polsce

Wybitny filozof i etyk amerykański Arthur L. Caplan, profesor uniwersytetu w Pensylwanii, światowy autorytet w dziedzinie etyki medycznej, zwykł twierdzić, że to, co naprawdę wyróżnia transplantologię spośród innych dyscyplin medycznych, to nie jej technologia czy koszty, ale etyka. Jest to jedyna dyscyplina medyczna, która nie może obejść się bez udziału i akceptacji społeczeństwa. Dzięki decyzji poszczególnego człowieka, podjętej za życia, możliwe jest pobranie – po śmierci lub za życia – i przeszczepienie narządu lub jego fragmentu bądź tkanki osobie potrzebującej. Jeśli nie istniałoby wspaniałomyślne darowanie narządów lub tkanek, transplantacje nagle by upadły.

Zatem obowiązkiem transplantologów wątroby jest zapewnienie pacjentom jednocześnie trzech przesłanek: dobroczynności, traktowanej jako konieczność ochrony interesów konkretnego pacjenta, sprawiedliwości – obowiązku równej, sprawiedliwej dystrybucji zasobów, i użyteczności – rozumianej jako obowiązek promowania najlepszych wyników dla społeczeństwa.

Transplantacja wątroby jest na świecie, a także w Polsce, swoistą historią sukcesu. Roczne przeżycie biorców według rejestrów europejskich ELTR wynosi ok. 85%, 5-letnie – ok. 77%, 10-letnie – ponad 60%, a przeżycia 20-letnie nie są rzadkością. Natomiast zwiększa się liczba chorób będących wskazaniem do transplantacji, a zatem i liczba potencjalnych biorców.

Pierwsze udane przeszczepienie wątroby w naszym kraju wykonał 1 marca 1990 r. zespół chirurgów dziecięcych z Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie pod przewodnictwem prof. Piotra Kalicińskiego i prof. Andrzeja Kamińskiego. Pierwsze udane przeszczepienie wątroby u osoby dorosłej miało miejsce w Warszawie w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chorób Wątroby ówczesnej Akademii Medycznej 30 grudnia 1994 r. Zespół pod kierownictwem prof. Jacka Pawlaka, prof. Bogdana Michałowicza i prof. Krzysztofa Zieniewicza przeszczepił wątrobę chorej z pierwotną żółciową marskością wątroby. Pacjentka żyje do dziś w dobrym stanie ogólnym.

Od 1994 r. stopniowo powstawały kolejne ośrodki transplantacji wątroby w klinikach uczelni medycznych: w Warszawie, Szczecinie, Katowicach, Wrocławiu, Bydgoszczy i ostatnio w Gdańsku. W sumie do końca 2019 r., według danych Poltransplantu, wykonano blisko 4800 przeszczepień od dawców zmarłych oraz blisko 400 przeszczepień fragmentów wątroby od spokrewnionych dawców żywych, przede wszystkim dla biorców pediatrycznych.

Z powodzeniem rozwijano niezwykle skomplikowane medycznie i logistycznie przeszczepienia wielonarządowe: wątroby z nerką, wątroby z sercem i wątroby z płucami.

Aktywność zespołów przeszczepiających wątrobę w Polsce byłaby znacznie większa, gdyby było więcej narządów do przeszczepienia. Niedobór dawców narządów w stosunku do potrzeb jest największym problemem współczesnej transplantologii nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie. Transplantacja wątroby stała się ofiarą własnego sukcesu, w tym znaczeniu, że nie ma wystarczającej liczby narządów do transplantacji, podczas gdy wskazania do tej metody leczenia, wraz z postępem medycyny – stale się poszerzają.

Prof. Magdalena Durlik

Przewlekła opieka potransplantacyjna nad biorcą przeszczepu

W Polsce żyje około 20 tys. biorców, w tym około 40% z funkcjonującym przeszczepem ponad 10 lat.

Przeżycie przeszczepionych narządów jest ograniczone, półokres przeżycia wynosi 11–16 lat. Prawie połowa biorców umiera z czynnym przeszczepem głównie z powodu chorób układu krążenia, nowotworów i zakażeń. Przewlekła opieka nad biorcą przeszczepu wymaga wielokierunkowych działań mających na celu jak najdłuższe zachowanie czynności przeszczepu, poprawę przeżycia biorcy przeszczepu i dobrą jakość życia.

Na wyniki transplantacji mają wpływ: właściwa kwalifikacja biorcy i dawcy narządu, pobranie narządu, prezerwacja, zapobieganie uszkodzeniu niedokrwienno-reperfuzyjnemu. Pacjenci przez cały okres funkcjonowania przeszczepu znajdują się pod opieką specjalistycznych poradni transplantacyjnych, a w razie potrzeby są hospitalizowani na oddziałach transplantacyjnych. Prowadzone jest monitorowanie czynności przeszczepu obejmujące: badania biochemiczne, obrazowe, histopatologiczne (biopsja), immunologiczne, diagnozowane przyczyny pogorszenia funkcji przeszczepionego narządu, leczenie procesu odrzucania. Prowadzona jest optymalizacja i indywidualizacja leczenia immunosupresyjnego. Optymalna immunosupresja powinna zapobiegać odrzucaniu przeszczepu T komórkowemu oraz powstawaniu DSA i związanemu z nimi odrzucaniu zależnemu od przeciwciał, zapewniać jak najdłuższe przeżycie przeszczepu i pacjenta, być bezpieczna (minimalizacja działań niepożądanych), zapewniać dobrą jakość życia, być oparta na czynnikach ryzyka dawca/ biorca – personalizowana. Bardzo ważne są wykrywanie i leczenie powikłań oraz ich profilaktyka, zwłaszcza zakażeń, nowotworów, chorób układu krążenia, zaburzeń metabolicznych. Podkreśla się znaczenie edukacji pacjenta w przestrzeganiu zaleceń lekarskich dotyczących regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, stylu życia (dieta, aktywność fizyczna, samokontrola).

Poprawę przeżycia przeszczepu możemy osiągnąć poprzez kompleksową opiekę nad biorcą przeszczepu:

- monitorowanie czynności przeszczepu,
- optymalizację leczenia immunosupresyjnego,
- zapobieganie i leczenie powikłań,
- współpracę z pacjentem.

Nasze postępowanie obecnie powinno być oparte na medycynie precyzyjnej, pozwalającej na zachowanie równowagi pomiędzy skutecznością a toksycznością immunosupresji. Należy stosować narzędzia pozwalające na lepsze dostosowanie leku do indywidualnego pacjenta, takie jak: terapia monitorowana, zmienność wewnątrzosobnicza ekspozycji na lek, wskaźnik C/D ratio, a także poszukiwać i wdrażać biomarkery (ELISOPT, DSA, dd-cf DNA, cytokiny, TTV DNA itd.).

Należy podkreślić, że wyniki przeszczepiania, mimo starszych biorców i dawców, ulegają niewielkiej poprawie.

Ze względu na starzenie się populacji, postęp medycyny pozwalający rozszerzać kwalifikacje do transplantacji zapotrzebowanie na narządy do transplantacji rośnie, a kolejka oczekujących się wydłuża.

Konieczne są działania mające na celu zwiększenie liczby zmarłych i żywych dawców. Niezbędna jest też kompleksowa opieka medyczna nad biorcą w celu osiągnięcia jak najdłuższego przeżycia przeszczepu.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 2:47:01

Obecne wyzwania w neurologii i neurochirurgii

Moderatorzy: prof. Urszula Fiszer, prof. Tomasz Trojanowski

Uczestnicy: prof. Anna Członkowska, prof. Marcin Mycko, prof. Radosław Rola, dr hab. Dariusz Szczepanek, prof. UM w Lublinie

W trakcie panelu przedstawiono 4 zagadnienia:

1. **„Osiągnięcia w diagnostyce i terapii choroby Wilsona" przedstawiła prof. Anna Członkowska.** Choroba Wilsona należy do rzadkich genetycznie uwarunkowanych chorób metabolicznych podlegających leczeniu. Zaburzeniu ulega metabolizm miedzi, prowadząc do odkładania się tego metalu w różnych narządach, główne objawy związane są z uszkodzeniem wątroby i mózgu. Wczesne rozpoznanie choroby i rozpoczęcie leczenia przeciwmiedziowego (w ciężkich przypadkach transplan-

tacja wątroby) w większości przypadków prowadzi do poprawy klinicznej i zahamowania postępu choroby. Potwierdzają to długoletnie doświadczenia Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz Centrum Zdrowia Dziecka, w których to ośrodkach na przestrzeni ostatnich 60 lat było leczonych ponad 1200 chorych.

Wniosek: Konieczne jest wspieranie funkcjonowania ośrodków referencyjnych zapewniających diagnostykę i długoletnie monitorowanie pacjenta z chorobą Wilsona oraz wdrażanie nowoczesnej terapii (zarówno farmakologicznej, jaki i genetycznej).

2. **„Nowoczesne metody diagnostyki i terapii chorób demielinizacyjnych" omówił prof. Marcin Mycko.** Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, jak stwardnienie rozsiane czy zapalenie rdzenia i nerwów wzrokowych, stanowią ogromny problem zdrowotny. Stwardnienie rozsiane jest najczęstszą przyczyną inwalidztwa u osób młodych, a Polska zalicza się do krajów o bardzo wysokich wskaźnikach częstości zapadania na tę chorobę. Ogromny rozwój wiedzy w ostatnich dekadach na temat mechanizmów prowadzących do rozwoju stwardnienia rozsianego i zapalenia rdzenia oraz nerwów wzrokowych pozwolił na rejestracje wielu metod terapii obu tych schorzeń. Pomimo tak niezwykłego postępu ciągle jesteśmy daleko od osiągnięcia satysfakcjonującej kontroli nad przebiegiem tych schorzeń.

   Wniosek: Niezbędne jest prowadzenie dalszych badań, także w Polsce, z wykorzystaniem nowoczesnych metod molekularnych oraz obrazowania mózgu z nadzieją na pokonanie stwardnienia rozsianego i zapalenia rdzenia oraz nerwów wzrokowych.

3. **Zagadnieniom związanym z „Chorobą moyamoya" poświęcił wystąpienie dr hab. Dariusz Szczepanek.** Jest to rzadka choroba naczyniowa o nieznanej etiologii. Obserwujemy zwężenie lub niedrożność dystalnej części tętnicy szyjnej wewnętrznej, proksymalnej części tętnicy przedniej i środkowej mózgu. Przewlekłe niedokrwienie stymuluje proces angiogenezy, powodując powstanie patologicznej sieci naczyniowej. Moyamoya występuje głównie w populacji azjatyckiej. Występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn. Brak prawidłowego unaczynienia mózgowia prowadzi do poważnych powikłań choroby, takich jak przemijające napady niedokrwienne, dokonane udary niedokrwienne, krwotoki śródmózgowe. Napady niedokrwienne występują u dzieci, natomiast krwotoki śródczaszkowe najczęściej obserwuje się u dorosłych. Nie ma leczenia przyczynowego choroby.

   Wniosek: Leczenie neurochirurgiczne jest jedyną dostępną metodą terapii choroby moyamoya. U dorosłych najczęściej stosuje się zespolenie tętnicy skroniowej powierzchownej i gałęzi tętnicy środkowej mózgu lub rewaskularyzację okostno-korową poprzez trepanację wielootworkową wykonywaną głównie u dzieci. Konieczne jest upowszechnienie możliwości diagnostyki i terapii tej choroby.

4. **Sesję zamknęła prezentacja prof. Radosława Roli „Model koordynowanej opieki nad pacjentami ze złośliwymi guzami OUN".** Złośliwe guzy OUN, pomimo że stanowią zaledwie 2% wszystkich nowotworów u dorosłych, są dużym wyzwaniem terapeutycznym. Niezależnie od zastosowanych strategii postępowania 5-letnie przeżycie pacjentów z tymi schorzeniami należy do jednego z najniższych wśród pacjentów z chorobami nowotworowymi. Istotnym problemem, dotykającym tę grupę pacjentów oraz ich rodziny, jest również brak koordynacji procesu leczenia i związane z tym utrudnienia w dostępie do specjalistów oraz często niezbędnej w tej grupie pacjentów rehabilitacji.

   Wniosek: Przedstawiony model proponuje ustanowienie sieci ośrodków referencyjnych, które będą odpowiedzialne za: proces koordynacji leczenia pacjenta, podział pacjentów na grupy terapeutyczne i powołanie do życia funkcji koordynatora pacjenta w celu zapewnienia współpracy instytucji biorących udział w opiece nad nim i jego rodziną. Współpraca polegałaby na zbieraniu i wymianie danych odnośnie procesu leczenia z docelowym powstaniem aplikacji dla pacjenta oraz dla wszystkich uczestników procesu leczenia i administracji w celu zapewnienia pełnej integracji danych poprzez uniwersalny mechanizm szyny danych. Taki model ustanawia pacjenta jako pełnego dysponenta danych związanych z leczeniem i umożliwia pełne wsparcie pacjenta

w jego chorobie oraz dostęp do informacji dla niego i jego rodziny, skracając czas oczekiwania na świadczenia i zapewniając mu pomoc w zakresie opieki pozamedycznej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 5:51:21

Onkologia i hematologia dziecięca

Moderatorzy: prof. Jan Styczyński, prof. Tomasz Szczepański

Uczestnicy: prof. Piotr Czauderna, dr hab. Bożenna Dembowska-Bagińska, prof. IPCZD, prof. Krzysztof Kałwak, prof. Wojciech Młynarski, Aleksandra Rudnicka

Onkologia dziecięca to dyscyplina chorób rzadkich. To mniej niż 1% całej onkologii. Onkologia dziecięca jest odrębną dziedziną medycyny, bardzo różniącą się od onkologii pacjentów dorosłych. Nowotwory dziecięce mają bowiem inną biologię niż nowotwory u dorosłych. Strategia leczenia w onkologii dziecięcej też jest inna niż u dorosłych. W onkologii dziecięcej stosuje się leczenie prowadzone według międzynarodowych protokołów terapeutycznych, co oznacza, że dzieci w Polsce są leczone tak samo jak w krajach Europy Zachodniej.

Rocznie w Polsce choroba nowotworowa jest rozpoznawana u około 1200 dzieci. Najczęstsze nowotwory wieku dziecięcego to: białaczki (27% wszystkich nowotworów dziecięcych), guzy mózgu (prawie 20%), chłoniaki (13%), neuroblastoma (8%), guz Wilmsa (7%), guzy kości (7%), guzy tkanek miękkich (6%) i guzy zarodkowe (4%). Niektóre nowotwory występują częściej u dzieci niż u dorosłych, np. ostra białaczka limfoblastyczna. Niektóre nowotwory są uznawane za nowotwory typowo dziecięce, jak nerwiak płodowy (neuroblastoma) czy nerczak płodowy (nefroblastoma). Niektóre nowotwory praktycznie nie występują u dzieci, np. szpiczak plazmocytowy lub przewlekła białaczka limfatyczna.

Onkologia i hematologia dziecięca jest szczególną dziedziną medycyny odpowiadającą dwu dziedzinom dla pacjentów dorosłych i istotnie różni się od nich. W Polsce onkologią i hematologią dziecięcą zajmuje się 18 ośrodków zlokalizowanych na III poziomie referencyjności, uczelnie medyczne lub instytuty resortowe. Wszystkie ośrodki onkologii i hematologii dziecięcej współpracują ze sobą i korzystają z tych samych zasad i programów diagnostycznych i terapeutycznych. Ośrodki współpracują jednocześnie w ramach grup i sieci międzynarodowych.

Celem przewodnim sesji było pokazanie stanu i potencjału ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej w kontekście wyzwań i zadań na przyszłość.

Prof. Piotr Czauderna

Wzrost wyleczalności w onkologii dziecięcej w Polsce w pryzmacie powstającej Narodowej Strategii Onkologicznej

W Europie rocznie diagnozowanych jest około 35 tys. dzieci z chorobą nowotworową, a około 6 tys. dzieci umiera rocznie z powodu choroby nowotworowej. W ciągu trzech dekad ogólna zachorowalność wzrastała rocznie o 1% u dzieci, a o 1,5% u nastolatków w wieku 15–19 lat. Całkowite 5-letnie przeżycie u dzieci w latach 90. wynosiło około 64% na wschodzie i 75% na zachodzie Europy, z różnicami pomiędzy regionami praktycznie dla wszystkich grup guzów. Obecnie wyleczalność u dzieci

z chorobami nowotworowymi w Europie przekroczyła 80%.

W ostatnich latach w Polsce przygotowywana jest Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO), którą koordynuje Ministerstwo Zdrowia. Główne cele NSO to:

1. Poprawa sytuacji kadrowej i kształcenia w dziedzinie onkologii.
2. Poprawa w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów.
3. Poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej.
4. Zwiększenie roli nauki i innowacji w walce z chorobami nowotworowymi.
5. Poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej.
6. Inwestycje w onkologię.

W 2020 r. w Polsce został powołany Fundusz Medyczny, którego celem jest poprawa stanu i jakości życia w Rzeczpospolitej Polskiej przez zapewnienie dodatkowych źródeł finansowania sfery ochrony zdrowia.

Przy obecnym wskaźniku 80% wyleczeń liczba dzieci wyleczonych z choroby nowotworowej w Europie wynosi 300–500 tys. i będzie się stale powiększać. Istotne cele na przyszłość to: lepsza organizacja opieki w okresie przejścia dzieci w wiek dorosły, większy dostęp pacjentów do nowoczesnej diagnostyki molekularnej oraz leczenia celowanego w przypadku oporności i nawrotów. Należy też dążyć do ogólnej poprawy wyników leczenia oraz szerszego włączania dzieci w komercyjne i niekomercyjne badania kliniczne.

Prof. Tomasz Szczepański

Możliwości udziału ośrodków onkologii dziecięcej w Polsce w kontekście europejskich sieci referencyjnych

Europejskie sieci referencyjne (ERN, European Reference Network) to sieci eksperckie, których celem jest poprawa jakości diagnostyki i leczenia oraz poprawa dostępności do leczenia. Obecnie istnieją 24 sieci referencyjne, w tym ERN on Pediatric Cancer (ERN-PeadCan) skupiająca się na zagadnieniach nowotworów u dzieci. Istotą tej sieci jest współpraca interdyscyplinarna w dziedzinie pediatrycznych chorób onkologicznych, które należą do chorób rzadkich.

Misją sieci ERN-PeadCan jest zlikwidowanie nierówności w dostępie dzieci do diagnostyki i terapii przeciwnowotworowej, między innymi przez wirtualne spotkania i konsultacje, a w efekcie międzynarodowe konsultacje i leczenie. Obecnie w tej sieci jest 54 członków, w tym 4 z Polski, a 4 następne są w trakcie rozpatrywania aplikacji. Sieć ERN-PaedCan jest formą dzielenia się wiedzą w celu poprawy opieki nad dziećmi z chorobami nowotworowymi.

W kwestii organizacji opieki w zakresie onkologii dziecięcej w Polsce koszt leczenia dzieci jest pokrywany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, funkcjonuje Polskie Towarzystwo Onkologii i Hematologii Dziecięcej, a Krajowy Rejestr Nowotworów rejestruje wszystkie zachorowania. Potrzebny jest jednak oddzielny rejestr dla nowotworów dziecięcych wg klasyfikacji ICCC-3.

Prof. Jan Styczyński

Problem „przejścia" dzieci do opieki nad pacjentami dorosłymi z punktu widzenia lekarza

Pod pojęciem „przejścia" (ang. *transition*) rozumie się zapewnienie bezpiecznego przejścia młodych pacjentów z opieki medycznej prowadzonej przez podmioty udzielające świadczeń pediatrycznych pod opiekę poradni lub oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym.

W ramach przygotowań do Narodowej Strategii Onkologicznej Zespół Ekspertów Pediatrycznych – prof. dr hab. Jan Styczyński, CM Bydgoszcz; prof. dr hab. Katarzyna Derwich, UM Poznań; dr hab. Teresa Stachowicz-Stencel, UM Gdańsk; dr hab. Katarzyna Muszyńska-Rosłan, UM Białystok; dr n. med. Iwona

Filipek, IP-CZD Warszawa – przygotował propozycje w tym zakresie obejmujące następujące aspekty:

1. Pacjenci, którzy zachorowali w wieku dziecięcym, pozostają pod kontrolą (follow-up) ośrodka pediatrycznego maksymalnie do końca 24. r.ż., a potem przechodzą pod opiekę regionalnych ośrodków koordynujących w KSO. Jednak ze względu na specyficzne problemy tych pacjentów ich przekazanie może nastąpić wcześniej.
2. W przypadku nawrotu choroby po 18. r.ż. pacjent przechodzi do ośrodka onkologicznego lub hematologicznego dla dorosłych. Jednak w przypadku rozpoznania nowotworu pediatrycznego należy rozważyć możliwość leczenia pacjenta w ośrodku pediatrycznym.
3. Konieczne jest powołanie konsyliów wielospecjalistycznych (onkolodzy dziecięcy i onkolodzy kliniczni „dorośli" +/– hematolodzy) dla pacjentów w wieku >18. r.ż. z nowotworami typowymi dla wieku dziecięcego, z możliwością leczenia pacjenta w ośrodku pediatrycznym; oraz dla pacjentów pediatrycznych w wieku <18. r.ż. z nowotworami typowymi dla wieku dorosłego.
4. Konieczne jest wprowadzenie świadczenia: „monitorowanie opieki odległej po leczeniu choroby nowotworowej".
5. Konieczne jest powołanie poradni monitorowania długoterminowych efektów leczenia w wieku dziecięcym w ośrodkach onkologii dziecięcej.
6. Konieczne jest powołanie poradni regionalnych dla kontynuacji monitorowania długoterminowych efektów leczenia w ośrodkach onkologicznych/hematologicznych dla pacjentów po 18. (24.) r.ż. leczonych w wieku dziecięcym oraz dla pacjentów dorosłych leczonych onkologicznie, którzy zakończyli opiekę onkologiczną.
7. Konieczne jest wprowadzenie świadczenia wsparcia psychoonkologicznego i utworzenie poradni psychoonkologicznej.
8. Konieczne jest powołanie konsyliów wielospecjalistycznych późnych powikłań (na wniosek ww. poradni) gwarantujących szybki dostęp pacjenta do specjalistycznych świadczeń.
9. Konieczne jest powołanie poradni dla chorych z fakomatozami (neurofibromatozy i pokrewne im rasopatie) dla dorosłych.
10. Konieczne jest opracowanie wytycznych dla pacjenta oraz wytycznych dla lekarzy zatrudnionych w poradniach monitorowania długoterminowych efektów leczenia.

Aleksandra Rudnicka

Problem „przejścia" dzieci do opieki nad pacjentami dorosłymi z punktu widzenia pacjenta

W wykładzie przedstawiono projekt aktywizacji społecznej grupy nastolatków i młodych dorosłych z chorobami nowotworowymi. Projekt polega na aktywizacji społecznej pacjentów onkologicznych w wieku 15–24 lata. Celem projektu jest stworzenie grupy wsparcia, a docelowo organizacji – fundacji lub stowarzyszenia – działającej na rzecz pacjentów z chorobą nowotworową: nastoletnich (15–19 lat) i młodych dorosłych (20–24 lata). W ostatniej dekadzie szczególną uwagę kieruje się na pacjentów, u których choroba nowotworowa została rozpoznana w okresie adolescencji i wczesnej dorosłości (ang. *Teenagers/Adolescents and Young Adults,* T/AYAs). Stwierdzono, że w grupie pacjentów pomiędzy 18.–25. r.ż. nadal uzyskuje się znacząco gorsze wyniki leczenia z uwagi na brak ustalonych jednolitych standardów leczenia. Z tego względu pacjentów T/AYAs nazwano „zapomnianym plemieniem" (ang. *forgotten tribe*).

Zaproponowano wieloetapową realizacje katalogu potrzeb i problemów AYAs:

- **Etap 1.** Pozyskanie wsparcia grupy ekspertów w dziedzinie onkologii, hematologii dziecięcej, psychoonkologii i psychiatrii, a także rodziców czy opiekunów nastoletnich i młodych dorosłych pacjentów z rakiem.
- **Etap 2.** Dotarcie za pomocą ww. ekspertów klinicystów do młodych pacjentów i stworzenie grupy inicjatywnej. Z pomocą pozyskanych ekspertów, pracujących w placówkach leczących tę grupę pacjentów, zamierzamy dotrzeć z informacją o tworzeniu przez naszą organizację grupy wsparcia skierowanej do nastolatków i młodych dorosłych z rakiem oraz stwo-

rzyć z pierwszych osób, które zgłoszą chęć przystąpienia do grupy wsparcia, grupę inicjatywną.

- **Etap 3.** Stworzenie w konsultacji z grupą pacjentów narzędzi komunikacji i wsparcia w social mediach.
- **Etap 4.** Organizacja spotkań wirtualnych.
- **Etap 5.** Organizacja spotkań rzeczywistych.
- **Etap 6.** Wyłonienie grupy liderów, którch zadaniem będzie stworzenie organizacji nastoletnich i młodych dorosłych pacjentów z rakiem.

Ważną inicjatywą jest opracowana i przyjęta w krajach anglojęzycznych Karta Praw Młodych Ludzi z Chorobą Nowotworową (The International Charter of Rights for Young People with Cancer). Jest to dokument wspólny dla UK, USA, Australii i Nowej Zelandii opublikowany w 2012 r. Pomimo dostępu młodych ludzi do internetu jedynie 28% T/AYA's ma świadomość istnienia Karty Praw Młodych Ludzi z Chorobą Nowotworową, a 41% T/AYA nadal zgłasza niedostatki w zaspokajaniu potrzeb, uzyskiwaniu wsparcia informacyjnego i emocjonalnego.

Prof. Krzysztof Kałwak

Stosowanie terapii CAR-T oraz innych nowoczesnych terapii komórkowych

Metoda zastosowania komórek CAR-T jest określana jako nadzieja dla pacjentów „bez nadziei". Jest to innowacyjna metoda zawierająca elementy terapii genowej, komórkowej i celowanej. W onkologii dziecięcej ma zastosowanie u pacjentów z B-4 komórkową ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) we wznowie po przeszczepie, w każdej drugiej i kolejnej wznowie oraz u pacjentów z pierwotną lekoopornością. Etapy tej terapii obejmują: ewaluację pacjenta, leukaferezę, izolację limfocytów T, modyfikację genetyczną, ekspansję i aktywację komórek CAR-T, chemioterapię limfodeplecyjną, infuzję komórek i rekonwalescencję. W Polsce wprowadzono tę terapię 3 marca 2020 r. dzięki staraniom Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej we Wrocławiu. Do chwili obecnej leczono tam 10 dzieci, wszystkie ze środków pozabudżetowych. Od 1 września 2021 r. terapia ta jest już jednak refundowana przez budżet państwa dla pacjentów do 25. r.ż. w ramach programu lekowego. Inne możliwości stosowania tej terapii to badania kliniczne komercyjne oraz badania kliniczne niekomercyjne „akademickie CAR-T" finansowane przez Agencję Badań Medycznych (obecnie realizowane są 3 granty).

Inne terapie komórkowe w fazie badań klinicznych w Polsce to swoiste limfocyty T przeciwwirusowe dla pacjentów z opornymi na leczenie infekcjami wirusowymi po przeszczepach komórek hematopoetycznych (grant ABM, Wrocław, zasięg ogólnopolski, lider – dr hab. Marek Ussowicz, prof. UMW).

Dr hab. Bożenna Dembowska-Bagińska, prof. IPCZD

Miejsce neuroonkologii dziecięcej

W wykładzie „Neuroonkologia dziecięca: gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy" przedstawiono tematykę guzów ośrodkowego układu nerwowego (OUN), drugiej co do częstości występowania grupy nowotworów wieku dziecięcego (23–25%), a jednocześnie najczęściej występującego guza litego u dzieci (30%). W Polsce rocznie rozpoznaje się nowotwór OUN u ok. 3 tys. osób dorosłych i ok. 240–300 dzieci. Nowotwory OUN to najczęstsza przyczyna zgonów z powodu choroby nowotworowej u dzieci. Około 1/4 dorosłych, którzy przebyli w dzieciństwie chorobę nowotworową, będzie ozdrowieńcami po leczeniu nowotworu OUN, a najcięższe odległe następstwa choroby i leczenia stanowią problemy zdrowotne i psychospołeczne.

Standard opieki w guzach OUN to: zabieg neurochirurgiczny, radioterapia i chemioterapia. Diagnostyka i leczenie prowadzone są zgodnie z ujednoliconymi protokołami krajowymi/ międzynarodowymi dla poszczególnych typów nowotworów, a postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne

wspierane jest przez Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych – zadanie: „Programy kontroli jakości opieki nad dziećmi chorymi na nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (program polityki zdrowotnej)".

Dokąd zmierza neuroonkologia: a) do wprowadzenia i finansowania badań molekularnych, które determinują prawidłowe, precyzyjne rozpoznanie i leczenie; b) do poprawy wyników leczenia i jakości życia pacjentów poprzez: wczesne rozpoznanie choroby i ostateczną diagnozę (edukacja, zwiększenie dostępności do badan obrazowych z poziomu POZ); c) identyfikację molekularnych grup nowotworu OUN, stratyfikację do grup ryzyka poprzez eskalację bądź deeskalację leczenia (dostępność do badań molekularnych dla wszystkich dzieci z nowotworem OUN); d) poszukiwanie nowych terapii dla źle rokujących pacjentów (glejaki o wysokim stopniu złośliwości, guzy pnia mózgu – inne); e) zwiększenie dostępności do rehabilitacji w trakcie i po zakończeniu leczenia; f) zwiększenie dostępności do opieki psychologicznej w trakcie i po zakończeniu leczenia; g) organizacji skoordynowanej kompleksowej opieki dla ozdrowieńców po przebytym leczeniu nowotworów OUN z uwzględnieniem opieki dla pacjentów po ukończeniu 18. r.ż.

Prof. Wojciech Młynarski

Diagnostyka molekularna: konieczna droga do indywidualizacji leczenia w onkologii dziecięcej

Diagnostyka molekularna to konieczna droga do indywidualizacji leczenia w onkologii dziecięcej. Składa się na nią: badanie predyspozycji do zachorowania, określenie terapii ukierunkowanych molekularnie i stratyfikacja dróg terapeutycznych.

Postęp technologiczny w zakresie diagnostyki genetycznej obejmuje obecnie badanie pojedynczych genów przy zastosowaniu różnych metod (sekwenatory kapilarne, NGS i analiza pojedynczych komórek). Postęp technologiczny w zakresie diagnostyki genetycznej pierwotnych niedoborów odporności i zaburzeń hematopoezy doprowadził do >440 zidentyfikowanych genów, a dalsza identyfikacja wykrywa 1–2 nowych defektów na każdy miesiąc.

Predyspozycję do zachorowania pokazuje występowanie niedoborów immunologicznych predysponujących do chłoniaków złośliwych: łącznie 26 genów, których defekty predysponują do zachorowania na chłoniaki u dzieci.

Stratyfikacja dróg terapeutycznych jest obecnie wykorzystywana w większości nowotworów. W ostrej białaczce limfoblastycznej u dzieci wyodrębniono podtypy molekularne z linii B w liczbie >20 podtypów, co wykorzystano w programie AIEOP-BFM-ALL-2017-Poland. Terapie ukierunkowane molekularnie mają swój początek w wykryciu przez Briana Drukera i Charlesa Sawyersa cząstki imatinibu, który jest skutecznym inhibitorem BCR-ABL1. Podtypy molekularnej ostrej białaczki limfoblastycznej dają duże możliwości terapii celowanej, co jest podstawą ww. programu terapeutycznego w Polsce.

Aktualnie jedna na 600 osób w wieku 20–40 lat jest osobą wyleczoną z nowotworu dziecięcego. Międzynarodowe Towarzystwo Onkologii Dziecięcej (SIOP) ogłosiło hasło „Żadne dziecko nie powinno umrzeć z powodu choroby nowotworowej". Na pewno droga do takiego osiągnięcia jest bardzo długa, być może nieosiągalna. Jednak obecnie możemy powiedzieć, że 80% dzieci z chorobami nowotworowymi można trwale wyleczyć, a dzieci wyleczone z chorób nowotworowych mają przed sobą potencjalnie 60–70 lat dalszego życia! Panel pokazał dobre przygotowanie ośrodków onkologii i hematologii dziecięcej do sprawowania opieki na pacjentem.

Opracowanie:
prof. Jan Styczyński, prof. Tomasz Szczepański, prof. Piotr Czauderna, Aleksandra Rudnicka, prof. Krzysztof Kałwak, dr hab. Bożenna Dembowska-Bagińska, prof. IPCZD, prof. Wojciech Młynarski

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:01:22

Znaczenie szybkiej diagnostyki w uzyskaniu sukcesu terapeutycznego w neurologii dziecięcej

Moderatorzy: prof. Ewa Pilarska, prof. Maria Mazurkiewicz-Bełdzińska

Uczestnicy: prof. Anna Kostera-Pruszczyk, dr n. med. Marta Zawadzka

Prof. Ewa Pilarska

Znaczenie szybkiego rozpoznania ostrej choroby naczyniowej mózgu u dzieci i młodzieży

Jednym z głównych problemów zdrowotnych w skali światowej pozostaje udar mózgu – ze względu na częste występowanie, dużą śmiertelność i nadal, pomimo ogromnego postępu w leczeniu, znaczną niepełnosprawność będącą jego następstwem. Mimo że udary u dzieci występują znacznie rzadziej niż u osób dorosłych, stanowią istotny problem zarówno diagnostyczny, jak i leczniczy. „Czas to mózg" – stwierdzenie to, tak często używane w neurologii dorosłych, staje się ważnym wyzwaniem w populacji dziecięcej. Badania prowadzone na całym świecie pokazują, że rozpoznanie udaru mózgu u dzieci jest znacznie opóźnione. Wynika to przede wszystkim z małej świadomości społeczeństwa, a więc rodziców, opiekunów, ale także lekarzy różnych specjalności, że udar mózgu może dotyczyć wszystkich dzieci – od noworodka do osoby pełnoletniej. Według dostępnych informacji czas między wystąpieniem objawów u dziecka a poszukiwaniem przez rodziców opieki wynosi od 1,7 do 21 godzin. Czas do potwierdzenia diagnozy, wykonania badania neuroobrazowego wynosi od 15 do 24 godzin. Z danych piśmiennictwa wynika, że około 40% pacjentów pediatrycznych ma postawioną wstępnie nieprawidłową diagnozę.

Głównymi przyczynami opóźnień są: utrudniony dostęp do badań radiologicznych, zwłaszcza MRI z zastosowaniem znieczulenia ogólnego u dziecka, niska częstość występowania udarów u dzieci, ale przede wszystkim niewystarczająca wiedza na temat udarów wśród społeczeństwa, w tym lekarzy.

Istnieje szereg chorób imitujących udar (ang. *stroke mimic*), w których objawy w początkowej fazie są podobne, a wręcz takie same, jak w przypadku udaru mózgu. Do najczęstszych schorzeń rozpoznawanych jako udar należą: migrena z aurą, napad padaczkowy, zwłaszcza z porażeniem Todda, niedowład nerwu twarzowego typu obwodowego, omdlenie, zaburzania konwersyjne, zaburzenia metaboliczne.

Coraz częściej używane jest powiedzenie „Strata czasu to strata mózgu". Szybkie rozpoznanie umożliwia szybkie wdrożenie właściwego leczenia, co poprawi rokowanie.

Następstwa udarów mózgu mogą być liczne i mogą znacząco obniżyć jakość życia dziecku. Należą do nich: zaburzenia ruchowe w postaci niedowłaów kończyn najczęściej o charakterze połowiczym oraz zaburzenia mowy o typie afazji (30–60%), napady padaczkowe (4–25%), obniżenie funkcji intelektualnych (do ok. 25%), zaburzenia psychosomatyczne, trudności w nauce (5–50%), śmiertelność (ok. 10%), nawroty (ok. 11%).

W celu zmniejszenia stopnia niepełnosprawności oraz śmiertelności po udarze niezbędne jest:

- szybkie wdrożenie intensywnego i efektywnego leczenia we wczesnej fazie udaru,
- wczesne wprowadzenie rehabilitacji poudarowej,
- prowadzenie skutecznych metod profilaktyki wtórnej.

Działania prowadzące do ograniczenia skutków udaru:

- edukacja dotycząca udarów u dzieci,
- działania przedszpitalne,
- możliwość szybkiego leczenia zgodnie z najnowszymi wytycznymi.

Dziecko z ostrymi objawami ze strony OUN powinno jak najszybciej trafić na SOR szpitala przygotowanego do leczenia dzieci z udarem:

- w zespole szpitalnym: neurolog dziecięcy, neuroradiolog, anestezjolog (dostępność 24/7),
- każde dziecko z podejrzeniem ostrego udaru mózgu powinno niezwłocznie mieć przeprowadzoną diagnostykę neuroobrazową – MRI (nie później niż w ciągu 60 min od przybycia dziecka do szpitala) w celu potwierdzenia lub wykluczenia rozpoznania udaru,
- terapia trombolityczna u dzieci i młodzieży <16. r.ż. może być prowadzona poza wskazaniami rejestracyjnymi (tylko off-label) i dlatego powinna być każdorazowo rozważana indywidualnie i po szczegółowej ocenie stosunku korzyści i ryzyka. Powinna być przeprowadzona w ośrodku dysponującym interdyscyplinarnym zespołem specjalistów doświadczonych w diagnostyce i leczeniu udaru mózgu u dzieci i młodzieży. Czas podania od zachorowania <4,5 godz.,
- trombektomia naczyniowa u dzieci i młodzieży – w wytycznych American Heart Association (AHA)/ American Stroke Association (ASA) – trombektomia wewnątrznaczyniowa może być uzasadniona u niektórych pacjentów z ostrym AIS w wieku <18 lat, stosując parametry dla dorosłych i jednocześnie przyznając, że korzyści i ryzyko nie zostało ustalone w tej grupie wiekowej.

Badania laboratoryjne: badania w ostrej fazie, w kolejnych dniach z uwzględnieniem szczególnie badań w kierunku trombofilii, badania immunologiczne, bakteriologiczne:

- ocena kardiologiczna,
- doppler przezczaszkowy,
- leczenie przeciwkrzepliwe,
- wypis z oddziału do ośrodka/ do oddziału rehabilitacji,
- profilaktyka wtórna: ASA lub w zależności od etiologii udaru.

Prof. Maria Mazurkiewicz-Bełdzińska

Padaczka u dzieci – szybka diagnostyka – skuteczne leczenia

Padaczka jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych występującą u około 65 mln osób na świecie we wszystkich grupach wiekowych. W krajach o wysokich dochodach częstość występowania czynnej padaczki wynosi 5–8 na 1000 osób. Częstość występowania zwiększa się z wiekiem, osiągając maksymalną wartość u dzieci w wieku 5–9 lat oraz dorosych >80 lat. Częstość występowania padaczki u mężczyzn i kobiet jest podobna.

Padaczka definiowana jest jako przewlekły stan chorobowy, o zróżnicowanej etiologii, charakteryzujący się skłonnością do nawrotowych, zazwyczaj spontanicznych napadów padaczkowych. Napad padaczkowy natomiast to: przerywane nagłe, stereotypowe zaburzenia świadomości, zachowania, emocji, czynności ruchowej, postrzegania lub czucia (które mogą być pojedyncze lub złożone). Obraz kliniczny jest następstwem wyładowań określonych grup neuronów korowych.

Istotna jest szybka diagnostyka i włączenie odpowiednich procedur terapeutycznych:

- należy odpowiedzieć na pytanie, czy obserwowany incydent ma charakter padaczkowy, jaki to rodzaj napadu padaczkowego,
- czy można określić przyczynę napadów i ewentualnie zespół padaczkowy i wreszcie podjąć decyzje co do leczenia.

W przypadku rozpoznania padaczki ważne jest prawidłowo dobrane i szybko włączone leczenie przeciwpadaczkowe w celu uniknięcia kolejnych napadów. Należy podkreślić, że ponad 70% pacjentów z padaczką uzyskuje uwolnienie od napadów, a ok. 30% nie uzyskuje pełnej kontroli napadów mimo różnych modyfikacji leczenia.

Istotne jest podjęcie wysiłków w celu ustalenia etiologii padaczki (przeprowadzenie diagnostyki neuroobrazowej, metabolicznej, genetycznej) oraz dobranie leczenia, aby zapewnić pacjentowi jak najlepszą jakość życia i możliwie całkowite uwolnienie od napadów.

Dr n. med. Marta Zawadzka

Uleczalne choroby neurometaboliczne – kluczowe znaczenie szybkiego rozpoznania

Wrodzone choroby metaboliczne to choroby wywołane nieprawidłowym przebiegiem reakcji metabolicznych. Do chwili obecnej wyodrębniono około 1400 wrodzonych chorób metabolicznych. Pierwsze objawy mogą się pojawić w każdym wieku, ale początek przypada najczęściej na wiek wczesnodziecięcy. Przebieg chorób metabolicznych jest różnorodny, a nieleczona choroba metaboliczna może doprowadzić nawet do zgonu. Większość z tych chorób manifestuje się objawami neurologicznymi. Tylko nieliczne choroby metaboliczne są uleczalne, ale grupa chorób, w których istnieje leczenie przyczynowe powodujące ustąpienie lub spowolnienie objawów, liczy około 120 jednostek chorobowych.

Powszechnie panuje błędne przekonanie o rzadkim występowaniu wrodzonych chorób metabolicznych, dlatego choroby te są często nierozpoznawane i nieleczone. Tylko wielokierunkowe postępowanie diagnostyczne oraz szerzenie wiedzy na temat charakterystycznych cech poszczególnych chorób metabolicznych pozwoli na szersze rozpoznawanie tej grupy i wprowadzenie odpowiedniego leczenia przyczynowego. Rozpoznanie na wczesnym etapie choroby jest kluczowe dla skutecznego leczenia. Szybkie wdrożenie leczenia przyczynowego może uchronić pacjenta przed objawami choroby, które w kolejnych etapach, pomimo wdrożenia leczenia, mogą być już nieodwracalne. Dlatego istotne jest również poszerzanie zakresu istniejących już badań przesiewowych u noworodków.

Dobrym przykładem skutecznego leczenia wrodzonej choroby metabolicznej jest fenyloketonuria. Jest to najczęstsza wrodzona choroba metaboliczna, obecnie w Polsce jej rozpoznanie następuje już w okresie noworodkowym za sprawą testów przesiewowych. Dzięki wczesnemu, skutecznemu, choć niezbyt skomplikowanemu leczeniu (ograniczenie podaży fenyloalaniny), pacjenci rozwijają się w sposób prawidłowy i nie stwierdza się u nich typowych dla choroby nieleczonej objawów nieodwracalnego uszkodzenia mózgu, w tym niepełnosprawności intelektualnej.

Należy podkreślić, że w większości przypadków wdrożenie ukierunkowanego leczenia polega na zmianie diety czy wprowadzeniu odpowiedniej suplementacji (np. witamin i pierwiastków śladowych), nie jest więc leczeniem ani drogim, ani wymagającym skomplikowanej aparatury. W niektórych wrodzonych chorobach metabolicznych stosuje się również przeszczepy szpiku, przeszczepy narządów litych, terapie enzymatyczne czy terapie genowe.

Podsumowując, kluczowe dla skutecznego leczenia wrodzonych chorób metabolicznych są: wczesne rozpoznanie choroby, wdrożenie odpowiedniego leczenia oraz systematyczna kontrola nad prowadzonym leczeniem.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 8:05:52

Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego w dobie pandemii zakażeń koronawirusem

Moderator: prof. Mieczysław Walczak

Uczestnicy: prof. Artur Mazur, prof. Małgorzata Myśliwiec, prof. Jerzy Starzyk

Na wstępie panelu „Endokrynologia i diabetologia wieku rozwojowego w dobie pandemii zakażeń koronawirusem" prof. Mieczysław Walczak podziękował Panu Maciejowi Miłkowskiemu, podsekretarzowi

stanu w Ministerstwie Zdrowia, za wsparcie działań na rzecz poprawy jakości opieki nad dziećmi z chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego, a w szczególności nad dziećmi z cukrzycą. Tylko w 2021 r. wprowadzono bowiem refundację nowoczesnej insuliny długodziałającej – tresiba, do terapii dzieci z cukrzycą typu 1. Wprowadzono także refundację osprzętu do ciągłego monitorowania glikemii u chorych na cukrzyce wtórne (cukrzyce typu 3).

Na wstępie wystąpienia **„Czy urodzenie dziecka zbyt małego w odniesieniu do czasu trwania ciąży (SGA) i/lub z hipotrofią wewnątrzmaciczną (IUGR) może determinować jego rozwój i stan zdrowia w późniejszych okresach życia?"** prof. Mieczysław Walczak zdefiniował pojęcia SGA i IUGR. Pojęcie SGA (ang. *small for gestational age*) oznacza urodzenie dziecka zbyt małego w odniesieniu do czasu trwania ciąży, natomiast IUGR (ang. *intrauterine growth restriction*) urodzenie dziecka z ciąży powikłanej upośledzeniem wewnątrzmacicznego wzrastania płodu. Zdecydowana większość spośród tych dzieci spełnia kryterium SGA i IUGR. Natomiast wśród dzieci urodzonych jako SGA są także dzieci w pełni zdrowe – konstytucjonalnie małe. Do rozpoznania SGA i IUGR pediatrzy, neonatolodzy i położnicy najczęściej przyjmują kryterium masy i/lub urodzeniowej długości ciała poniżej 10. centyla dla wieku ciążowego. 10% dzieci rodzi się zatem jako SGA/IUGR. Bardziej rygorystyczne jest środowisko endokrynologów dziecięcych, w tym European Society for Paediatric Endocrinology (ESPE), które przyjmuje jako kryterium co najmniej 2 odchylenia standardowe (ok. 1,88%).

Powszechnie przyjmuje się, iż ponad 20% (ok. 22%) patologicznie niskich osób dorosłych nie ma żadnych obciążeń poza tym, że urodzili się z ciąży powikłanej IUGR. Ryzyko patologicznej niskorosłości jest więc ponad 10-krotnie większe, aniżeli wynika to z częstości występowania SGA/IUGR. Patologicznie niskie dzieci urodzone jako SGA/IUGR od 4. r.ż. mogą być leczone hormonem wzrostu w ramach refundowanego ze środków NFZ programu terapeutycznego. Okres skutecznej terapii, promującej wzrastanie, jest jednak stosunkowo krótki, ponieważ u wielu spośród tych dzieci ok. 8.–9. r.ż. następuje przyspieszenie dojrzewania szkieletu. Dlatego dzieci urodzone jako SGA/IUGR, u których nie występuje zjawisko przyspieszenia wzrastania po urodzeniu (ang. *catch-up growth*) i do 2. r.ż. „nie nadgonią" rówieśników, powinny być najpóźniej w 3. r.ż. kierowane na konsultację do endokrynologów dziecięcych. Niestety w okresie pandemii zakażeń koronawirusem dzieci te kierowane są na takie konsultacje zbyt rzadko i zbyt późno. Dlatego należy oczekiwać, iż za kilkanaście lat będziemy mieli zbyt wiele młodych osób patologicznie niskich, którzy mogliby tego uniknąć.

U dziewcząt urodzonych jako SGA/IUGR częściej występuje także przedwczesne pokwitanie, nierzadko z cechami hiperandrogenizmu.

Na skutek niedotlenienia wewnątrzmacicznego dzieci urodzone jako SGA/IUGR predysponowane są także do nieprawidłowego rozwoju psycho-emocjonalnego, przede wszystkim nadpobudliwości i nadmiernej agresji (ADHD). Terapia takich dzieci, początkowo pod okiem doświadczonego psychologa, jest bardzo skuteczna, jednak powinna być rozpoczęta stosunkowo wcześnie, optymalnie już w wieku przedszkolnym. Niestety okres pandemii z jednej strony utrudnił dostęp do lekarzy, szczególnie do psychologów zajmujących się dziećmi, a z drugiej strony lekarze, szczególnie w tym okresie, stanowczo zbyt rzadko dostrzegają potrzebę takich konsultacji.

Największy i najtrudniejszy do rozwiązania problem dotyczy jednak predyspozycji dzieci urodzonych jako SGA/IUGR do otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego i generalnie do miażdżycy i to w bardzo młodym wieku, ze wszystkimi tego konsekwencjami.

Około 80% dzieci z hipotrodią wewnątrzmaciczną rodzi się „długich i chudych", z tzw. asymetryczną postacią hipotrofii. Dzieci tych nie należy przekarmiać, ponieważ stanowią grupę wzmożonego rozwoju otyłości i cukrzycy typu 2. U wielu dzieci urodzonych z IUGR już w wieku szkolnym, a nierzadko przedszkolnym obserwuje się także hipercholesterolemię z dyslipidemią. Wykładnikiem rozwoju miażdżycy u tych dzieci, poza nieprawidłowościami w lipidogramie, jest m.in. upośledzenie przepływu krwi przez naczynia szyjne, w następstwie pogrubienia warstwy intima media tych naczyń. Predyspozycja do nadciśnienia tętniczego w młodym wieku tłumaczona jest natomiast mniejszą aktywnością dehydrogenazy 11-hydroksysteroidowej typu 2 (HSD-2), która przekształca kortyzol, w mniej aktywny kortyzon. Chociaż pojedyncze prace wskazują również na mniejszą ilość kłębuszków nerkowych u tych dzieci.

Z uwagi na duże ryzyko patologicznej niskorosłości, otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego oraz predyspozycji do zmian miażdżycowych

dzieci urodzone jako SGA/IUGR powinny być objęte kompleksową opieką lekarską, w tym wysokospecjalistyczną, nie tylko w okresie noworodkowym, ale także w późniejszych okresach życia. Nierzadko dzieci te wymagają także wsparcia ze strony doświadczonego dietetyka oraz psychologa. W okresie pandemii zakażeń koronawirusem dzieci te trafiają pod specjalistyczną opiekę często bardzo późno. Zmiana stylu życia wielu rodzin przyczynia się do narastania częstości otyłości u dzieci i młodzieży, a za kilka lat prawdopodobnie także cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego oraz klinicznych wykładników miażdżycy naczyń w młodszym, aniżeli dotychczas, wieku.

W swoim wystąpieniu **„Otyłość w populacji wieku rozwojowego w dobie pandemii zakażeń koronawirusem"** prof. Artur Mazur podkreślił, że otyłość jest obecnie jednym z największych problemów zdrowia publicznego. Problem ten dotyczy również populacji wieku rozwojowego. Według najnowszych danych jedno na pięcioro dzieci na świecie jest dotknięte nadwagą bądź otyłością. Również w naszym kraju stale narasta ten problem. Dane z badań WHO-COSI są alarmujące. Dzieci z Polski są w niechlubnej czołówce występowania nadwagi i otyłości w Europie. W przypadku dzieci i młodzieży pandemia zakażeń COVID-19 potencjalnie utrudnia zapobieganie otyłości, wpływa na dostęp do diagnostyki i leczenia otyłości, szczególnie dotyka to grup ryzyka, co zwiększa ryzyko rozwoju otyłości i jej powikłań. Zwiększa także ryzyko ciężkiego przebiegu zakażenia COVID-19 u dzieci.

Pandemia COVID-19 zwiększa ryzyko przyrostu masy ciała zarówno u osób dorosłych, jak i u dzieci. Utrudnia zapobieganie otyłości: izolacja, zamykanie szkół/ placówek opieki nad dziećmi obniża bezpieczeństwo żywnościowe i stwarza warunki do spożywania pokarmów o niskiej jakości i równocześnie wzrasta ryzyko narażenia dzieci na zintensyfikowany marketing niezdrowej żywności. Siedzący tryb życia, praca zdalna przed ekranem komputera w czasie zajęć szkolnych, stres w rodzinie jeszcze bardziej potęgują ryzyko wystąpienia nadwagi i otyłości u dzieci. Utrudniony dostęp do prawidłowego leczenia dzieci z otyłością zwiększa u nich ryzyko powstania powikłań.

Na zakończenie chciałbym stwierdzić, że telemedycyna może być także pomocna w profilaktyce, diagnozowaniu i leczeniu otyłości u dzieci, jednak w krótkim okresie czasu.

W wykładzie **„Co nowego w diagnozowaniu i terapii przedwczesnego pokwitania?"** prof. Jerzy Starzyk stwierdził, że przedwczesne dojrzewanie jest poważną chorobą przewlekłą, która nierozpoznana i nieleczona jest przyczyną urazu psychospołecznego dziecka i rodziny, niskiego wzrostu końcowego oraz zwiększonego ryzyka rozwoju raka piersi i jajników w okresie dorosłości.

Przedwczesne dojrzewanie jest częste i dotyczy 1 na 5 tys. dzieci, co przekłada się w Polsce na około 70 przypadków rocznie. Dotyczy 9 razy częściej dziewcząt niż chłopców. U dziewcząt w 80% przypadków są to postaci czynnościowe i mniej agresywne, natomiast u chłopców to głównie gorzej rokujące zmiany guzowate i uwarunkowane genetycznie.

Przedwczesne dojrzewanie rozpoznaje się u dziewcząt, gdy rozwój piersi, owłosienia łonowego lub wystąpienie krwawienia miesięcznego występuje przed osiągnięciem wieku 8 lat, a u chłopców, gdy powiększenia jąder, prącia i pojawienie się owłosienia łonowego występuje przed osiągnięciem wieku 9 lat. Rozwój tych cech następuje pod wpływem przedwczesnego wydzielania hormonów płciowych (estradiolu lub testosteronu) przez jądra, jajniki lub korę nadnerczy w wyniku zaburzeń czynnościowych lub strukturalnych (guzy) podwzgórza i przysadki lub nadnerczy. Cechy te współistnieją z przyspieszonym wzrastaniem, które uwidocznić należy na siatce wzrostowej dziecka oraz z przyspieszeniem dojrzałości kostnej (wieku kostnego).

Każde dziecko z rozpoznaniem przedwczesnego dojrzewania powinno być skierowane do ośrodka referencyjnego, w którym ustala się jego przyczynę, na podstawie badań hormonalnych oraz obrazowych miednicy małej i brzucha oraz rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórza i przysadki. W profilaktyce przedwczesnego dojrzewania u chłopców duże znaczenie ma wykrywanie wrodzonego przerostu nadnerczy w przesiewie wykonywanym u noworodków.

W leczeniu większości postaci przedwczesnego dojrzewania stosuje się w ramach programu lekowego długodziałające analogi hormonu podwzgórza uwalniającego gonadotropiny. Leczenie to jest bezpieczne i skuteczne, o ile wprowadzone jest przed 8. r.ż. Brak opieki lekarskiej i niedostateczna opieka pielęgniarska w przedszkolach i szkołach oraz utrudniony dostęp do lekarzy POZ w okresie pandemii może być przyczyną opóźnienia rozpoznania i leczenia.

W wystąpieniu **„Czy możliwa jest prewencja cukrzycy typu 1?"** prof. Małgorzata Myśliwiec podkreśliła, że przeprowadzone w Polsce wieloośrodkowe

badania porównania częstości występowania kwasicy ketonowej (CKK) w nowo rozpoznanej cukrzycy typu 1 (DM1) w czołowych ośrodkach diabetologii dziecięcej wykazały w czasie pandemii zakażeń COVID-19 niepokojący, ponad 2-krotny, wzrost częstości chorych z CKK przy rozpoznaniu cukrzycy typu 1 oraz częstsze występowanie ciężkiej CKK, co miało istotny wpływ na wystąpienie stanów zagrożenia życia i zdrowia w tej grupie pacjentów. Wystąpienie kwasicy ketonowej świadczy o zniszczeniu ponad 90% komórek trzustki. Natomiast wczesne wykrycie cukrzycy typu 1 pozwala na dłuższy okres remisji choroby oraz możliwość zastosowania terapii zatrzymującej proces autoimmunologiczny, w tym terapii limfocytami T regulatorowymi (Tregs).

Wyniki badań nowatorskiego, pierwszego na świecie, projektu prowadzonego pod kierunkiem prof. Piotra Trzonkowskiego, prof. Natalii Marek-Trzonkowskiej oraz prof. Małgorzaty Myśliwiec, „Terapia komórkowa cukrzycy typu 1 w oparciu o namnożone sztucznie limfocyty regulatorowe CD+CD25+CD127– i przeciwciała anty-CD20", są bardzo obiecujące. Kilka lat po podaniu namnożonych limfocytów Treg i przeciwciał anty-CD20 u pacjentów z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1 wykazano bowiem lepiej zachowaną funkcję komórek trzustki, mierzoną poziomem C-peptydu, w porównaniu do grupy pacjentów, która nie otrzymała wyżej wymienionej terapii. Dobowe dawki insuliny w grupie dzieci, u których zastosowano terapię komórkową były istotnie niższe, a kilku pacjentów nie wymagało podaży insuliny przy prawidłowym poziomie wyrównania metabolicznego choroby. Pierwsze wyniki badań budzą zatem nadzieję, że zastosowanie tej terapii w okresie „prediabetes" zatrzyma lub przynajmniej zwolni proces niszczenia wysp trzustkowych przez autoagresywne limfocyty T w okresie poprzedzającym wystąpienie klinicznych objawów cukrzycy.

Cukrzyca stanowi duży i stale narastający problem w Polsce. Zgodnie z danymi NFZ w 2018 r. na cukrzycę chorowało 2,86 mln osób (9,1% populacji), a rocznie cukrzyca typu 1 diagnozowana jest u ponad 1200 dzieci. NFZ na leczenie cukrzycy przeznaczył 2 mld zł. Blisko połowę tej sumy (49%) stanowiły koszty leków stosowanych w terapii cukrzycy. Kolejne 25% to paski do oznaczania glukozy we krwi. Ponad 20% kosztowały świadczenia udzielone z powodu cukrzycy, a 4% pompy insulinowe i system ciągłego monitorowania glikemii. Pacjenci z własnych środków ponieśli wydatki w wysokości 0,5 mld zł. Dlatego wprowadzenie innowacyjnych metod terapii zatrzymujących rozwój cukrzycy i jej kliniczne ujawnienie pozwoli na zmniejszenie wydatków na leczenie cukrzycy oraz prewencję ostrych i późnych powikłań naczyniowych w przebiegu tej choroby.

W przypadku dzieci z podejrzeniem, a przede wszystkim z nowo rozpoznaną cukrzycą typu 1, najbardziej istotne jest jednak jak najszybsze skierowanie do ośrodka diabetologii dziecięcej. W okresie pandemii znacznie częściej dzieci te kierowane są zbyt późno, z ciężką kwasicą ketonową, nierzadko wymagając początkowo hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii dziecięcej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 3:03:45

Sytuacja osób z genetycznymi schorzeniami wzroku – wyzwania dla systemu ochrony zdrowia i polityki społecznej

Moderator: Małgorzata Pacholec

Uczestnicy: Marzanna Bieńkowska, Teresa Kłys, prof. Maciej R. Krawczyński, Adrian Kwiecień, Joanna Popławska

Ponad 73% osób dotkniętych genetycznymi schorzeniami wzroku nie miało przeprowadzonej diagnozy genetycznej i nie wie, jaka mutacja genu powoduje ich chorobę – wynika z pierwszego

w Polsce raportu opisującego sytuację życiową tej grupy pacjentów.

Dziedziczne dystrofie siatkówki (ang. *inherited retinal dystrophies,* IRD) to grupa rzadkich chorób okulistycznych o bardzo zróżnicowanym podłożu genetycznym. Wyróżnia się wiele ich rodzajów: retinitis pigmentosa, choroideremia, zespół Lebera, zespół Stargardta, zespół Bardeta-Biedla, zespół Ushera i in. Szacuje się, że występują rzadziej niż 5 na 10 tys. urodzeń. Stowarzyszenie Retina AMD Polska opisało sytuację życiową osób zmagających się z tymi schorzeniami: ich ograniczenia, problemy i oczekiwania. W tym celu przeprowadziło wieloaspektowe badanie, którego efektem jest pierwszy w Polsce raport: „Społeczny audyt sytuacji osób z genetycznymi schorzeniami wzroku".

Jak mówiła podczas debaty Małgorzata Pacholec, informacje, które posłużyły do przygotowania raportu, uzyskano z ankiet, wywiadów z rodzicami chorych dzieci, historii nadesłanych przez pacjentów, a także na podstawie ponad 20-letniego doświadczenia w pracy z chorymi i ich bliskimi. Publikacja przedstawia ich niezwykle trudną sytuację – brak kompleksowej opieki medycznej, utrudniony dostęp do diagnostyki, poradnictwa genetycznego i nowoczesnego leczenia.

U większości pacjentów pierwsze objawy problemów ze wzrokiem pojawiły się już w dzieciństwie lub wczesnej młodości, jednak trudno było zdiagnozować ich przyczynę. Osoby te musiały przejść długą ścieżkę, zanim uzyskały właściwe rozpoznanie choroby. Prawie 57% ankietowanych chodziło od jednego lekarza do drugiego, będąc skazanymi na „odyseję diagnostyczną". Trwała ona miesiącami, obciążając ich nie tylko finansowo, ale i psychicznie. „Często błądzimy jak we mgle, nie wiemy, do jakiego lekarza się udać. Specjaliści nie znają naszych problemów. Informują nas tylko, że dziecko nie będzie widziało. Nie wiedzą, gdzie nas pokierować. Potem sami szukamy informacji w internecie, ale często ich nie ma, bo nasze schorzenia są bardzo rzadkie i nie są jeszcze opisane. Nie wiemy nic na temat choroby, z którą musimy się mierzyć. Nasze życie jest naznaczone ciągłym stresem i niepewnością" – pisała Joanna Popławska, mama chłopca chorego na wrodzoną ślepotę Lebera.

Z raportu wynika, że jedynie niecałe 27% badanych ma postawioną diagnozę genetyczną. Ponad połowa z nich sfinansowała te badania z własnych funduszy. Pozostali skorzystali z testów genetycznych wykonanych w ramach programów naukowych i badawczych prowadzonych przez instytucje naukowe. Tymczasem tylko badanie genetyczne pozwala na jednoznaczne i ostateczne potwierdzenie oraz sprecyzowanie rozpoznania. Uzyskanie wyniku badania genetycznego daje również możliwość wdrożenia celowanego leczenia, w tym terapii genowej. Stanowi także nieocenioną pomoc dla naukowców, którzy starają się lepiej zrozumieć przebieg choroby, aby opracowywać skuteczne metody jej leczenia. Pomaga zmniejszyć lęk i stres, a osobom młodym wybrać odpowiednią szkołę, zawód i układać plany życiowe. Niestety ponad 73% ankietowanych nie wie, jaka mutacja genu powoduje ich chorobę.

„W Polsce konieczne jest wypracowanie standardów postępowania diagnostycznego z osobami dotkniętymi genetycznymi schorzeniami wzroku, zwłaszcza z pacjentami z pierwszymi objawami choroby. Taka ścieżka postępowania powinna być wypracowana, a finansowanie niezbędnych badań, w tym badań genetycznych, zapewnione" – podkreślał prof. Maciej R. Krawczyński.

Schorzenia genetyczne wzroku mają charakter postępujący i powinny być systematycznie kontrolowane, jednak nie ma standardów określających, w jaki sposób i jak często powinno się to odbywać. Brakuje także placówek, które obejmowałyby pacjentów stałą i specjalistyczną opieką medyczną: wczesną diagnostyką okulistyczną, diagnostyką i poradnictwem genetycznym, regularną opieką okulistyczną i rehabilitacyjną, a w sytuacjach, gdy jest to możliwe, leczeniem nowoczesnymi metodami, w tym terapiami genowymi.

„Światełkiem w tunelu dla wszystkich pacjentów z chorobami rzadkimi jest Narodowy Plan dla Chorób Rzadkich. Został on podzielony na sześć obszarów i zakłada między innymi powołanie ośrodków eksperckich, ułatwienie dostępu do diagnostyki, w tym badań genetycznych, dostępu do innowacyjnych leków, stworzenie rejestru chorób rzadkich, utworzenie paszportu dla pacjentów z chorobami rzadkimi oraz uruchomienie platformy informacyjnej" – podkreśliła Marzanna Bieńkowska. „Bardzo ważny jest dostęp do leków. Dlatego Rzecznik Praw Pacjenta wyraził pozytywną opinię dotyczącą refundacji w ramach Funduszu Medycznego leku stosowanego w leczeniu dziedzicznej dystrofii siatkówki spowodowanej mutacją genu RPE65" – uzupełniła.

„Społeczny audyt sytuacji osób z genetycznymi schorzeniami wzroku" to kompendium wiedzy o problemach i potrzebach pacjentów z IRD. Ma także inspirować do podejmowania działań rzeczniczych i rozpoczęcia dialogu obywatelskiego z przedstawicielami instytucji odpowiedzialnymi za ochronę zdrowia i politykę społeczną. Pacjenci apelują między innymi o: uwzględnienie ich potrzeb w Narodowym Planie dla Chorób Rzadkich i ustawie o Funduszu Medycznym, utworzenie ośrodków referencyjnych oraz rejestru okulistycznych chorób rzadkich uwarunkowanych genetycznie, a także łatwiejszy dostęp do lekarzy okulistów i genetyków oraz specjalistycznej rehabilitacji dla osób z dysfunkcją wzroku.

„Bazując na doświadczeniach z innych krajów, wiemy, że audyty społeczne są coraz powszechniej rekomendowanym narzędziem egzekwowania standardów różnych polityk, w tym również ochrony zdrowia i polityki społecznej" – zauważyła Małgorzata Pacholec. „Jestem przekonana, że opracowany przez nas dokument stanie się podstawą do merytorycznej dyskusji i podjęcia operacyjnych działań zmierzających do poprawy jakości życia osób dotkniętych genetycznymi schorzeniami wzroku i doświadczających dyskryminacji w zakresie dostępu do najważniejszego dobra, jakim jest zdrowie" – dodała.

„Społeczny audyt sytuacji osób z genetycznymi schorzeniami wzroku" powstał w ramach projektu „Wszystko dla ratowania wzroku" realizowanego z dotacji programu Aktywni Obywatele Fundusz Krajowy finansowanego z Funduszy EOG.

Więcej informacji o projekcie na stronie:
http://retinaamd.org.pl/.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 7:45:12

Psychiatria dziecięca – stare i nowe problemy

Moderator: dr hab. Barbara Remberk

Uczestnicy: prof. Małgorzata Janas-Kozik, prof. Filip Rybakowski, prof. Agnieszka Słopień, prof. Tomasz Wolańczyk

Psychiatria dziecięca boryka się wciąż z tymi samymi problemami, jakimi są znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych oraz niewystarczające zasoby systemowe. Okres pandemii to, jak wiemy z licznych badań, czas, kiedy zwiększyła się częstość objawów, zwłaszcza depresyjnych i lękowych. Również badania ankietowe dotyczące polskiej młodzieży potwierdzają występowanie tego zjawiska. Kolejnym problemem, z jakim borykały się dzieci i młodzież w okresie restrykcji epidemicznych, było narażenie na przemoc domową.

Jeszcze przed okresem epidemii podjęto działania mające na celu zmianę sposobu funkcjonowania systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Aktualnie zaawansowana jest budowa systemu środowiskowych poradni psychologicznych dla dzieci i młodzieży. Docelowo sieć tych poradni powinna pokryć cały kraj. Świadczenia mają być dostępne bez skierowania, a praca terapeutyczna nie tylko dotyczy objawów dziecka, lecz także uwzględnia jego środowisko. Poradnie te wciąż powstają, aktualnie jest ich w Polsce około 300. Natomiast działania w obszarze kolejnych ogniw opieki – poradni zdrowia psychicznego, oddziałów dziennych i całodobowych – są mniej zaawansowane. W szczególności finansowanie tych placówek pozostaje niewystarczające.

Niezbędną i niekiedy wystarczającą formą pomocy w obszarze psychiatrii dzieci i młodzieży jest psychoterapia. Dziedzina ta niezwykle rozwinęła się w ostatnich latach. Formy terapii mogą i powinny być dostosowane do profilu zaburzeń pacjenta. Skuteczność psychoterapii w wielu obszarach jest udowodniona naukowo; właśnie na podstawie badań naukowych powstają rekomendacje dotyczące zastosowania poszczególnych form leczenia.

Kolejnym obszarem ważnym dla zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży jest system edukacji. Niezależnie od dobrej woli i zaangażowania pracowników tego sektora system szkolny bazuje na ocenianiu różnych aspektów funkcjonowania ucznia. Dla osób bardziej potrzebujących konieczność chodzenia do szkoły stanowi poważne obciążenie emocjonalne, a stres z nim związany może generować lub nasilać objawy zaburzeń psychicznych.

Podsumowując, środowisko psychiatrów dziecięcych z niecierpliwością i nadzieją śledzi proces zmian systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Zmiany te na razie nie poprawiły funkcjonowania opieki szpitalnej. Dlatego nadzieje dotyczące dalszej przyszłości nie zmniejszają niepokoju o tę przyszłość najbliższą.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:46:39

Choroby mózgu – priorytet współczesnej medycyny

Moderator: dr hab. Piotr Maciejak

Uczestnicy: dr hab. Iwona Kurkowska-Jastrzębska, prof. IPiN, prof. Adam Wichniak

W ramach Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021 Instytut Psychiatrii i Neurologii (IPiN) był gospodarzem panelu dotyczącego współczesnych wyzwań leczenia chorób układu nerwowego. W ramach panelu przedstawiono trzy wykłady: „Badania podstawowe: teoria a praktyka", „Dlaczego choroby układu nerwowego powinny być kluczowym problemem ochrony zdrowia" oraz „Wyzwania współczesnej psychiatrii".

W pierwszej kolejności wskazano najważniejsze osiągnięcia naukowe dotyczące badań podstawowych z zakresu neuroscience. Zarysowano przyczyny istnienia barier translacji wyników badań podstawowych do praktyki klinicznej oraz zasugerowano sposoby ich pokonywania. Na podstawie profilu działalności klinicznej, struktury organizacyjnej oraz szerokiej sieci współpracy naukowej ukazano szczególną rolę IPiN jako jednostki dedykowanej do prowadzenia badań translacyjnych w obszarze neuroscience.

W kolejnym wykładzie przedstawiono szereg argumentów wskazujących, dlaczego choroby układu nerwowego stanowią kluczowy problem ochrony zdrowia. Z powodu starzenia się społeczeństwa choroby wieku podeszłego, m.in. udary mózgu i choroby neurozwyrodnieniowe, są ogromnym problemem społecznym (konieczność zapewnienia opieki nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi) oraz dla ochrony zdrowia. Priorytetem dla państwa powinno być przeciwdziałanie ich rozwojowi m.in. poprzez promowanie zdrowego trybu życia, odpowiedniej diety, badań profilaktycznych. Z drugiej strony rozwój nauki – genetyki i neurobiologii, dokonuje obecnie przełomu w diagnostyce i wprowadzaniu nowych metod leczenia chorób rzadkich. Zwrócono szczególną uwagę na możliwe modyfikacje organizacyjne, których przeprowadzenie optymalizowałoby wykorzystanie zasobów merytorycznych i finansowych w neurologii. Wskazano między innymi na potrzebę szybkiego wdrożenia Narodowego Planu dla Chorób Rzadkich oraz na potrzebę utworzenia centrów dedykowanych leczeniu i rozwojowi wiedzy o chorobach układu nerwowego o różnym stopniu referencyjności, które powinny uczestniczyć w wypracowaniu nowych rekomendacji diagnostycznych i leczniczych.

W dalszej części panelu podjęto tematykę dotycząca wyzwań stojących przed współczesną psychiatrią, podkreślając, że zaburzenia psychiczne należą do najbardziej powszechnych zaburzeń funkcjonowania mózgu. Liczbę osób chorujących na depresję ocenia się na 4,4% ludności świata, co powoduje, że depresja staje się najczęstszą przyczyną przewlekłej niepełnosprawności. Szczególną uwagę poświecono zaburzeniom snu, które należą do najbardziej rozpowszechnionych problemów

zdrowotnych. Omówiono przyczyny ich występowania oraz przedstawiono współczesne farmakologiczne i pozafarmakologiczne metody leczenia zaburzeń snu. Wskazano na rosnące wyzwania terapeutyczne psychiatrii oparte na zintegrowanym leczeniu choroby psychicznej, chorób somatycznych oraz promowaniu zdrowego stylu życia, w tym aktywności fizycznej, prawidłowego odżywiania, higieny psychicznej, odporności na stres oraz prawidłowego snu.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 2:01:49

Współczesne możliwości diagnostyki i terapii zaburzeń słuchu, głosu i równowagi

Moderatorzy: prof. Krzysztof Kochanek, prof. Piotr H. Skarżyński

Uczestnicy: dr n. med. Beata Miaśkiewicz, dr Katarzyna Pietrasik, dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, dr n. med. Grażyna Tacikowska

Prof. Krzysztof Kochanek

Nowoczesna diagnostyka zaburzeń słuchu

Współczesny audiolog dysponuje szeroką paletą metod diagnostycznych. Są to zarówno metody psychoakustyczne – metody behawioralne i metody audiometryczne – jak i metody obiektywne. Diagnostyka audiologiczna może być uzupełniana w uzasadnionych przypadkach badaniami obrazowymi (RTG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa) oraz badaniami molekularnymi.

Wyzwaniem dla audiologa jest wczesna diagnostyka zaburzeń słuchu u małego dziecka oraz zaburzeń pozaślimakowych i centralnych. Wobec szerokiej palety metod diagnostycznych problemem jest umiejętny, optymalny wybór odpowiednich metod diagnostycznych celem rozpoznania określonych rodzajów ubytków słuchu. Mówiąc o wczesnej diagnostyce, w przypadku zaburzeń wrodzonych, mamy na myśli pierwsze tygodnie lub miesiące życia dziecka. Niewątpliwie w tym przypadku muszą być zastosowane przede wszystkim metody obiektywne, ale uzupełnione badaniem behawioralnym, odpowiednio dobranym do wieku dziecka.

Wczesna i wiarygodna diagnostyka nabiera szczególnego znaczenia u dzieci z wrodzonymi zaburzeniami słuchu, które są wykrywane w badaniach przesiewowych słuchu u noworodków. Trafne i wczesne rozpoznanie wady słuchu warunkuje szybkie wdrożenie metod terapii, w tym przede wszystkim tych z wykorzystaniem implantów ślimakowych. Badania słuchu dziecka w tym wieku muszą obejmować audiometrię impedancyjną, emisje otoakustyczne oraz słuchowe potencjały wywołane pnia mózgu (ABR). Są to metody nieinwazyjne, bezpieczne dla małego dziecka oraz charakteryzujące się wysoką czułością i specyficznością. Audiometria impedancyjna pozwala ocenić przede wszystkim funkcje ucha środkowego, ale pośrednio także stan ucha wewnętrznego oraz nerwu słuchowego. Emisje otoakustyczne umożliwiają ocenę funkcji ucha wewnętrznego, natomiast metoda słuchowych potencjałów wywołanych pnia mózgu umożliwia wyznaczenie progu słyszenia oraz rozpoznanie rodzaju uszkodzenia słuchu. W myśl zasady cross-check wyniki tych badań powinny zostać potwierdzone wynikami badań behawioralnych dobranymi odpowiednio do wieku dziecka. Należy podkreślić, że diagnostyka słuchu małego dziecka to z jednej strony bardzo odpowiedzialne zadanie, a z drugiej – źródło dużej satysfakcji,

ponieważ dobrze przeprowadzony proces diagnozy pozwala wcześnie skierować dziecko na właściwą terapię. Badania obiektywne słuchu powinny być zatem wykonywane, szczególnie w przypadku małych dzieci, przez wysoko wykwalifikowany i doświadczony personel.

Prof. Piotr H. Skarżyński

Współczesne możliwości terapii zaburzeń słuchu

Współczesne możliwości terapii zaburzeń słuchu dotyczą możliwości rekonstrukcji układu przewodzącego ucha, zastąpienia lub wparcia elementów, których funkcjonowanie jest upośledzone. W zakresie rekonstrukcji mamy do czynienia z połączeniem możliwości chirurgicznych wraz z zastosowaniem różnego rodzaju implantów. Implanty słuchowe możemy podzielić na implanty aktywne i pasywne. Implanty aktywne zostały po raz pierwszy zastosowane w Polsce w 1992 r., kiedy prof. Henryk Skarżyński jako pierwszy wszczepił implant ślimakowy. Od tamtej pory dokonał się ogromny rozwój tej dziedziny z udziałem inżynierów, terapeutów oraz specjalistów z innych dziedzin. W 2021 r. nie tylko wszczepienie rozwiniętych technologicznie implantów jest sukcesem. Niezwykle istotna jest właściwa kwalifikacja pacjentów, których oczekiwania są coraz większe. Mamy do czynienia z nowym zjawiskiem – modelowania słuchu za pomocą różnych metod. Wykorzystujemy implanty pasywne (np. z tytanu), implanty aktywne wykorzystujące przewodzenie kostne i powietrzne. Polska jest miejscem premier wielu nowych rozwiązań na skalę światową, a dzięki temu pacjenci mają dostęp do najnowszych technologii. W okresie pandemii spowodowanej wirusem SARS-CoV-2 do praktyki klinicznej wprowadza się coraz więcej rozwiązań z zakresu telemedycyny, które dają możliwość wsparcia i rehabilitacji wielu osób, u których zastosowano już różnego rodzaju implanty.

Prof. Piotr H. Skarżyński przybliżył temat związany ze współczesnymi możliwościami diagnostyki i terapii zaburzeń słuchu. Zwrócił uwagę, że w dużej mierze nowe pomysły są tworzone przez startupy, a wiele z nich powstało w czasie pandemii koronawirusa. Niestety nie wszystkie mogą mieć zastosowanie w praktyce klinicznej, część z nich wymaga większej walidacji, doprecyzowania w kontekście grupy docelowej i kosztów konkretnego rozwiązania. Prof. Piotr H. Skarżyński w swoim wystąpieniu wymienił kolejne etapy, na których stosowane są nowoczesne technologie, tj. profilaktyka, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja. Jak podkreślił, najszybciej rozwija się obszar profilaktyki. Analizując podejście do zdrowia publicznego, pojawiają się rozwiązania ukierunkowane na promocję zdrowia, właściwych postaw i badań profilaktycznych. Jednym z przykładów jest pojawienie się informacji na telefonach komórkowych o zbyt długim słuchaniu przez użytkownika muzyki o wysokim natężeniu, co stanowi pewien element prewencji. Choć obecnie są to niewielkie inicjatywny, to mogą w dłuższej perspektywie mieć wpływ na lepszy stan słuchu i głosu.

Prof. Piotr H. Skarżyński wspomniał o testach elektrofizjologicznych, o możliwości zastosowania – w niedługim czasie – sztucznej inteligencji analizującej przebieg fal, która będzie łatwiejsza w detekcji dla wybranych specjalistów. Opowiedział o systemie diagnostyki słuchowej – Vivosonic Integrity V500 – pozwalającym na przeprowadzenie badania słuchu u dziecka pozostającego w nieznacznym czasie czuwania w ciągu dnia.

Przybliżył temat teleaudiologii, od wielu lat stosowanej w Światowym Centrum Słuchu, gdzie wykorzystuje się model synchroniczny oraz model asynchroniczny. Model synchroniczny to telekonsultacje. W trudnych przypadkach dają one możliwość obejrzenia np. ucha i jego oceny przez innego specjalistę w kraju bądź za granicą oraz podjęcia decyzji o leczeniu operacyjnym. Profesor Piotr H. Skarżyński zaznaczył, iż wcześniejsze przesłanie dokumentacji pacjenta, a także przygotowanie do wspomnianej telekonsultacji samego pacjenta, opiekujących się nim lekarzy i osób odpowiadających za plan leczenia, znacznie ułatwiało przebieg i podniosło wydajność spotkania. Jest to clou rozwoju różnych systemów w dziedzinie teleaudiologii.

Telekonsultacje pozwalają również na analizę stanu implantu ślimakowego, a dokładniej – części zewnętrznej, czyli procesora, który odpowiada za

zbieranie dźwięków i przekazywanie ich do implantu. Bardzo pożądanym kierunkiem, który będzie się rozwijał, jest możliwość zdalnego sprawdzenia stanu i ustawień implantu. Kolejnym elementem modelu synchronicznego jest analiza zajęć z rehabilitacji, jak również ich prowadzenie – rozwiązanie to było stosowane przez terapeutów, zwłaszcza gdy z powodu pandemii możliwość bezpośredniego kontaktu terapeuty z pacjentem została utrudniona. Niestety mimo stosowania najlepszych praktyk wydajność tych elementów nie spełniała zakładanych oczekiwań.

Prof. Piotr H. Skarżyński przestrzegał przed zdalnym programowaniem aparatów słuchowych, gdyż część użytkowników dopasowuje je według własnych upodobań, co nie zawsze jest dobre z perspektywy stymulacji ucha. W ten sposób można uszkodzić słuch i w konsekwencji doprowadzić do konieczności zastosowania leczenia operacyjnego.

Innymi nowoczesnymi rozwiązaniami, wymienionymi przez prof. Piotra H. Skarżyńskiego, które można zastosować u najmniejszych dzieci, są rozwiązania wykorzystujące plaster, eliminujące ryzyko zabiegu operacyjnego. W przypadku niewykształcenia małżowiny usznej lub chorób ucha środkowego, które wymagają terapii zachowawczej, a nie operacyjnej, dziecko stale pozostaje w świecie dźwięku, a lekarz może sprawdzić, czy konieczne jest zastosowanie zabiegu operacyjnego.

Prof. Piotr H. Skarżyński zaprezentował implanty pasywne, protezki z pamięcią kształtu, wspomniał, iż w obrębie implantów ślimakowych, implantów słuchowych rozwój technologii jest nieprawdopodobnie szybki, a wszystkie rozwiązania stosowane na świecie są dostępne również w Światowym Centrum Słuchu. Jedną z metod, którą stosuje się w Centrum, jest Stymulacja Polimodalnej Percepcji Sensorycznej metodą Skarżyńskiego. Jest to nowoczesna, łatwo dostępna forma wsparcia dedykowana pacjentom z zaburzeniami przetwarzania słuchowego współwystępującymi z różnymi grupami zaburzeń. Terapia została nagrodzona podczas targów Japan Design, Idea & Invention Expo 2018.

Jak ocenił prof. Piotr H. Skarżyński, elementem diagnostycznym, który w przyszłości da możliwość samodzielnego diagnozowania w formie przesiewowej i pozwoli specjalistom już na wczesnym etapie zadecydować, w jakim kierunku poprowadzić dalszą diagnostykę i ewentualne leczenie pacjentów z różnymi problemami w obrębie narządów zmysłów, jest Kapsuła Badań Zmysłów.

W związku ze wzrostem kosztów procedur medycznych poprawiających słuch i potrzebą ich wykorzystania do poprawy procesu komunikacji językowej należy dokonać weryfikacji ich wycen w ramach NFZ, aby umożliwić zastosowanie najnowszych technologii w ramach środków publicznych.

Dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS

Nowoczesna diagnostyka zaburzeń głosu i mowy

Tworzenie głosu wymaga współdziałania układów mięśniowego, kostnego i nerwowego. Proces fonacji powstaje dzięki koordynacji pracy krtani, mięśni klatki piersiowej, mięśni brzucha i narządów artykulacyjnych przez ośrodkowy układ nerwowy. Najlepszym wskaźnikiem funkcji wibracyjnej fałdów głosowych jest fala śluzówkowa. Pomiary fali śluzówkowej można wykonywać w sposób bezpośredni i pośredni. Wśród metod bezpośrednich wyróżniamy stroboskopię, wideokimografię (ang. *videokymography*, VKG) i obrazowanie za pomocą szybkiego filmu (ang. *high-speed digital imaging*, HSDI). Do metod pośrednich należą: elektroglottografia (EGG), fotoglottografia (ang. *photoglottography*, PGG) i ultrasonografia (USG). Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się stały wzrost występowania czynnościowych zaburzeń głosu.

Rosnący wskaźnik zaburzeń głosu wiąże się nierozerwalnie z wszechobecnym w dzisiejszym świecie stresem, ze wzrostem oczekiwań zawodowych i społecznych oraz nieumiejętnością budowania emocjonalnych reakcji w odpowiedzi na stres i sytuacje konfliktowe. W związku z tym na etapie diagnostyki zaburzeń głosu i mowy postępowanie powinno mieć charakter kompleksowy, interdyscyplinarny z uwzględnieniem oceny czynnika psychogennego.

Towarzystwa europejskie i światowe rekomendują na poziomie diagnostyki głosu schemat badania określany jako gold standard, w zakres którego poza klasycznym badaniem

przedmiotowym wchodzą: badanie wideostroboskopowe i, coraz częściej, wideokimograficzne, badanie subiektywne głosu z wykorzystaniem wystandaryzowanej skali GRBAS, analiza akustyczna głosu i mowy, badanie aerodynamiczne z określeniem maksymalnego czasu fonacji (MPT) oraz kwestionariusz samooceny głosu (*Voice Handicap Index*, VHI) zawierający skalę funkcjonalną, fizyczną i emocjonalną. Na podstawie aktualnych doniesień piśmiennictwa i doświadczeń klinicznych do oceny stanu funkcjonalnego krtani i czynności tworzenia głosu i mowy obecnie rekomenduje się wykorzystanie protokołu diagnostycznego w oparciu o badanie elektromiograficzne (LEMG), co stanowi nowoczesne podejście w zakresie procedury diagnostycznej, które może wyznaczać nowe kierunki postępowania terapeutycznego w zaburzeniach głosu i mowy.

Dr n. med. Beata Miaśkiewicz

Współczesne możliwości terapii zaburzeń głosu

Na kanwie odkryć w zakresie czynnościowej mikroanatomii fałdów głosowych, rozwoju nowoczesnych metod i urządzeń diagnostycznych pojawiły się nowe oraz rozwinęły już istniejące metody terapii zaburzeń głosu.

Według różnych danych epidemiologicznych występowanie zaburzeń głosu w populacji osób dorosłych waha się od 0,65% do 15%. Rozbieżności wynikają głównie z różnic w definiowaniu zaburzeń głosu i odmiennościach metodycznych. Niemniej odnotowuje się niemały odsetek osób mających różnego rodzaju problemy z głosem. Biorąc pod uwagę fakt, że w procesie komunikacji międzyludzkiej głos odgrywa bardzo dużą i ważną rolę, podobnie jak w relacjach społecznych i zawodowych, to w obliczu rosnącej populacji seniorów zaburzenia głosu będą stanowić coraz większe wyzwanie dla środowiska laryngologów czy foniatrów. Spektrum metod terapeutycznych jest bardzo szerokie i obejmuje działania zachowawcze, jak farmakoterapię, psychoterapię, fizykoterapię, leczenie balneologiczne, a także szeroko pojętą rehabilitację głosu i leczenie chirurgiczne.

Od czasów powstania terminu „fonochirurgia", specjalność ta przeszła prawdziwą rewolucję, która w zasadzie zaczęła się od odkryć Hirano i zrozumienia czynnościowej mikroanatomii fałdów głosowych. Współczesna fonochirurgia rozwija się w kilku kierunkach. Możemy obecnie mówić o chirurgicznej rehabilitacji głosu (gdzie zabieg jest jednym z elementów terapii kanapkowej), obok zachowawczej rehabilitacji głosu; zabiegach modelujących szparę głośni przeprowadzanych w niewydolności fonacyjnej głośni – wśród nich należy wspomnieć i o laryngoplastyce iniekcyjnej, i o chirurgii szkieletu krtani. W ostatnich latach obserwuje się rozwój chirurgii nerwowo-mięśniowej, w tym zabiegów reinerwacyjnych, wykonywanych przy uszkodzeniu ciągłości nerwu krtaniowego wstecznego, a także poszerzenie wskazań do iniekcji toksyny botulinowej. Odnotowuje się również zwiększenie liczby procedur wykonywanych w znieczuleniu miejscowym.

Dr n. med. Grażyna Tacikowska

Nowoczesna diagnostyka zaburzeń równowagi

Diagnostyka zawrotów głowy i zaburzeń równowagi jest szczególnie złożona, ponieważ przyczyny odczuwania tych dolegliwości są wielorakie i mogą mieć źródło w zaburzeniach różnych narządów i układów. Leczenie zawrotów głowy wymaga więc spojrzenia na ten problem w szerokim zakresie. Warunkami wstępnymi są: specyficzna wiedza, doświadczenie kliniczne, współpraca interdyscyplinarna, szkolenia i ciągłe kształcenie. Współpraca interdyscyplinarna jest niezbędna np. w przypadku: zespołów psychogennych zawrotów głowy, w chorobach obejmujących układ mięśniowo-szkieletowy z towarzyszącymi zawrotami głowy, w zaburzeniach chodu lub skłonności do upadków w starszym

wieku czy nawet w diagnostyce różnicowej migreny przedsionkowej. Powstaje zatem pilna potrzeba tworzenia jednostek, które będą zajmowały się tylko tym problemem.

Z drugiej strony nowoczesna diagnostyka powinna być ekonomiczna i nieczasochłonna. Zatem jednym z jej celów jest upraszczanie i budowanie schematów postępowania, które będą najbardziej efektywne, tj. proste, a jednocześnie czułe i specyficzne. Tworzenie reguł diagnostycznych wynika z zebrania doświadczeń właśnie z referencyjnych ośrodków klinicznych, które zajmują się diagnozowaniem zawrotów głowy, jednostek naukowych, w których wykonuje się badania z wykorzystaniem zaawansowanej technologii, ale też z ostrych dyżurów i gabinetów medycyny ogólnej. Skorelowanie tej wiedzy, umożliwiającej wypracowanie efektywnego klucza postępowania, który będzie możliwy do zastosowania przez ogół, można nazwać nowoczesną diagnostyką. Przykładem takiego klucza jest chociażby już stosunkowo powszechnie stosowany w Polsce zestaw prostych testów pod akronimem HINTS, który obejmuje zastosowanie 3 klinicznych badań bez potrzeby użycia urządzeń.

Wiedza na temat struktur odruchu przedsionkowego doprowadziła do opracowania nowych instrumentalnych metod diagnostycznych, które dzięki postępowi technicznemu mogły być szybko wdrożone do praktyki klinicznej. Do tych nowych procedur diagnostycznych należy zaliczyć: kliniczny test impulsów głowy wideo (vHIT), ocenę dynamicznej ostrości wzroku – podczas ruchów głowy – oraz szyjne i oczne przedsionkowe potencjały wywołane (VEMP). Za pomocą tych nowoczesnych metod można zmierzyć funkcję odruchów przedsionkowych uzupełnionych przez konwencjonalną diagnostykę (np. testy kaloryczne, testy rotacyjne) w sposób kompleksowy, obiektywny, specyficzny dla strony, ilościowy, a przede wszystkim specyficzny dla receptorów i odruchów. Funkcja odruchów przedsionkowych nie może być oceniana jedynie w odniesieniu do topografii, ale również w odniesieniu do ich wydolności dla różnych częstotliwości stymulacji (dynamika częstotliwości).

Obok oceny lokalizacyjnej i czynnościowej nowoczesna diagnostyka uwzględnia aspekt funkcjonalny, czyli jak człowiek radzi sobie z uszkodzeniem (jest to istotne z punktu widzenia doboru leczenia i orzecznictwa). Ten sam deficyt z punktu widzenia miejsca i głębokości uszkodzenia może u jednej osoby być niemy w zakresie funkcjonowania w ruchu, u innej natomiast może istotnie utrudniać percepcję ruchu i otoczenia. Oceną funkcjonalną kierujemy się bardzo mocno w leczeniu metodą kinezyterapii. Istotną zaletą nowoczesnych procedur diagnostycznych jest ich obiektywizm.

Dr Katarzyna Pietrasik

Współczesne możliwości terapii zaburzeń równowagi

Aktualne kierunki terapii zaburzeń równowagi obejmują: farmakoterapię, leczenie chirurgiczne, rehabilitację oraz działania profilaktyczne i edukacyjne. W leczeniu farmakologicznym stosuje się kilka grup leków łagodzących objawy. Są to leki przeciwwymiotne, preparaty betahistyny, leki przeciwmigrenowe, leki moczopędne oraz leki przeciwdepresyjne. W ośrodkach wysokospecjalistycznych stosowana jest farmakoterapia miejscowa, czyli transtympanalne podanie leku do ucha środkowego w postaci iniekcji. Podanie sterydów np. Dexavenu, to miejscowe leczenie przeciwzapalne, przeciwobrzękowe stosowane w nasilonych zawrotach głowy w chorobie Ménière'a oraz w pogorszeniu słuchu. Podanie leków ototoksycznych, np. Gentamycyny, stosowane jest w leczeniu destrukcyjnym. Trwają badania nad zastosowaniem transtympanalnym przeciwciał monoklonalnych w chorobach autoimmunologicznych ucha wewnętrznego.

Leczenie chirurgiczne, tam gdzie to możliwe, obejmuje leczenie przyczynowe: przetoki błędnika, perlakowe zapalenie środkowego ucha, guzy nerwu VIII. Istnieje również kilka metod, których celem jest redukcja symptomów, jak np.: drenaż wentylacyjny ucha środkowego (metoda overpressure), operacje wodniaka (drenaż śródchłonki), metody destrukcyjne (labiryntektomia, neurektomia).

Działania profilaktyczne zaburzeń równowagi i nawracających zawrotów głowy obejmują: odpowiednią dietę, podaż płynów, unikanie czynników wywołujących ataki, redukcję poziomu stresu,

odpowiedni poziom aktywności fizycznej oraz kontrolowanie chorób towarzyszących.

Obecnie najintensywniej rozwijającym się kierunkiem pracy z pacjentem z zaburzeniami równowagi jest rehabilitacja. Znajduje ona zastosowanie w niemal każdej jednostce chorobowej dotyczącej układu równowagi. Wskazania obejmują: łagodne położeniowe zawroty głowy, jednostronne oraz obustronne uszkodzenie obwodowego narządu przedsionkowego, przewlekłe choroby błędnika, zawroty psychogenne, zaburzenia równowagi wieku podeszłego, zaburzenia równowagi i zawroty głowy generowane ruchem oraz pacjentów po leczeniu destrukcyjnym. Celem rehabilitacji jest zmniejszenie subiektywnego odczucia zawrotu, poprawa stabilności w chodzie, poprawa stabilności spojrzenia przy ruchach głową, poprawa tolerancji ruchu, minimalizacja ryzyka upadków oraz zmniejszenie lęku przed upadkiem.

Metody rehabilitacji przedsionkowej zależą od etiopatogenezy zaburzenia. W łagodnych położeniowych zawrotach głowy stosowane są manewry repozycyjne oraz od niedawna fotel TRV. Trening habituacyjny znajduje zastosowanie u pacjentów z uszkodzeniem narządu przedsionkowego. Wskazane jest prowadzenie profilaktyki upadków u seniorów, np. w oparciu o trening posturalny z zastosowaniem platformy posturograficznej. Trening optokinetyczny poprawia tolerancję na bodźce wzrokowe.

Postępowanie w zaburzeniach równowagi powinno obejmować działania wielospecjalistyczne. W zespole konsultującym pacjenta powinni się znaleźć: otolaryngolog, audiolog, neurolog, fizjoterapeuta, psychiatra, psycholog. Leczenie powinno być skojarzone. Często niezbędna jest zmiana stylu życia. Szalenie ważne w terapii jest wsparcie rodziny.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 3:16:49

Dług zdrowotny – młodszy brat pandemii

Moderatorzy: Anna Jasińska, dr n. med. Michał Sutkowski

Uczestnicy: dr n. med. Leszek Borkowski, prof. Leszek Czupryniak, ks. Władysław Duda, prof. Janusz Heitzman, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, dr hab. Paweł Kowal, prof. ISP PAN, dr n. med. Janusz Meder, mec. Piotr Mierzejewski, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Krzysztof Tomasiewicz, dr hab. Zbigniew Żuber, prof. KA AFM

Medyczna Racja Stanu (MRS), think tank łączący osoby, środowiska i instytucje zabiegające o właściwą rangę wyzwań zdrowotnych, po raz trzeci ma zaszczyt współtworzenia przekazu Kongresu „Zdrowie Polaków". W tym roku koncentruje swoją uwagę na konsekwencjach czasu pandemii, nie tylko dla pacjentów covidowych. Przedstawiciel Kolegium Lekarzy Rodzinnych, jeden ze współzałożycieli think tanku oraz niestrudzony edukator dr Michał Sutkowski, przypomina, że długów generalnie lepiej nie zaciągać, a tych zdrowotnych – szczególnie, odsetki są bowiem tu najbardziej dolegliwe.

O ocenę, w jakim stopniu dług zdrowotny wpłynie na naszą sytuację, poprosiliśmy ekspertów, z którymi współpracujemy od lat: zakaźników, onkologów, diabetologów, kardiologów, neurologów, psychiatrów, specjalistów w dziedzinie chorób rzadkich, ale też parlamentarzystów, prawników, duchownych i samych pacjentów.

Wszyscy zgodzili się z tezą, że ZDROWIE polskiego społeczeństwa powinno być naszą Racją Stanu.

Gdy pięć lat temu zorganizowana została pierwsza debata „Zdrowie i bezpieczeństwo narodowe", nie wszyscy dostrzegali tak ścisły związek między

tymi wartościami. COVID-19 z „powikłaniami", jakie spowodował w życiu jednostek i w skali globalnej, powinien przekonać nieprzekonanych.

Zjawisko deficytu zdrowia zostało niebezpiecznie wyostrzone przez pandemię, ale zdaniem ekspertów problem narastał na długo przed 2020 rokiem.

Dziś, gdy Polacy przestali się leczyć z powodu niewydolności systemu, ale też obaw przed zakażeniem, musimy być przygotowani na odległe, liczone w latach konsekwencje tego stanu rzeczy.

Przypominając o znaczeniu profilaktyki, wszyscy nasi eksperci apelują o to, abyśmy się szczepili przeciwko COVID-19 i skuteczniej budowali społeczną przychylność dla szczepień w ogóle. Onkolodzy niecierpliwie oczekują bezpłatnych, powszechnych szczepień przeciw HPV dla dziewcząt, ale i dla chłopców. Przypominają też o konieczności wdrożenia badań przesiewowych w kierunku wirusa HCV. Wczesne wychwycenie osób zakażonych pozwala dziś, dzięki dostępowi do leków o wysokiej skuteczności, pozbyć się wirusa z całej populacji, a w ten sposób ochronić każdego roku około 2 tys. Polaków przed zagrożeniem życia, jakim jest rak wątrobowokomórkowy.

Czas pandemii zmniejszył liczbę osób zgłaszających się na badania przesiewowe w kierunku tych typów nowotworów, które każdego roku zbierają największe śmiertelne żniwo. Jeśli pamiętamy, że owa zgłaszalność nigdy nie była satysfakcjonująca, to perspektywa najbliższych lat musi budzić poważny niepokój onkologów. Trzy miesiące opóźnienia w podjęciu interwencji to w przypadku chorób nowotworowych o 10% gorsze rokowania, po 6 miesiącach to już 30%...

Dług zdrowotny jest wielowalutowy. Obok onkologii eksperci MRS widzą populacyjne zagrożenia otyłością będącą bramą do 200 poważnych schorzeń – alarmują diabetolodzy i kardiolodzy. Jest się czego bać, bowiem co drugi Polak przytył w pandemii 6 kg! Nie wszyscy mogą skutecznie sami stawić czoła walce z nadmiarem kilogramów. Dla nich pomocne są analogi GLP-1 – dostępne już na świecie jako wspomagające walkę z otyłością, u nas refundowane dla diabetyków.

Kardiolodzy zwracają uwagę, że za tragiczne statystyki odnośnie śmiertelności Polaków odpowiadają w znacznym stopniu powikłania sercowo-naczyniowe otyłości, ale też jest to efekt stresu, jakim wielu z nas reaguje na trudy globalnego kryzysu. Psychiatrzy i przedstawiciele RPO apelują o uwagę dla dramatycznej sytuacji młodych ludzi z problemami psychicznymi, która wymaga wychodzenia im naprzeciw, osobistego docierania do takich pacjentów, a nie czekania, że sami zapukają do drzwi specjalisty.

Neurolodzy przewidujący wieloletni czas spłaty długu zdrowotnego choćby z powodu ogromnego przyrostu przypadków depresji. Są jednak także dobre informacje – postęp diagnostyki genetycznej i możliwość leczenia SMA powoduje, że już dziś kilkoro dzieci stało się beneficjentami terapii, której podanie w momencie przedobjawowym może całkowicie odmienić ich los.

Od początku istnienia Medycznej Racji Stanu mocno akcentowaliśmy wymóg solidaryzmu społecznego, rozumianego jako wymierna troska o pacjentów z chorobami rzadkimi. Wielkim sukcesem ostatnich miesięcy i dowodem empatii dla najbardziej pokrzywdzonych przez los była 100-procentowa refundacja cewników hydrofilowych dla dzieci z rozszczepem kręgosłupa i 70-procentowa dla dorosłych na wózkach inwalidzkich.

Im mniej cierpienia w chorobie, której wyleczyć jeszcze nie umiemy, tym większy sukces nas wszystkich – podkreślają od lat nasi specjaliści w dziedzinie chorób rzadkich.

Wieloletni dyrektor hospicjum pokazał najbardziej tragiczny wymiar długu zdrowotnego. Otóż przed pandemią czas opieki nad pacjentami hospicyjnymi liczony był w miesiącach, a czasem nawet w latach. Dziś to kilka dni! Zbyt późne diagnozy, brak dostępu do leczenia na czas...

Wszyscy eksperci Medycznej Racji Stanu apelują w trakcie czwartej fali pandemii o bezwzględny prymat Wiedzy nad Przekonaniami w przestrzeni publicznej. To jedyna droga, by długu zdrowotnego nie powiększać, a jak najszybciej zacząć go spłacać.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 7:13:13

Kompleksowa rehabilitacja osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2

Pod patronatem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

Moderatorzy: dr hab. Piotr Majcher, prof. UM w Lublinie, dr hab. Dariusz Białoszewski, prof. WUM

Uczestnicy: dr hab. Anna Piekarska, prof. UM w Łodzi, dr hab. Iwona Sarzyńska-Długosz, prof. Dominika Szalewska, dr n. med. Piotr Tederko

W trakcie sesji poruszane były kwestie epidemiologii, etiologii i zagadnień klinicznych związanych z pandemią SARS-CoV-2. Zagadnienia rozprzestrzeniania się pandemii i jej następstw. Omówione zostały problemy różnorodnej symptomatologii choroby COVID-19.

Kolejnym tematem poruszanym w tej sesji była kompleksowa rehabilitacja następstw choroby COVID-19. Szczególnie zwrócono uwagę na problemy kompleksowej rehabilitacji pacjentów z pozapłucnymi następstwami choroby COVID-19. Omówione zostały również kwestie rehabilitacji pacjentów z objawami ze strony układu nerwowego, układu krążenia oraz z zaburzeniami poznawczymi. Poruszone zostały zagadnienia lęku i depresji, a także kwestia tzw. mgły pocovidowej w aspekcie procesu rehabilitacji kompleksowej w warunkach stacjonarnych.

Kolejnym zagadnieniem przedstawionym podczas sesji była możliwość kontynuacji rehabilitacji hybrydowej u pacjentów po przebytej chorobie COVID-19, a także możliwość wykorzystania telerehabilitacji u tych pacjentów oraz ozdrowieńców, którzy nie wymagają rehabilitacji stacjonarnej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:37:23

Syndemia: problemy w diagnostyce i leczeniu chorób innych niż COVID-19

Moderator: prof. Michał Myśliwiec

Uczestnicy: prof. Robert Flisiak, prof. Piotr Myśliwiec, prof. Marek Wojtukiewicz

Prof. Michał Myśliwiec

Wprowadzenie

Termin „syndemia" został wprowadzony w 2017 r. przez Merrilla Singera, profesora antropologii i zdrowia publicznego na Uniwersytecie Connecticut w USA. Oznacza naruszenie synergii bio-socjalnego kompleksu dotyczącego zdrowia, szczególnie w odniesieniu do ludzi starszych i upośledzonych socjalnie i ekonomicznie, obejmującego także zabezpieczenie opieki nad pacjentami z innymi chorobami, zwłaszcza nowotworowymi, psychicznymi i częstymi przewlekłymi. Richard Horton, redaktor naczelny „Lancetu", przywołał ten termin w artykule zatytułowanym „COVID-19 nie jest pandemią".

Twierdzi w nim, że zbyt wąskie traktowanie tej choroby jest niewłaściwe, więc należy nazwać ją syndemią. Przemawiają za tym zaburzenia we wszystkich dziedzinach medycyny, np. transplantacje nerek i wątroby zmniejszyły się o ok. 1/5, a przeszczepienia trzustki w 2020 r. były zaledwie pojedyncze.

Pandemia zawęziła pole widzenia do jednej choroby, czyli COVID-19. Skutki tego redukcjonistycznego widzenia były następujące:

- utrudniony dostęp do lekarzy: oddelegowani, chorzy, na kwarantannie itp.,
- teleporady niezabezpieczające chorych, m.in. onkologicznych,
- obawa przed zakażeniem spowodowała opóźnienie diagnostyki i leczenia,
- brak zabezpieczenia chorych bezdomnych, samotnych, ubogich oraz z chorobami psychicznymi.

Szerszymi skutkami pandemii były:

- długotrwały globalny kryzys w ekonomii, edukacji i kulturze,
- ograniczenia wykonywania pracy, przemieszczania się i kontaktów,
- poczucie niepewności, obniżenie nastroju i depresja, zalew teorii spiskowych, negowanie pandemii, ruchy antyszczepionkowe i nasilenie wiary w nonsensowne informacje,
- izolacja zwiększyła poczucie samotności i alienacji, szczególnie u seniorów.

Słowo „apokalypsis" oznacza nie tylko coś przerażającego, ale po grecku znaczy „objawienie", więc kryzys może być okazją do ruchów pozytywnych, takich jak:

- porzucenie teorii konspiracyjnych,
- rozpoznawanie „fejk niusów" i ich odrzucanie,
- odnowienie zaufania do nauki i autorytetów,
- przywrócenie wiary w solidarność i wspólne wartości.

Sekretarz generalny ONZ Antonio Guterres powiedział: „Until everyone is safe – nobody is safe" (tłum. „Dopóki wszyscy nie będą bezpieczni, nikt nie jest bezpieczny").

Optymizmem można się zarazić, czytając książkę Hansa Roslinga, dokończoną po jego śmierci przez syna i synową, noszącą tytuł „Factfulness". Dlaczego świat jest lepszy, niż myślimy, czyli jak stereotypy zastąpić realną wiedzą. Bill Gates uważa tę książkę za jedną z najważniejszych, jakie przeczytał, i traktuje ją za niezbędny przewodnik podpowiadający, jak myśleć w rzeczowy sposób o świecie.

Prof. Robert Flisiak

Wpływ COVID-19 na postępowanie dotyczące pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV)

Jest to choroba dotykająca wg Central European Hepatopathologic Collaboration ok. 150 tys. Polaków, z czego niezdiagnozowanych jest 99%. U większości przebiega podstępnie i prowadzi do marskości wątroby i raka wątrobowo-komórkowego. Od 2015 r. w Polsce dostępne są terapie bezinterferonowe HCV, dobrane według genotypu wirusa, bardzo dobrze tolerowane i skuteczne, bo doprowadzające do wyleczenia u 97–98% przypadków. Stały się one dostępne w Polsce w ciągu 3 miesięcy od ich zarejestrowania w Unii Europejskiej. W 2017 r. leczonych było w Polsce prawie 12 tys. chorych, ale w 2020 r. było ich zaledwie 3500. Początkowo większość leczonych stanowili ludzie starsi, od kilku lat średni wiek objętych leczeniem wynosi ok. 40 lat. Oznacza to możliwość przywrócenia do pracy ludzi, którzy tracili wiele lat życia z powodu HCV. Celem postawionym przez WHO było pozbycie się HCV do 2030 r. Podstawą osiągnięcia tego celu były powszechne badania przesiewowe w kierunku HCV, co umożliwiłoby leczenie prawie wszystkich potrzebujących. Niestety zahamowanie terapii HCV z powodu pandemii COVID-19 nie rokuje osiągnięcia tego celu. Za główne przyczyny uważa się:

- ograniczenie dostępu do służby zdrowia w czasie pandemii COVID-19,
- ograniczenie dostępu do leków przeciw HCV,
- wstrzymanie programów badań przesiewowych,
- wstrzymanie wydatków NFZ na leczenie HCV,

- niedostępność personelu (zaangażowanego w opiekę nad chorymi z COVID-19).

Na zakończenie prof. Flisiak zwrócił uwagę na narastający w Polsce problem antybiotykoodporności.

Prof. Piotr Myśliwiec

Problemy w chirurgii podczas pandemii

Pandemia COVID-19 postawiła chirurgów w trudnej sytuacji. W dobie medycyny opartej na faktach nie dysponowaliśmy jasnymi wytycznymi na temat leczenia chirurgicznego. Dominowały publikacje niskiej jakości, oparte głównie na seriach przypadków i opiniach ekspertów. Doprowadziło to do wprowadzenia rekomendacji ograniczających zastosowanie laparoskopii w chirurgii. Jednak niezaprzeczalne korzyści płynące z laparoskopii, np. pięciokrotna poprawa przeżycia po cholecystektomii laparoskopowej w ostrym zapaleniu pęcherzyka żółciowego, wpłynęła na przywrócenie laparoskopii. Także pacjenci z COVID-19 mogą być operowani laparoskopowo, z wyjątkiem tych z ciężkim śródmiąższowym zapaleniem płuc. Laparoskopia wymaga usuwania dymu z pola operacyjnego – jest to nawet łatwiejsze podczas operacji laparoskopowych niż klasycznych. Wiele krajów wprowadziło możliwość konsultacji online, cieszących się poparciem pacjentów – jest to jedyny sposób rozmowy bez maski. Jeżeli pacjent w momencie operacji jest w fazie inkubacji COVID-19, ryzyko zgonu wzrasta nawet do 20%. Należy zatem unikać koincydencji tych dwóch sytuacji i informować pacjentów, korzystając z gotowych formularzy. Ubiór chirurga podczas operacji pacjenta zakażonego lub o niepewnym statusie powinien zabezpieczać go, ale jednocześnie być wysokiej jakości, przepuszczalny, aby nie ograniczać możliwości chirurga. W operacjach ostrodyżurowych zaleca się rozważenie leczenia nieoperacyjnego, np. antybiotykoterapii w początkowej fazie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. W odniesieniu do pacjentów onkologicznych zaleca się indywidualizację podejścia w zakresie rozważenia przedłużonej chemioterapii celem odroczenia operacji przy niewystarczającej dyspozycyjności personelu. Pacjenci otyli, którzy mają powikłania metaboliczne, ciężkie ograniczenie aktywności, w oczekiwaniu na przeszczep powinni być w pierwszej kolejności operowani bariatrycznie. W 2020 r. liczba operacji zmniejszyła się prawie o 20%. Wstrzymanie finansowania badań i wdrożeń nowoczesnego sprzętu zahamowało rozwój technologiczny w chirurgii i wielu innych dziedzinach medycyny.

Prof. Marek Wojtukiewicz

Problemy dotyczące onkologii

W 2020 r., w stosunku do roku 2019, zostały ograniczone: badania przesiewowe, leczenie chirurgiczne, rehabilitacja oraz diagnostyka, szczególnie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Z badań przesiewowych najbardziej zmniejszyła się liczba mammografii, cytologii i kolonoskopii. Znacznie zmniejszyła się też liczba chemioterapii, a radioterapia zmniejszyła się o ok. 10%, zmalała również, choć niewiele, liczba chorych leczonych systemowo. Liczba leczonych w programach onkologicznych NFZ istotnie wzrosła, co było skutkiem oficjalnego oszczędzania na onkologii w przebiegu pandemii. Znacznie zmniejszyła się liczba wydawanych kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego (DiLO), zarówno w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), jak i AOS oraz lecznictwie szpitalnym. Szczególnie dotyczy to raka płuca, w którym liczba kart DiLO zmniejszyła się o 27%. Znacząco zmniejszyła się również liczba chorych onkologicznych poddanych rehabilitacji (od 13–54% w poszczególnych województwach). W województwie podlaskim liczba rehabilitacji zmniejszyła się o 20%. Smuci znaczne zmniejszenie prawdopodobieństwa przeżycia chorych onkologicznych pomimo dobrze opracowanego stanowiska Polskiego Towarzystwa Onkologii

Klinicznej, oszczędzania oddziałów onkologicznych i nieangażowania onkologów w leczenie COVID-19 oraz testowania każdego chorego przyjmowanego do ośrodków onkologicznych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 6:22:03

COVID-19, nowotwory, otyłość – pandemie współczesnego świata z perspektywy chirurgii

Moderator: prof. Mariusz Frączek

Uczestnicy: prof. Paweł Bogdański, dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, prof. Bolesław Samoliński, prof. Rafał Stec, dr hab. Mariusz Wyleżoł, prof. Wojciech Zegarski

Dnia 31 grudnia 2019 r. instytucje służby zdrowia w Wuhan w Hubei (Chiny) poinformowały o grupie przypadków wirusowego zapalenia płuc o nieznanej przyczynie. Nie sądzę, aby ktokolwiek z nas wyobrażał sobie w tamtym momencie skalę zakłóceń społeczno-ekonomicznych w wymiarze ogólnoświatowym wywołanych przez koronawirusa SARS-CoV-2. To się jednak stało. COVID-19 zmienił życie każdego z nas.

Raporty epidemiologiczne początkowo skupiały się wyłącznie wokół nowych zachorowań i zgonów. Dla nas, lekarzy różnych specjalności, pandemia stała się nie tylko testem nowej, szybko zdobywanej wiedzy, ale i olbrzymim wyzwaniem organizacyjnym. W ochronie zdrowia pojawiło się wiele zaleceń konsultantów, towarzystw naukowych (nie zawsze spójnych), a także organizatorów opieki zdrowotnej mających na celu minimalizację transmisji wirusa.

W tej sytuacji opracowanie i wyprodukowanie szczepionki na masową skalę stało się oczywistą koniecznością. Do tej pory, aby uzyskać odporność, należało podać preparat imitujący naturalną infekcję. Były to drobnoustroje żywe atenuowane, inaktywowane lub antygeny powierzchniowe drobnoustrojów uzyskane metodami inżynierii genetycznej. Teraz wymyślono coś innego. Do organizmu wprowadza się gotowy „przepis" mRNA – matrycę, na podstawie której są syntetyzowane białka kolca wirusa. Cząsteczki mRNA zamknięte są w nanocząsteczkach lipidowych. Po syntezie (translacji) białek mRNA zostaje zniszczone, ponieważ celowo zawiera mutację niepozwalającą na jego replikację. Wyprodukowane białka wydostają się z komórek mięśniowych i są identyfikowane przez komórki układu odpornościowego jako obce białko, co wyzwala odpowiedź komórkową i humoralną. Na tym etapie wielu z nas odetchnęło z ulgą. Nikt nie zdawał sobie sprawy, że mogą istnieć liczne grupy malkontentów, sięgające 50% populacji, dla których wątpliwości i półprawdy dotyczące szczepionki przeważą nad korzyściami płynącymi ze szczepienia.

Obserwując przebieg kolejnych fal pandemii, szybko zauważono rzecz oczywistą – w cieniu koronawirusa SARS-CoV-2 kryje się duża liczba zgonów tzw. ponadwymiarowych. Hamując transmisję wirusa, ograniczyliśmy niejako z automatu dostępność innych procedur medycznych.

Przedstawiony w trakcie 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" materiał ma na celu wskazanie ograniczeń w opiece zdrowotnej, z jakimi przyszło się nam mierzyć w dobie pandemii, i potrzeb zdrowotnych społeczeństwa w zakresie chorób nowotworowych i choroby otyłościowej spotęgowanych przez obecną sytuację epidemiologiczną.

Znaleźliśmy się w nowej rzeczywistości. Należy się jej przyjrzeć i wyznaczyć nowy paradygmat umożliwiający funkcjonowanie systemu opieki

zdrowotnej, uwzględniając wielce prawdopodobne kolejne fale pandemii.

Niezwykle niepokojący jest fakt, że w Polsce zanotowano ponad 14-procentową nadwyżkę standaryzowanego względem wieku współczynnika zgonów w 2020 r. w porównaniu z oczekiwanym na podstawie umieralności w okresie 2015–2019. Jedynie ¼ zgonów w tym okresie dała się przypisać wyłącznie zakażeniom SARS-CoV-2.

Telemedycyna, stanowiąca istotną protezę porad medycznych w początkowym okresie pandemii, nie sprawdziła się głównie w stosunku do chorych na nowotwory. Świadomość zagrożenia chorobą otyłościową była niewystarczająca przed okresem pandemii. Trudno zatem spodziewać się, aby okres zagrożenia zachorowaniem na COVID-19 był okresem zwiększonego zainteresowania lekarzy pierwszego kontaktu tą jednostką chorobową.

Trudności organizacyjne w opiece zdrowotnej w dobie pandemii miały miejsce już u podstaw piramidy organizacyjnej – lekarzy podstawowej opieki medycznej. Udzielili oni o 11,5 mln porad mniej niż w 2019 (na łączną liczbę 42 mln porad). Nie obejrzano ani nie zbadano wielu chorych, uniemożliwiając tym samym wdrożenie dalszej pogłębionej diagnostyki. W tym kontekście nie dziwią przedstawione w trakcie Kongresu dane o wyraźnym wzroście w czasie pandemii liczby osób, u których rozpoznano nowotwór w późnym stadium. Opóźnienie w rozpoznaniu to oczywiście efekt wielu czynników organizacyjnych i ludzkich (ograniczona aktywność lekarzy pierwszego kontaktu, przekształcenie znacznej część oddziałów diagnostycznych w oddziały covidowe, przesunięcie kadr medycznych do leczenia COVID-19, aktywne zakażenie na oddziałach skutkujące ich zamknięciem, ograniczona aktywność samych chorych związana z lękiem przed zakażeniem SARS-CoV-2). Wynikiem powyższych ograniczeń był zanotowany w 2020 roku istotny spadek liczby pierwszorazowych kontaktów z chorymi na raka okrężnicy i raka odbytnicy w porównaniu z rokiem 2019 (co jednoznacznie korelowało ze wzrostem przypadków zakażeń COVID-19). Porównując liczbę operacji resekcyjnych wykonanych w przypadku raka okrężnicy, odnotowaliśmy spadek w porównaniu do 2019 roku (3881 operacji vs. 4423), a u chorych z rakiem odbytnicy – 1606 vs. 1949. Jednocześnie wzrosła liczba operacji paliatywnych. Tego typu tendencje dotyczą wszystkich lokalizacji nowotworów. Mając na uwadze fakt, że spadek wartości świadczeń realizowanych w szpitalach onkologicznych był znacznie mniejszy niż w szpitalach o innym profilu (ogólnospecjalistyczne, pediatryczne, pulmunologiczne itp.), nie dziwi, że inne profile w ochronie zdrowia, mniej spektakularne niż dotyczące chorych na nowotwory, ucierpiały jeszcze bardziej.

W dobie pandemii COVID-19 prowadzonych jest wiele badań dotyczących również chorych na otyłość. Ich wyniki wskazują na istotny wzrost masy ciała wśród całych populacji ludzkich od czasu pandemii COVID-19. Jak wskazują badania, jest to związane: z wprowadzanymi ograniczeniami w przemieszczaniu się, przeniesieniem obowiązków zawodowych do przestrzeni wirtualnej (praca zdalna), powszechnie narastającym lękiem i depresją, ograniczonym dostępem do opieki zdrowotnej w sytuacjach jej „paraliżu" organizacyjnego, skutkującym niemożnością w wielu przypadkach leczenia choroby otyłościowej i jej powikłań. Niezwykle ważnym elementem ujawnionym w okresie pandemii był fakt wzrostu ryzyka zakażenia, ciężkiego przebiegu i zgonu w wyniku zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, wśród chorych na otyłość. Powyższe związki są szczególnie niebezpieczne, gdyż pandemia COVID-19 przybrała charakter zjawiska przewlekłego, a pozostawienie chorych na otyłość bez pomocy medycznej będzie skutkowało narastaniem powyższych, negatywnych zjawisk.

Rozwój pandemii zbiegł się w czasie z postępami w leczeniu farmakologicznym choroby otyłościowej i wdrożeniem w ostatnim okresie nowych leków, które wykazują wysoki potencjał terapeutyczny.

Okazało się także, że wykonywanie operacji bariatrycznych w leczeniu chorych z najbardziej zaawansowanymi postaciami choroby otyłościowej jest bezpieczne w dobie pandemii, przy zachowaniu odpowiednich rygorów epidemiologicznych. Wykazano także, że chorzy poddani we wcześniejszym okresie operacji bariatrycznej wykazują mniejsze ryzyko ciężkiego przebiegu i zgonu w przebiegu choroby COVID-19.

W związku z powyższymi negatywnymi związkami pomiędzy pandemią COVID-19 a chorobą otyłościową zainteresowanie leczeniem otyłości

zwiększyło się. Wzrost zainteresowania dotyczy samych chorych, jak i towarzystw naukowych i to nie tylko tych związanych bezpośrednio z otyłością (powołanie Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości), ale także z innymi chorobami – powikłaniami otyłości.

W naszym kraju wzrost powyższych zainteresowań zbiegł się także w czasie z wprowadzeniem pilotażowego programu KOS-BAR, tzn. chirurgicznego leczenia chorych na otyłość olbrzymią, nad którym prace rozpoczęto jeszcze przed pandemią. Wprowadzone rozwiązanie jest całkowicie nowatorskim podejściem w naszym kraju opartym na postępowaniu kompleksowym i finansowane w oparciu o uzyskiwane wyniki.

Proponowane rekomendacje i postulaty

Podstawowym celem funkcjonowania systemu ochrony zdrowia jest poprawa zdrowia pacjenta i w konsekwencji jego powrót do zdrowia. Poszukiwanie rozwiązań zmierza do zbudowania strategii umożliwiającej osiąganie lepszych wyników przy jednoczesnej optymalizacji kosztów. Zasadą nowoczesnego zarządzania jest takie rozplanowanie wydatków, aby ograniczone zasoby przeznaczone na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dawały lepszy efekt zdrowotny. Możliwości finansowe połączone z właściwą alokacją zasobów są zatem niezbędnym elementem reformy systemu ochrony zdrowia, ale nie mniej ważnym pozostają zmiany organizacyjne i mentalne. System ochrony zdrowia w obecnym kształcie pochłonie każde pieniądze, przynosząc nieproporcjonalnie niską poprawę efektywności. Wydaje się, że w okresie przejściowym zmiany powinny objąć jedynie wybrane działy medycyny w kontekście opieki wielospecjalistycznej. W taki scenariusz wpisuje się system opieki nad chorymi onkologicznymi, którzy bez wczesnego rozpoznania zostaną pozbawieni szans na skuteczne leczenie. W taki scenariusz wpisuje się także stworzenie kompleksowego systemu opieki nad chorymi na otyłość, która to choroba jest przyczyną licznych powikłań, takich jak cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, a także nowotwory złośliwe. Wydaje się zatem celowym reforma płatności za świadczenia zdrowotne zamieniając fee for servis na zintegrowany system opieki pozwalający na finansowanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z otrzymanym efektem zdrowotnym (VBHC).

Pandemia jest najbardziej widocznym czynnikiem destabilizującym system ochrony zdrowia, nie jest to jednak jedyny element. Należy zwrócić uwagę na zmniejszającą się i już niedostateczną liczbę lekarzy i pielęgniarek. Olbrzymie braki kadrowe dotyczą zwłaszcza dyscyplin zabiegowych. Bez zwiększenia atrakcyjności tych specjalizacji nie wzrośnie potencjał kadr medycznych, co zniweczy każdy system.

Kolejnym problemem jest postępujący proces starzenia się populacji polskiej i europejskiej generujący potrzebę stworzenia szerokiego systemu opieki geriatrycznej.

W ramach rozwiązań doraźnych proponujemy następujące zmiany:

1. Rozdział systemu opieki zdrowia na covidowy i niecovidowy.
2. Jak najszybsze przywrócenie normalnego funkcjonowania POZ i AOS.
3. Przywrócenie normalnego funkcjonowania szpitali na potrzeby chorych niezakażonych.
4. Ograniczenie teleopieki, stosując wskazania i przeciwwskazania do teleporad.
5. Konieczne jest także podjęcie działań edukacyjnych w społeczeństwie z jednej strony przeciwdziałających dyskryminacji i stygmatyzacji chorych na otyłość, z drugiej zaś sprzyjających budowaniu świadomości społecznej w zakresie czynników ryzyka choroby otyłościowej i roli pacjenta w ich skutecznym ograniczaniu.

Opracowanie:
prof. Mariusz Frączek, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka,
prof. Paweł Bogdański, prof. Bolesław Samoliński,
prof. Wojciech Zegarski, dr hab. Rafał Stec,
dr hab. Mariusz Wyleżoł

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 7:52:26

Potrzeba zmian w kształceniu kadr specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii

Moderator: prof. Krzysztof Czajkowski

Uczestnicy: dr n. med. Tomasz Maciejewski, prof. Przemysław Oszukowski, prof. Tomasz Rechberger, prof. Piotr Sieroszewski, prof. Mariusz Zimmer

Pojawianie się nowych możliwości diagnostyki i leczenia w położnictwie i ginekologii oraz zmiana oczekiwań pacjentek powoduje konieczność szkolenia kadr zgodnie z tymi oczekiwaniami. Głównym kierunkiem zmian jest konieczność położenia nacisku na skrócenie pobytu szpitalnego przez zastosowanie nowych procedur chirurgii ginekologicznej endoskopowej: laparoskopii i histeroskopii. Prof. Mariusz Zimmer przedstawił możliwości leczenia endoskopowego oraz oszczędności finansowe dla systemu ochrony zdrowia. Warunkiem jest odpowiednie kształcenie specjalistów oraz odpowiednie nakłady środków na nowoczesne wyposażenie oddziałów.

Prof. Krzysztof Czajkowski zaprezentował projekt nowego programu specjalizacyjnego w położnictwie i ginekologii. Położenie nacisku na praktyczne opanowanie procedur z maksymalnym wykorzystaniem trenażerów. Podkreślił rolę samokształcenia specjalizantów oraz znaczenie kursów doskonalących. Prof. Tomasz Rechberger zaprezentował kryteria przyznawania miejsc akredytacyjnych (maksymalnej liczby specjalizujących się w danym oddziale położniczo-ginekologicznym). Liczba ta będzie zależeć od liczby leczonych pacjentek i liczby wykonywanych procedur znajdujących się w programie specjalizacji. Dr Tomasz Maciejewski przedstawił możliwości przyjmowania specjalizantów na kursy doskonalące. Prof. Piotr Sieroszewski omówił zasady nadzoru na kształceniem specjalizantów rekomendowane przez Unię Europejską. Uczestnicy panelu podkreślali wielką rolę nadzoru nad procesem kształcenia oraz rolę kierowników specjalizacji jako mistrzów, a nie urzędników.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 4:38:16

Neonatologia – nowe możliwości i wyzwania

Moderator: prof. Ewa Helwich

Uczestnicy: Elżbieta Brzozowska, dr hab. Ewa Gulczyńska, prof. ICZMP, prof. Ryszard Lauterbach, dr hab. Tomasz Szczapa, prof. UM w Poznaniu, dr hab. Maria Wilińska, prof. CMKP

Prof. Ewa Helwich

Neonatologia – nowe możliwości i wyzwania

Opiekę nad matką i noworodkiem trzeba stale doskonalić. Zaczynaliśmy od bardzo wysokiej umieralności niemowląt – w latach 50. ubiegłego wieku, parę lat po zakończeniu wojny, w Polsce umierało co 10. dziecko w pierwszym roku życia. Ten wskaźnik sukcesywnie poprawiał się w następnych latach, ale jeszcze w latach 90. umieralność niemowląt kształtowała się na poziomie 19,4 na 1000 dzieci

i była dwukrotnie wyższa niż w krajach „starej" Unii Europejskiej. Celem podniesienia jakości opieki okołoporodowej przeprowadzono w Polsce podział kompetencji między szpitalami na trzy poziomy opieki perinatalnej. Autorami tej koncepcji byli profesorowie J. Gadzinowski i G. Bręborowicz. Efektem programu i ogromnej pracy położników i neonatologów było obniżenie wskaźnika umieralności niemowląt do poziomu UE.

Poza organizacją systemu referencyjnego opieki okołoporodowej należy zauważyć inne kamienie milowe, które przyczyniły się do tego, co dziś nazwać możemy sukcesem opieki perinatalnej. Są to między innymi: rozwój diagnostyki prenatalnej, wprowadzenie testu pulsoksymetrycznego ułatwiającego wczesne wykrywanie poważnych wad serca i badań przesiewowych wrodzonych wad metabolicznych, które są wykonywane na każdym oddziale noworodkowym i u każdego noworodka. Z dużą determinacją działamy w kierunku skutecznego ograniczania zakażeń, które szczególnie zagrażają noworodkom, a zwłaszcza tym urodzonym przedwcześnie. Ogromną wagę przykładamy do regularnej publikacji standardów postępowania medycznego wobec noworodków i szkolenia naszych młodszych kolegów.

W neonatologii nadal są jednak obszary i kwestie wymagające poprawy. Ogromnie brakuje nam rejestru problemów perinatalnych noworodków urodzonych przedwcześnie (między 23. a 32. tygodniem ciąży) oraz noworodków z okołoporodową encefalopatią niedokrwienno-niedotlenieniową. Od dłuższego czasu zabiegamy o wprowadzenie kompleksowej opieki rozwojowej nad dzieckiem urodzonym przedwcześnie. Program takiego świadczenia w Polsce dotyczyłby corocznie populacji ok. 4 tys. dzieci z bardzo małą masą urodzeniową i miałby na celu monitorowanie ich rozwoju do końca 3. roku życia. Dałoby to szansę na uniknięcie lub zminimalizowanie deficytów rozwoju ruchowego, emocjonalnego, poznawczego i innych problemów rozwojowych.

Dr hab. Tomasz Szczapa, prof. UM w Poznaniu

Leczenie niewydolności oddechowej noworodka

Leczenie niewydolności oddechowej pozostaje jednym z głównych wyzwań w intensywnej terapii noworodka. W wystąpieniu przedstawiono podstawowe informacje dotyczące etiopatogenezy i patofizjologii tego problemu klinicznego. Omówiono także cele terapii i sposoby zapobiegania powikłaniom związanym z prowadzeniem wentylacji. Szczególną uwagę poświęcono tzw. nieinwazyjnym metodom wspomagania oddychania (nCPAP, terapia wysokoprzepływowa – HFNC), ich implementacji w Polsce oraz roli Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego i organizacji pozarządowych w zakresie popularyzacji tych metod.

Dr hab. Maria Wilińska, prof. CMKP

Laktacja i karmienie naturalne w Polsce

W Polsce istnieje zbyt łatwa dostępność do substytutów mleka kobiecego przy jednocześnie silnym wielopłaszczyznowym i wielokierunkowym lobbingu żywienia i żywności sztucznej dla niemowląt.

W organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce nie realizuje się polityki karmienia piersią. Przy deklarowanej przychylności do karmienia piersią, w systemie edukacyjnym lekarzy, pielęgniarek i położnych brakuje obligatoryjnych profesjonalnych szkoleń w zakresie laktacji (wyjątek: neonatologia). W szpitalach brakuje narzędzi do realizacji polityki laktacyjnej (skrócone hospitalizacje matek, brak sprzętu laktacyjnego, pokoi laktacyjnych, pokoi hotelowych dla matek itp.). Ponadto nie ma bieżącego nadzoru nad wdrażaniem Standardu Opieki Okołoporodowej oraz kontroli realizacji standardów towarzystw naukowych, standardów WHO, Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece). System nie promuje także jednostek opieki zdrowotnej, które wdrażają zasady optymalnej laktacji, angażując w ten proces większą liczbę

personelu, inwestując środki finansowe w podnoszenie jego wiedzy i umiejętności.

Mleko matki, ze względu na swój skład, właściwości i korzyści zdrowotne dla dziecka i matki oraz z uwagi na ochronę środowiska, jest pierwszym wyborem pokarmu dla dziecka. Karmienie piersią nie ma prostej alternatywy. Podaż mieszanki na bazie mleka krowiego oznacza podaż substancji obcogatunkowej. Proces technologiczny wytwarzania mieszanek sztucznych wiąże się z emisją gazów cieplarnianych. W skali globalnej istotnie przyczynia się do ich emisji. Karmienie sztuczne to początek wielu problemów zdrowotnych społeczeństwa, które oprócz tragedii osobistych i rodzinnych pochłaniają olbrzymie publiczne środki finansowe. Za mieszankami sztucznymi stoi jednak potężne lobby producentów mleka sztucznego. Firmy te pozwalają sobie na używanie określeń „mleko upodobnione do mleka kobiecego", „składniki takie jak w mleku matki", „mleko humanizowane". Są to określenia z gruntu fałszywe, wprowadzające rodziców w błąd i łamiące zapisy Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece.

W Polsce istnieje olbrzymia nierówność w finansowaniu procesów sprzyjających karmieniu naturalnemu i reklamy karmienia sztucznego. Mimo że za karmieniem piersią i popularyzacją karmienia naturalnego stoi rzetelna wiedza i rekomendacje naukowe, to wyraźnie brakuje jej państwowego wsparcia instytucjonalnego. Laktacja wymaga tego wsparcia nie tylko w formie zarządzenia, lecz przede wszystkim zapewnienia warunków do jego realizacji (szkolenia, sprzęt) oraz bieżącego nadzoru nad jego realizacją.

Dlatego konieczne jest:

1. Powołanie w Polsce centralnie finansowanego ośrodka kreującego politykę karmienia piersią. Jego zadania to:
   - bieżąca kontrola realizacji obowiązującego Standardu Opieki Okołoporodowej, Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów Zastępujących Mleko Kobiece, Programu Wczesnej Stymulacji Laktacji i innych odnośnych dokumentów,
   - monitorowanie i analiza karmienia noworodków i niemowląt w Polsce.
2. Określenie standardu edukacji laktacyjnej personelu i wdrożenie go do programów specjalizacji co najmniej w takich specjalnościach jak: położnictwo, perinatologia, neonatologia, medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne.
3. Określenie standardu wyposażenia szpitali w zakresie laktacji.
4. Działania marketingowe promujące karmienie naturalne.
5. Finansowanie centralne:
   - edukacji personelu,
   - wyposażenia szpitali,
   - działań organizacyjnych służących matkom karmiącym.

Elżbieta Brzozowska

Zero separacji – odpowiedź na trudną sytuację rodziców wcześniaków w pandemii

Fundacja zajmuje się wsparciem oraz edukacją rodziców wcześniaków, współpracujemy ze środowiskiem neonatologów, a także specjalistami, którzy wspierają rozwój wcześniaków oraz rodziców w pokonaniu traumy, jaką jest poród przedwczesny. Sytuacja rodziców wcześniaków w okresie pandemii była szczególnie trudna z powodu separacji rodziców i ich przedwcześnie narodzonych dzieci. Dlatego nasza fundacja włączyła się do międzynarodowej kampanii ZERO SEPARACJI, zainicjowanej przez Europejską Fundację na rzecz Opieki nad Wcześniakami. Jesteśmy dumni z tego, że Ministerstwo Zdrowia bardzo szybko przychyliło się do naszej prośby o włączenie rodziców wcześniaków do grupy 0, która miała priorytet w dostępie do szczepień przeciw COVID-19, dzięki czemu mogli być obecni przy swoich dzieciach. Niestety, z niepokojem obserwujemy działania mające na celu zniechęcenie społeczeństwa do szczepień. Szczepienia to dobrodziejstwo ludzkości, dzięki nim udało się pokonać szereg chorób zakaźnych oraz obniżyć śmiertelność z ich powodu. Dlatego apelujemy o to, by korzystać z ochrony przed wirusami SARS-CoV-2, grypy i innymi patogenami, np. wywołującymi krztusiec. Szczepienie działa jak ubezpieczenie. Warto zabezpieczyć swoje zdrowie, by nie chorować i nie być zagrożeniem dla innych. Apelujemy też do rodziców, by nie przychodzili na oddział szpitalny

z jakimikolwiek objawami infekcji. Zwykły katar może być śmiertelnym zagrożeniem dla małych pacjentów, dla innych rodziców i personelu medycznego. Problem separacji rodziców i dzieci prowadził do powstawania u rodziców zespołu stresu pourazowego, co wymaga długoczasowej terapii. Wierzę, że nigdy więcej nie dojdzie do zamknięcia oddziałów przed rodzicami najmniejszych z najmłodszych. W takich sytuacjach nasza fundacja podejmuje interwencje, oferujemy też rodzicom możliwość korzystania z bezpłatnych wideowizyt u specjalistów w ramach akcji „Zapytaj o wcześniaka", a na naszej stronie www.koalicjadlawczesniaka.pl udostępniamy szereg materiałów edukacyjnych dla rodziców wcześniaków. Wspólnie z innymi organizacjami działającymi na rzecz wcześniaków stworzyliśmy Ogólnopolskie Porozumienie Razem dla Wcześniaków, by w sprawach ważnych mówić jednym głosem.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 5:59:58

INNOWACJE

Praktyczne wykorzystanie telemedycyny w Polsce XXI wieku

Moderator: prof. Wojciech Fendler

Uczestnicy: Szymon Grabia, płk dr hab. Paweł Krzesiński, prof. WIM, lek. Arkadiusz Michalak, prof. Ryszard Piotrowicz, dr inż. Urszula Smyczyńska

W trakcie panelu omówiono nowe technologie wchodzące do praktyki klinicznej w Polsce, w szczególności onkologii, kardiologii i diabetologii. Rozwiązania programistyczne i technologiczne opracowane na przestrzeni ostatnich lat umożliwiły bezprecedensowe rozszerzenie możliwości wspierania lekarza zarówno w procesie diagnostycznym, jak i leczniczym. Wszystko to przekłada się na wyższy poziom bezpieczeństwa pacjentów oraz ułatwia osiąganie celów terapeutycznych.

Dr inż. Urszula Smyczyńska i mgr inż. Szymon Grabia przedstawili możliwości i perspektywy wspomaganej sztuczną inteligencją analizy radiomicznej jako narzędzia obiektywizującego i wspierającego diagnostykę oraz terapię onkologiczną. Możliwość wykorzystania tych narzędzi w sposób zdalny zapewnia eksperckie i obiektywne wsparcie przy przewidywaniu powikłań radioterapii w oparciu o zaawansowaną analizę statystyczną. Narzędzia radiomiczne są praktycznie bezkosztowe, ponieważ algorytmy analizy mogą korzystać z obrazów medycznych pozyskanych w ramach rutynowych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Zaimplementowanie takich algorytmów do oprogramowania służącego diagnostyce i monitorowaniu pacjentów onkologicznych stanowić będzie znaczącą korzyść dla lekarzy i pacjentów.

Lek. Arkadiusz Michalak przedstawił praktyczne możliwości stosowania narzędzi wspierających terapię cukrzycy, zwłaszcza cukrzycy typu 1 rozpoznawanej już u dzieci. Rozwój i rosnąca dostępność nowych technologii (pomp insulinowych, systemów ciągłego monitorowania glikemii) oraz powszechność aplikacji dedykowanym pacjentom umożliwia lekarzom, rodzinie, a także samym chorym dokładniejsze monitorowanie choroby w sposób zdalny. Wiele rozwiązań stosowanych obecnie w telediabetologii pediatrycznej wydaje się możliwych do przeniesienia na pacjentów dorosłych z cukrzycą typu 1 i 2 – o ile rozwiązania te otrzymają odpowiednie systemowe wsparcie i finansowanie.

Prof. Paweł Krzesiński przedstawił możliwości zdalnego monitorowania parametrów życiowych pacjentów kardiologicznych. Obecnie dostępne są bardzo różne narzędzia zarówno oparte na

profesjonalnych urządzeniach medycznych, w tym również urządzeniach wszczepianych, jak kardiowertery, rozruszniki i defibrylatory, jak i na urządzeniach elektronicznych codziennego użytku, jak smartwatche i smartphony. Zastosowanie domowego telemonitoringu kardiologicznego, obejmującego pomiary ciśnienia, tętna, EKG czy saturacji, uważane jest za szczególnie korzystne dla pacjentów z niewydolnością serca, u których istnieje ryzyko nagłego, nieprzewidywalnego pogorszenia stanu zdrowia. Obecnie istniejące aplikacje pozwalają na monitorowanie pacjenta w trybie ciągłym i przysyłanie wyników pomiarów do centrum telemedycznego i lekarza, który podda je interpretacji. Część z nich wyposażona jest także w algorytmy, niekiedy oparte o sztuczną inteligencję, które wykrywają sytuacje zagrażające życiu i zdrowiu pacjenta, i automatycznie o nich alarmują.

Prof. Ryszard Piotrowicz w swoim wystąpieniu zaprezentował możliwości wykorzystania technologii telemedycznych w celu podniesienia efektywności opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. Szczególnie zwrócono uwagę na prewencję dekompensacji hemodynamicznej, związanej z zatrzymaniem płynów w organizmie. Dla pacjentów z zaawansowaną chorobą istnieją urządzenia implantowane do pomiaru wskaźników hemodynamicznych, jednak są one inwazyjne i kosztowe, co ogranicza ich zastosowanie do opieki wysokospecjalistycznej. Nieinwazyjną alternatywą mogą stać się techniki oparte o analizę głosu pacjentów, ponieważ wykazano w ostatnich latach, że pewne parametry głosu ludzkiego zmieniają się pod wpływem retencji płynów w organizmie. Opracowano także pierwsze głosowe biomarkery przeżycia pacjentów z niewydolnością serca. Takie metody mogą stać się szeroko dostępne dla ok. 1 mln polskich chorych z niewydolnością serca, podnosząc jakość opieki zdrowotnej i redukując istniejące w tym zakresie dysproporcje regionalne.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 6:42:22

Innowacje w medycynie z godłem „Teraz Polska"

Moderator: dr Jarosław Górski

Uczestnicy: Paweł Elbanowski, dr inż. Dawid Nidzworski, Krzysztof Przybył, prof. Piotr H. Skarżyński, prof. Piotr Suwalski, prof. Wojciech Zgliczyński

Kluczowym czynnikiem zrównoważonego wzrostu gospodarczego i jakości życia jest nowoczesna, szeroko dostępna i przystępna cenowo opieka zdrowotna. Innowacje w medycynie mogą wypełnić luki w systemie ochrony zdrowia.

Dlaczego warto tworzyć innowacyjne rozwiązania w medycynie i je promować? Czego potrzebujemy, aby podnosić poziom innowacyjności polskiej medycyny? W jaki sposób upowszechniać innowacje w medycynie, aby przyczyniały się do poprawy jakości życia ludzi? Jakiego rodzaju innowacje wpłyną w największym stopniu na zdrowie i jakość życia w przyszłości? Na powyższe pytania odpowiadali podczas dyskusji panelowej pt. „Innowacje w medycynie z Godłem »Teraz Polska«", zorganizowanej przez Fundację Polskiego Godła Promocyjnego w ramach 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" – laureaci Konkursu „Teraz Polska": przedstawiciele firm technologicznych tworzących innowacyjne produkty do stosowania w medycynie oraz lekarze-naukowcy, którzy owe innowacje wykorzystują w praktyce, a także prowadzą własne badania naukowe stanowiące przyczynek do następnych wynalazków.

Dr Jarosław Górski na wstępie podał kilka danych statystycznych: – Polska zajmuje 39. miejsce w rankingu światowym i 26. wśród krajów europejskich. Według Globalnego Indeksu Innowacyjności poziom innowacyjności medycyny w Polsce jest porównywalny do całościowego wskaźnika innowacyjności w Polsce. Nie jest to wynik zadowalający, aczkolwiek pozytywem jest z pewnością

podwojenie w ostatnich pięciu latach poziomu eksportu producentów produktów sprzętu medycznego, którego wartość wynosi obecnie 2,5 mld euro.

Innowacyjność w medycynie jest jednym z kluczowych warunków poprawy jakości życia obywateli, zwiększania dostępności oraz przystępności cenowej opieki zdrowotnej. Innowacje w medycynie, nowe technologie czy sposoby organizacji opieki zdrowotnej są niezbędne, aby likwidować luki w systemie ochrony zdrowia. Niezbędne jest zatem wyznaczenie strategicznych celów oraz dobre zidentyfikowanie i zdefiniowanie potrzeb społecznych.

Według Krzysztofa Przybyła, innowacje w medycynie stanowią papierek lakmusowy stopnia zaawansowania rozwoju gospodarki opartej na wiedzy. – Nie ulega wątpliwości, że zawsze mieliśmy utalentowanych naukowców i inżynierów. Kiedy potencjał technologiczny polskiej nauki i gospodarki podniósł się, zaczęliśmy tworzyć oryginalne innowacje, które nie ustępują światowym rozwiązaniom, a czasami są absolutnie pionierskie w swojej dziedzinie, również w skali międzynarodowej, jak choćby Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach, które jest dziełem życia prof. Henryka Skarżyńskiego. Fundacja Polskiego Godła Promocyjnego ma w swoim statucie wpisane zadanie promowania polskich osiągnięć, w szczególności na polu przedsiębiorczości czy nauki. Dlatego nagradzamy najlepsze polskie produkty, usługi i innowacje oraz promujemy twórców tych rozwiązań – mówił prezes Przybył.

– Chciałbym potwierdzić, że Godło „Teraz Polska" pomaga w naszej działalności, bo wpływa na rozpoznawalność naszej marki, a pacjentom daje gwarancję jakości i rzetelności naszych procedur – podkreślał prof. Piotr Skarżyński. – Ważne jest mówienie o wynalazkach i ich nagradzanie, tak jak robi to Fundacja „Teraz Polska", dzięki której wzmocnił się nasz wizerunek na arenie krajowej i międzynarodowej – potwierdzał dr inż. Dawid Nidzworski.

Czego potrzebujemy, aby podnosić poziom innowacyjności polskiej medycyny, ale także upowszechniać znane nam zdobycze tej dyscypliny tak, aby one docelowo przyczyniały się do poprawy życia pacjentów i społeczeństwa?

Aby podnosić poziom innowacyjności polskiej medycyny, należy przede wszystkim prawidłowo rozpoznać potrzeby społeczne i wyznaczyć cele strategiczne. Dopiero potem należy tworzyć zespoły innowatorów – naukowców, lekarzy i współpracujących z nimi inżynierów – w czym pomóc może wymiana doświadczeń i obserwacja dokonań w innych dyscyplinach. – Innowacje należy dostosowywać do potrzeb. Tak robimy w Azji Środkowej, gdzie występuje wiele schorzeń w zaawansowanym stadium na skutek niedostatecznego systemu opieki zdrowotnej. Tam stosujemy rozwiązania, których w Polsce już nie potrzeba stosować – podkreślał prof. Piotr Skarżyński.

Bez innowacyjności nie ma postępu w medycynie, czyli w nauczaniu medycyny, technologiach wytwarzania produktów i preparatów leczniczych, a także w diagnostyce i terapiach. – Bardzo ważne jest stałe podnoszenie kwalifikacji lekarzy, co następuje dzięki kursom online organizowanym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, dzięki którym lekarze mogą uzupełniać wiedzę w swoim miejscu zamieszkania czy zatrudnienia. Równie istotne są zajęcia praktyczne, które można realizować w centrach symulacji poszczególnych procedur medycznych. W Kajetanach działa ośrodek szkoleniowy wykorzystujący naturalne preparaty – kadawery, czyli części ciała mrożone w temperaturze do minus 30 stopni C tuż po śmierci – zwracał uwagę prof. Wojciech Zgliczyński.

Nagrodzony Godłem „Teraz Polska" elektroniczny stetoskop StethoMe został opracowany przez zespół inżynierów akustyków i informatyków specjalizujących się w sztucznej inteligencji. Jest to urządzenie do zdalnego monitoringu i samobadania w domu. Rozwiązanie opiera się na algorytmach sztucznej inteligencji, które automatycznie identyfikują nieprawidłowe dźwięki w układzie oddechowym, jak świsty, furczenia czy rzężenia. W ten sposób można weryfikować w domu, czy wystąpiły symptomy pogorszenia stanu zdrowia, czy trzeba włączyć leki lub zwiększyć ich dawkę. Urządzenie przesyła dane do lekarza, który również może ocenić, kiedy powinien interweniować.

– Trzeba mieć wielkie pokłady cierpliwości i wytrwałości, bo jest wiele pomysłów na innowacje, ale tylko niektóre udaje się wdrożyć, dlatego trzeba być gotowym na potknięcia, a nawet porażki. Ale dzięki gotowości do współpracy świata lekarskiego mieliśmy dostęp do pacjentów i mogliśmy nasze urządzenie testować, doskonalić i wdrożyć. Równie ważne jest pozyskanie finansowania typu venture capital czy dotacji pochodzących ze środków

unijnych, jakimi dysponuje Narodowe Centrum Badań i Rozwoju. Dzięki grantowi mogliśmy przejść najbardziej ryzykowne fazy projektu, aby w finale powstało StethoMe – tłumaczył Paweł Elbanowski.

Według Narodowego Testu Zdrowia Polaków, w ramach którego przeprowadzono badanie ankietowe na próbie 400 tys. respondentów, nisko oceniamy swój stan zdrowia, bo na 62 punkty w 100-stopniowej skali. – Mamy problemy z nadwagą, nie stosujemy się do zaleceń zdrowego stylu życia i odżywiania, za często sięgamy po używki, za mało jemy warzyw i owoców, a za dużo przyjmujemy suplementów, nie korzystamy z badań profilaktycznych czy przesiewowych. Co ważne, Polacy w większości deklarują, że chętniej sięgaliby po porady lekarskie, gdyby nie bariery finansowe i trudność z dostępem do lekarzy specjalistów. Uważamy, że nie stać nas na zdrowe życie – podkreślał dr Jarosław Górski.

– Ważna jest nie tylko długość życia, ale przede wszystkim jego jakość. O tę jakość, a nie o przeżycie za wszelką cenę, często pytają kardiochirurgów pacjenci – podkreśla prof. Piotr Suwalski. Nowoczesne technologie robotyczne w medycynie umożliwiają zastosowanie małoinwazyjnych procedur medycznych, co wiąże się z krótką rekonwalescencją pacjenta oraz szybkim dojściem do pełnej sprawności i dobrej jakości życia. Powinien przy tym ulec zmianie system szacowania kosztów procedur medycznych. W wielu krajach europejskich bierze się pod uwagę całkowity koszt dla całego systemu związany z daną procedurą medyczną. – Nasza klinika wraz z ZUS i Agencją Oceny Technologii Medycznych zaczęła w ten sposób analizować realny koszt operacji robotycznych i okazuje się, że takie operacje są wręcz korzystne dla systemu, bo pacjenci wracają do zdrowia i do pracy, nie korzystają z zasiłków chorobowych, a wytwarzają dochód. Jeśli w ten sposób ocenialibyśmy realny wpływ nowych technologii na obniżenie kosztów dla systemu, to odważniej inwestowalibyśmy w innowacje, a lekarze mogliby z nich korzystać w większym stopniu – zauważył prof. Suwalski.

Popularyzacja nowych technologii, wskazywanie ich przewag i możliwości w terapii oraz korzyści ekonomicznych dla całościowego systemu to droga do ich upowszechniania. Jednocześnie trzeba pamiętać, że każda nowa technologia nie będzie mogła być rozwiązaniem tanim. Pierwszy komputer czy telefon komórkowy również sporo kosztowały. Upowszechnienie tych rozwiązań spowoduje obniżkę cen do poziomu porównywalnego z istniejącymi już na rynku procedurami. – Zauważmy, jak drogie na początku pandemii COVID-19 były testy PCR, bo cenę wygenerował potężny popyt, przewyższający znacznie podaż. Dzisiaj można już kupić taki test po cenach odczynnikowych – twierdzi dr inż. Dawid Nidzworski. – Szybka diagnoza i zareagowanie na ewentualne zakażenie oraz szybkie wdrożenie procedury izolacji pozwolą uchronić następne osoby przed zarażeniem i zmniejszyć koszty opieki zdrowotnej dla całego systemu – dodaął.

Jakie są innowacyjne trendy w medycynie i jakie rodzaje innowacji wpłyną w największym stopniu na zdrowie i jakość życia ludzi w przyszłości?

Ważnym czynnikiem zmniejszania kosztów opieki medycznej jest rozwój medycyny prewencyjnej, bo pod każdym względem lepiej zapobiegać niż leczyć. Lekarze powinni inspirować, przekonywać pacjenta do profilaktyki, gdyż bez jego udziału nie osiągniemy innowacyjności w tym obszarze. Prof. Wojciech Zgliczyński przedstawia ten problem na przykładzie rejestru chorób rzadkich. – W przypadku akromegalii, czyli choroby wywołanej guzem przysadki wydzielającej hormon wzrostu, w Polsce dochodzi do samorozpoznania choroby u 12 proc. pacjentów, podczas gdy w Europie zaledwie u 2–3 proc. Dzieje się tak dzięki aktywnemu udziałowi pacjenta w prewencji i samoobserwacji stanu zdrowia – tłumaczył profesor.

Kolejnym czynnikiem utrzymania ludzi w dobrym zdrowiu jest rehabilitacja, która pomaga zachować efekty lecznicze uzyskane operacyjnie. – Jeżeli już trzeba podjąć leczenie operacyjne, to z pewnością robotyka jest technologią minimalizującą negatywne skutki dla pacjenta i zwiększającą możliwości chirurga. Nie należy przy tym zapominać o opiece nad pacjentem po terapii i o wdrożeniu prawidłowej rehabilitacji, aby utrzymać efekty lecznicze. System opieki rehabilitacyjnej również wymaga usprawnienia i dofinansowania – mówił prof. Piotr H. Skarżyński.

Epidemia koronawirusa wymusiła wiele zmian, przyspieszyła rozwój wielu technologii (np. e-pacjent czy teleporady). Zmieniło się też myślenie pacjentów, którzy zyskali świadomość, ile mogą zrobić dla poprawy swojego stanu zdrowia.

– Zastosowanie robota w kardiochirurgii spowodowało, że w dobie pandemii koronawirusa mogliśmy się zająć pacjentami kadriologicznymi, gdyż operacje robotyczne nie wymagały intensywnej terapii i respiratorów, które były zajęte przez pacjentów chorujących na covidowe zapalenie płuc. Dzięki robotom przekonaliśmy się, że nawet po dużej, skomplikowanej operacji pacjent może opuścić szpital w ciągu dwóch dni, a po tygodniu – wrócić do pracy. Dzięki rozwojowi internetu i technologii 5G marzenia o operacjach na odległość stają się rzeczywistością. Na równi z technologią robotyczną rozwijają się technologie cewnikowe, czyli zabiegi przez skórę lub przez naczynia krwionośne. Działając w połączonych zespołach internistów i chirurgów, możemy tą drogą wykonać zabiegi naprawcze w wielu narządach wewnętrznych – podkreślał prof. Suwalski.

Rozwój telemedycyny i telediagnostyki sprawi, że pacjent będzie mógł w domu monitorować stan swojego zdrowia za pomocą różnego rodzaju testów. Paweł Elbanowski zwraca uwagę, że aby utrzymać się w dobrym zdrowiu, należy zmienić wyposażenie apteczki domowej. – Nie wystarczą nam już termometr i ciśnieniomierz, który jeszcze 20 lat temu był rzadkością w domu. Następnym domowym urządzeniem medycznym powinien być elektroniczny stetoskop – twierdził. Kierunkiem rozwoju powinna być szybka, domowa diagnostyka i możliwość komunikacji z lekarzem w stanie realnej konieczności. – W ten sposób odblokujemy system opieki medycznej, otwierając go dla najcięższych przypadków – podkreślał dr inż. Dawid Nidzworski.

Innowacyjność – jak zaznaczył prof. Piotr H. Skarżyński – aby przyniosła efekt, musi mieć grupę odbiorców. Kluczowymi elementami są także: koncepcja i realizatorzy (dobór odpowiednich osób). Obecnie niezwykle trudno wesprzeć innowacyjność, chociażby z powodu koronawirusa. Jeżeli chodzi o ekonomiczny aspekt to – jak podkreślił prof. Piotr H. Skarżyński – stosowanie benchmarkingu ma istotne znaczenie w rozwoju innowacyjności wielu rozwiązań w medycynie. Czerpanie z rozwiązań dostępnych na rynku i modyfikacja własnych pomysłów wpływa na rozwój innowacji. Również rozwiązania innowacyjne można rozwijać, obserwując działania partnerów za granicą, poprzez kontakt i współpracę.

Odpowiadając na pytanie dotyczące prognozy polskiej medycyny przyszłości, prof. Piotr H. Skarżyński oprócz ważnych aspektów stosowania prewencji, przeprowadzania badań przesiewowych, leczenia operacyjnego, wskazał na istotną rolę opieki nad pacjentami po leczeniu/ terapii oraz na znaczenie całego zakresu rehabilitacji.

Podsumowanie Krzysztofa Przybyła, prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska":

Przez 30 lat istnienia Konkursu „Teraz Polska" wzięło w nim udział 5 tys. polskich firm – reprezentujących wszystkie branże krajowej gospodarki – spośród których Godłem „Teraz Polska" nagrodzono łącznie ponad 750. Podstawowym kryterium oceny jest jakość. O ile w latach 90. w konkursie startowały przeważnie firmy wytwarzające produkty szybko zbywalne (do których należą artykuły spożywcze czy środki czystości), to w ostatnich latach większość uczestników zgłasza produkty i usługi zaawansowane technologicznie o wysokim stopniu innowacyjności. Jest to oczywiście odzwierciedlenie stanu polskiego biznesu, który zwiększa swoją konkurencyjność i innowacyjność dzięki rozwojowi gospodarki opartej na wiedzy.

Aby innowacje w medycynie przyczyniały się do poprawy jakości życia ludzi, potrzebna jest ścisła współpraca naukowców, biotechnologów, lekarzy i inżynierów, jak to miało miejsce w przypadku laureatów Godła „Teraz Polska" – firm StethoMe czy GeneMe. Ponadto potrzeba systemu ustawicznego szkolenia lekarzy oraz finansowania nowoczesnych terapii. Pacjent powinien mieć świadomość nowych możliwości leczenia, ale przede wszystkim powinien znać wagę profilaktyki i brać w niej aktywny udział. – Obywatel o dobrym stanie zdrowia oznacza mniej wydatków państwa na leczenie, rehabilitację oraz na zasiłki chorobowe. Zasługujemy na życie dobrej jakości, dlatego twórzmy innowacje w systemie ochrony zdrowia.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 7:15:07

Bezkontaktowy monitor oddechowo-krążeniowy

Uczestnicy: prof. Andrzej Czyżewski, dr n. med. Beata Graff, prof. Bożena Kostek, mgr inż. Adam Kurowski, prof. Krzysztof Narkiewicz, dr inż. Piotr Odya, mgr inż. Andrzej Sroczyński, dr hab. inż. Piotr Szczuko, prof. PG, mgr inż. Tomasz Śmiałkowski

Przedmiotem prezentacji jest bezkontaktowy monitor oddechowo-krążeniowy, skonstruowany w Politechnice Gdańskiej, który przeszedł z powodzeniem cykl badań klinicznych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Urządzenie wykorzystuje w swoim działaniu zasadę mikrofalowego radaru dopplerowskiego. Monitoruje niewielkie ruchy klatki piersiowej towarzyszące oddychaniu oraz drgania ciała badanej osoby w rytm uderzeń serca (pulsu). Wyniki mierzonej czynności oddechowej i krążeniowej pokazuje na wbudowanym wyświetlaczu oraz rejestruje je w pamięci, skąd mogą być pobrane do zewnętrznego komputera poprzez wbudowane złącze USB lub wbudowane gniazdo przewodowej sieci LAN, względnie poprzez sieć Wi-Fi, do której wysyłane mogą być za pośrednictwem wbudowanej karty sieci bezprzewodowej. Na tej podstawie personel medyczny lub osoby przeszkolone mogą ocenić czynności oddechowe i zakwalifikować je jako normalne lub związane z patologiami, ponadto w postawieniu diagnozy o ewentualnych stanach chorobowych może pomóc odczyt pulsu.

Pozycjonowanie monitora oddechowego względem klatki piersiowej ułatwia prezentacja obrazu badanej osoby z naniesionymi automatycznie punktami orientacyjnymi i obrysem pola płucnego.

Urządzenie zostało skonstruowane z myślą o badaniu osób z objawami COVID-19, ale jego zastosowanie nie ogranicza się do tych przypadków, gdyż stanowi ono uniwersalne narzędzie do badań oddechowo-krążeniowych, które może zastąpić dotychczasowe metody kontaktowe, oparte przykładowo na stosowaniu tzw. pasa oddechowego, zakładanego w celu przeprowadzenia badania na klatkę piersiową pacjentów, a także pulsoksymetry kontaktowe, stosowane powszechnie do badania tętna.

W wystąpieniu zaprezentowano ideę i budowę urządzenia wraz z wynikami analiz porównawczych wyników badań klinicznych uzyskanych równolegle za jego pomocą i za pomocą pasa oddechowego, uznawanego w literaturze za urządzenie referencyjne.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 7:13:36

Innowacje medyczne i problemy w dobie pandemii z punktu widzenia specjalistów – wyzwania, możliwości, perspektywy

Moderator: prof. Jurek Olszewski

Uczestnicy: prof. Adam Antczak, dr hab. Joanna Kostka, prof. UM w Łodzi, dr hab. Mariusz Piechota, dr hab. Anna Piekarska, prof. UM w Łodzi, dr hab. Hanna Zielińska-Bliźniewska, prof. UM w Łodzi

Autorami panelu są wybitni profesorowie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Panel dotyczy innowacji medycznych i problemów w dobie pandemii wirusa SARS-CoV-2 z punktu widzenia: pulmonologa, otorynolaryngologa, specjalisty chorób zakaźnych, anestezjologa i specjalisty intensywnej terapii, alergologa oraz fizjoterapeuty.

Rozwój terapii niewydolności oddechowej w dobie pandemii przedstawił prof. Adam Antczak, który w swoim wystąpieniu wskazuje na to, że: niewydolność oddechowa może być stanem nagłym w różnych sytuacjach klinicznych, nic nie zastąpi tlenoterapii, zaostrzenia chorób przewlekłych układu oddechowego często przebiegających z niewydolnością oddechową z zaostrzeniem przewlekłej niewydolności oddechowej. W leczeniu stanu astmatycznego w POCHP należy pamiętać o tlenoterapii i nieinwazyjnym wspomaganiu wentylacji.

Prof. Adam Antczak rekomenduje nieinwazyjne wspomaganie wentylacji mechanicznej, szczególnie w grupie pacjentów chorujących na POChP, i podaje następujące kryteria kwalifikacji:

- pO2 < 50 mmHg przy stosowaniu tlenoterapii biernej,
- pCO2 > 70 mm Hg,
- pH < 7,3,
- brak poprawy przy dotychczasowym leczeniu,
- widoczna praca dodatkowych mięśni oddechowych,
- częstość oddechu > 25/min,
- pH < 7,35; pCO2 > 45 mmHg.

Z kolei prof. Jurek Olszewski zaprezentował następstwa laryngologiczne u chorych po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, podkreślając, że zaburzenia węchu i smaku należą do jednych z najwcześniejszych objawów zakażenia koronawirusem i nierzadko też wyprzedzają o kilka dni pojawienie się głównych objawów w postaci kaszlu, duszności czy gorączki.

Zaburzenia zmysłów węchu i smaku przy zakażeniu koronawirusem mają odmienny przebieg niż w przypadku grypy czy przeziębienia. Nie towarzyszą one bowiem nieżytowi nosa, lecz najczęściej mają nagły początek.

Narząd węchu należy do nielicznych obszarów układu nerwowego, które zachowują zdolność do regeneracji przez całe życie. Zaburzenia zmysłu smaku oraz węchu są niebezpieczne dla osoby zakażonej koronawirusem, ponieważ negatywnie wpływają na apetyt, co przekładać się może na stan niedożywienia, nie tylko pod względem takich składników odżywczych jak: białka, węglowodany i tłuszcze, lecz także witamin i składników mineralnych, niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.

W przypadku zaburzeń węchu (utrzymujących się ponad dwa tygodnie) sposób leczenia uzależniony jest od miejsca uszkodzenia.

Prof. Jurek Olszewski wskazał także na dużą efektywność treningu węchowego i rekomenduje naprzemienne oraz celowe wąchanie przygotowanego zestawu substancji zapachowych przez 20 sekund przynajmniej 2 razy dziennie przez co najmniej 3 miesiące. Zazwyczaj wykorzystuje się cztery zapachy: róży, cytryny, eukaliptusa oraz goździków.

Brak jest dowodów na skuteczność kortykosteroidów podawanych doustnie czy donosowo, a wręcz zasugerowano potencjalne ryzyko ich stosowania. Doniesienia naukowe wskazują natomiast na pozytywny efekt stosowania donosowo cytrynianu sodu, witaminy A i kwasów omega-3 w poinfekcyjnych zaburzeniach węchu oraz smaku.

Dr hab. Anna Piekarska zwrócia uwagę na następujące rewolucyjne rozwiązania w leczeniu śródmiąższowego zapalenia płuc spowodowanego COVID-19:

- chory bezobjawowy lub skąpoobjawowy nie wymaga leczenia i nie musi być hospitalizowany, ale powinien być izolowany,
- nie należy stosować glikokortykosteroidów w okresie wiremii (pierwszych 7 dni) w warunkach domowych,
- chory z objawami COVID-19 musi być skierowany do szpitala w przypadku saturacji <94%,
- skuteczne leczenie przeciwwirusowe można stosować w pierwszych 7 dniach choroby, po czym należy włączyć leczenie immunomodulacyjne,
- tlenoterapia w warunkach szpitalnych jest dostosowana do zapotrzebowania chorego.

W swoim wystąpieniu, dotyczącym leczenia w Oddziale Intensywnej Terapii ciężkiej postaci zapalenia płuc po zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, dr hab. Mariusz Piechota przedstawił medyczne kryteria przyjęcia pacjentów dorosłych lub dzieci do leczenia na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w sytuacji katastrof, wypadków masowych, kataklizmów, klęsk żywiołowych, epidemii i innych sytuacji nadzwyczajnych.

Dr hab. Mariusz Piechota postuluje:

- zwiększenie liczby stanowisk intensywnej terapii,
- zwiększenie liczby izolatek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,

- systematyczne zwiększanie wymogów dotyczących liczby wykształconego personelu medycznego pracującego bezpośrednio z chorymi,
- zwiększenie finansowania.

Dr hab. Hanna Zielińska-Bliźniewska jako alergolog wskazuje na wpływ następujących czynników ryzyka zakażenia SARS-CoV-2, które zwiększają śmiertelność: starszy wiek i choroby współistniejące (choroby układu krążenia, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość i ekspozycja na tytoń), choroby alergiczne dróg oddechowych (alergiczny nieżyt nosa i astma alergiczna budzą niepokój w tej pandemii, ponieważ objawy infekcji wirusowych górnych dróg oddechowych nakładają się na wczesnych etapach).

Dr hab. Hanna Zielińska-Bliźniewska podkreśla również, że palenie zwiększa podatność in vitro na SARS-CoV-2 ze względu na wysoką ekspresję ACE2 i związaną z nią ciężką postać COVID-19.

Czy należy odstawić leki i kontynuować odczulanie w przypadku zakażenia SARS-CoV-2? Dr hab. Hanna Zielińska-Bliźniewska wskazuje na to, że:

- zatrzymywanie leczenia alergicznego nieżytu nosa, zwłaszcza INS, może nasilić kichanie, co prowadzi do szybkiego rozprzestrzeniania się wirusa,
- INS normalizuje śluzówkę nosa i klirens śluzowo-rzęskowy i nie obniża odporności,
- wstępne dane sugerują, że cyklezonid blokuje replikację SARS-CoV-2 in vitro RNA i hamuje jego aktywność cytopatyczną,
- leczenie wszystkich pacjentów z astmą wziewnymi kortykosteroidami (ICS) z przedłużonym działaniem z lub bez agonistów beta 2,
- pacjenci z alergicznym nieżytem nosa powinni utrzymać kortykosteroidy donosowe, leki biologiczne i immunoterapię alergenową,
- immunoterapia podskórna (SCIT) wymaga powtórzenia wizyty u alergologów lub w szpitalach (mogą one nie być możliwe dla wszystkich podczas pandemii),
- w takich wyjątkowych sytuacjach można rozważyć immunoterapię podjęzykową (SLIT).

Podsumowaniem tego panelu jest prezentacja dr hab. Joanny Kostki, w której przedstawia innowacje w rehabilitacji oddechowej chorych po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, zwracając szczególną uwagę na edukację i wsparcie samodzielnej rehabilitacji.

Dr hab. Joanna Kostka rekomenduje potrzebę zindywidualizowania programu rehabilitacji podostrej do długoterminowej zgodnie z potrzebami pacjenta. Przy planowaniu i realizacji programów rehabilitacji należy kierować się utrzymującymi objawami i ograniczeniami funkcjonalnymi.

Na program ten składa się: trening wytrzymałościowy; trening oporowy; ćwiczenia oddechowe; ćwiczenia rozciągające, relaksacyjne, równoważne i koordynacyjne; trening funkcjonalny; wsparcie psychologiczne; edukacja; inne w zależności od potrzeb.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 5:58:03

Telemedycyna w kardiologii dziecięcej

Pod patronatem Komisji Telemedycyny Komitetu Nauk Klinicznych PAN

Moderatorzy: prof. Bożena Werner, prof. Ryszard Piotrowicz

Uczestnicy: lek. Tomasz Książczyk, płk dr hab. Paweł Krzesiński, prof. WIM, dr n. med. Radosław Pietrzak

Profesor Bożena Werner przedstawiła główne kierunki zastosowania telemedycyny w kardiologii dziecięcej. Obejmują one wykrywanie wad serca u płodów, niemowląt i dzieci z zastosowaniem teleechokardiografii, konsultacje badań obrazowych na odległość i ustalanie strategii postępowania

poprzez telekonsultacje oraz zdalne monitorowanie stanu kardiologicznego pacjentów.

Urządzenia telemedyczne i zdalny kardiomonitoring są niezwykle istotne w opiece nad pacjentami z zaburzeniami rytmu serca, szczególnie z napadowymi arytmiami. Stwarzają możliwości diagnostyki zaburzeń rytmu serca u niemowląt i dzieci oraz diagnostyki omdleń poprzez telekonsultacje EKG, a także monitorowanie EKG z zastosowaniem zewnętrznych rejestratorów i urządzeń wszczepialnych. Umożliwiają monitorowanie leczenia antyarytmicznego oraz monitorowanie pacjentów z urządzeniami wszczepialnymi i zdalną kontrolę urządzeń.

Kolejną grupę odbiorczą powinni stanowić pacjenci wymagający rehabilitacji kardiologicznej. Telerehabilitacja u dorosłych ma już ugruntowaną pozycję, natomiast u dzieci praktycznie nie istnieje.

Generalnie telekardiologia pediatryczna w Polsce pozostaje w tyle za prężnie rozwijającą się tą dziedziną u dorosłych, a możliwości jej zastosowania w populacji pediatrycznej są nie mniejsze niż u dorosłych. Należy podjąć intensywne działania celem wykorzystania usług telemedycznych w diagnostyce, leczeniu i prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego u dzieci i młodzieży.

Dr Radosław Pietrzak w wykładzie poświęconym opiece telemedycznej nad pacjentami z wrodzonymi wadami serca określił populację osób z wrodzonymi wadami serca będących potencjalnym adresatem opieki telemedycznej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci ze złożonymi wadami serca w czasie leczenia wieloetapowego, u których zastosowanie opieki telemedycznej mogłoby przynieść największe korzyści. Przedstawił również zakres parametrów życiowych mogących podlegać monitowaniu, a także narzędzia, dzięki którym to monitorowanie mogłoby być realizowane oraz zaproponował trzyetapowy model opieki telemedycznej nad dziećmi z wrodzonymi wadami serca.

Lek. Tomasz Książczyk szczegółowo omówił znaczenie rozwiązań teleinformatycznych u pacjentów z wrodzonymi zespołami arytmii uwarunkowanych genetycznie. W opiece zdalnej znajdują zastosowanie event rekordery pracujące w oparciu o aplikacje i różnego typu urządzenia mobilne, a także urządzenia wszczepialne, które pozwalają na stałe monitorowanie EKG przez około 2-3 lata. Większość wszczepianych obecnie stymulatorów serca i kardiowerterów-defibrylatorów umożliwia zdalną transmisję danych. W licznych badaniach potwierdzono przydatność takich urządzeń w opiece nad pacjentami pediatrycznymi i dorosłymi z różnego rodzaju zaburzeniami rytmu serca. Międzynarodowe wytyczne postępowania coraz częściej odnoszą się też do wykorzystania takich urządzeń. Metody te są niezwykle pomocne, szczególnie w przypadkach granicznych lub niepewnych. Pozwalają zmniejszyć liczbę wizyt, uniknąć niepotrzebnego eskalowania terapii, obniżają lęk pacjentów i ich rodzin oraz pozwalają na włączenie szybkiej i adekwatnej terapii u pacjentów z udokumentowaną arytmią. Z wykorzystaniem powyższych metod w praktyce klinicznej wiąże się też wiele wyzwań: generują one ogromną liczbę danych, wymagają obsługi różnych systemów (w zależności od producentów sprzętu). Rosnąca liczba pacjentów, u których rozpoznano zespoły arytmii wrodzonych, sprawia, że analiza napływających danych wymaga coraz większych nakładów pracy i nakładów finansowych.

W podsumowaniu dyskusji panelowej przedstawiono następujące rekomendacje:

1. Należy stworzyć zespół ekspertów, który będzie prowadzić prace nad opracowaniem modeli monitorowania domowego u dzieci/pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.
2. Konieczne jest opracowanie polskich rekomendacji dotyczących zdalnej opieki kardiologicznej dla dzieci i młodzieży.
3. Konieczne jest praktyczne przygotowanie opieki telemedycznej nad dziećmi w zakresie prawnym, organizacyjnym i finansowym.
4. Należy ustalić narzędzia monitorujące, opracować procedury i wyszkolić personel medyczny i pomocniczy.
5. Należy utworzyć sieć pracowni obsługujących zdalne monitorowanie i transmisję danych od pacjentów do ośrodków specjalistycznych oraz pomiędzy ośrodkami o różnym stopniu referencyjności.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:16:11

Telemedycyna – świetne projekty, a jakie efekty

Pod patronatem Komisji Telemedycyny Komitetu Nauk Klinicznych PAN oraz Komisji Informatyki i Telemedycyny Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Moderatorzy: prof. Grzegorz Opolski, mec. Jan Pachocki, prof. Ryszard Piotrowicz

Uczestnicy: gen. dyw. prof. Grzegorz Gielerak, prof. Marcin Grabowski, prof. Zbigniew Kalarus, płk dr hab. Paweł Krzesiński, prof. WIM, dr hab. Katarzyna Kolasa, prof. ALK, prof. Przemysław Mitkowski, dr hab. Ewa Piotrowicz, dr hab. Radosław Sierpiński, prof. Piotr H. Skarżyński, prof. Janina Stępińska, prof. Piotr Suwalski, prof. Wojciech Zgliczyński

Ostatnia dekada to czas dużych, dobrze finansowanych projektów badawczych zakończonych sukcesem w postaci publikacji rezultatów w czasopismach o wysokim IF. Jednakże, nawiązując do motywu przewodniego Kongresu, wykładowcom pierwszej z dwóch sesji zadano pytanie: „Czy inspirujące wyniki przedstawianych projektów badawczych przekładają się na zdrowie Polaków, czyli jak radzą sobie realizatorzy projektów z przekonaniem stosownych instytucji do wdrożenia zdobyczy naukowych do praktyki klinicznej?".

W podsumowaniu sesji prof. Grzegorz Opolski stwierdził, że w tym zakresie jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia. Co zrobić i jak zrobić? Nad tym pytaniem pochylili się uczestnicy drugiej sesji mającej charakter panelu dyskusyjnego.

Eksperci przedstawili szereg propozycji, których wdrożenie powinno spowodować, że wyniki badań naukowych w zakresie telemedycyny przełożą się na zdrowie Polaków.

Można zdefiniować dwie kategorie postulatów:

I. Dotyczące implementacji wysokojakościowej telemedycyny w systemie ochrony zdrowia.
II. Dotyczące prowadzenia projektów badawczych.

I. Postulaty dotyczące implementacji wysokojakościowej telemedycyny w systemie ochrony zdrowia

1. Wykorzystanie telemedycyny jest niezbędne dla:
   - poprawy dostępności, jakości i efektywności opieki zdrowotnej,
   - bezpieczeństwa pacjenta,
   - minimalizacji skutków sytuacji ograniczających wydolność systemu opieki zdrowotnej i preferujących minimalizację kontaktów (pandemie),
   - optymalnego wykorzystania zasobów oraz redukcji kosztów leczenia.
2. Niezbędne jest opracowanie, wdrożenie i regularne aktualizowanie strategii rozwoju e-zdrowia w skali państwa, ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia wsparcia dla powszechnego wdrażania wysokojakościowych rozwiązań telemedycznych wkomponowanych w system ochrony zdrowia.
3. Konieczna jest stosowna do potrzeb, zgodna ze strategią, koordynacja działań jednostek wdrażających do systemu opieki zdrowotnej rozwiązania w zakresie telemedycyny, ze szczególnym uwzględnianiem wykorzystywania rozwiązań systemowych, uniwersalnych oraz jednolitych w skali państwowej.
4. Niezbędna jest regularnie aktualizowana strategia rozwoju cyfrowego państwa i e-zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem wymagań wobec rozwiązań telemedycznych, np. interoperacyjności i integracji z już istniejącymi rozwiązaniami (np. Platforma P1). Wypracowane w niej zalecenia powinny definiować kierunki rozwoju oraz kryteria wejścia do systemu opieki zdrowotnej dla rozwiązań telemedycznych.
5. Minister Zdrowia z urzędu winien być koordynatorem implementacji wysokojakościowej telemedycyny w systemie ochrony zdrowia. Funkcję tę powinien pełnić, ściśle współpra-

cując z innymi instytucjami publicznymi (NFZ, CeZ, AOTMiT, ABM) oraz przedstawicielami dziedzin medycyny działającymi w zinstytucjonalizowanej formule (towarzystwa naukowe, konsultanci krajowi, eksperci, organizacje branżowe, organizacje pacjenckie).

6. Koniecznym warunkiem efektywnego wdrażania innowacji telemedycznych do systemu ochrony zdrowia jest stworzenie modelu planowania i realizacji projektów badawczych zapewniającego możliwość ich praktycznej implementacji do systemu.

II. Postulaty dotyczące realizacji projektów naukowo-badawczych w zakresie telemedycyny

Projekty naukowe powinny dzielić się na projekty nowatorskie, wnoszące nową jakość do wiedzy, oraz projekty systemowe, których wdrożenie powinno istotnie poprawić system zdrowotny w Polsce.

Projekty nowatorskie powinny być monitorowane pod kątem ich innowacyjności na tle postępu w danym obszarze medycyny na świecie.

Projekty systemowe powinny być oceniane pod kątem odpowiedzi na praktyczne wyzwania zdrowotne (np. poprawa dostępności, efektywności, bezpieczeństwa, opłacalności finansowej) stosownie do strategii rozwoju e-zdrowia w skali państwa (punkt I – 1, 2).

Konieczna jest stosowna do potrzeb, zgodna ze strategią, koordynacja kierunków badań, a co za tym idzie – procedur zamawiania projektów. Minister Zdrowia powinien w tym przedmiocie ściśle współpracować z innymi instytucjami publicznymi (NFZ, CeZ, AOTMiT, ABM).

Wskazane jest stworzenie stałego zespołu ekspertów przy Ministerstwie Zdrowia wydającego rekomendacje dotyczące potrzeb i problemów systemu opieki zdrowotnej, na podstawie których będą kreowane i ogłaszane konkursy celowane na wypracowanie ściśle zdefiniowanych rozwiązań.

Stosownie do tematyki rekomenduje się zasięganie opinii konsultantów krajowych oraz przedstawicieli towarzystw naukowych, organizacji branżowych, organizacji pacjenckich.

Niezbędne jest zapewnianie możliwości modyfikacji projektów w czasie ich trwania, ale tylko pod warunkiem zachowania istoty projektu.

W celu budowania zasobów interdyscyplinarnej wiedzy i know-how wskazane jest stworzenie platformy kontaktu i wymiany doświadczeń pomiędzy środowiskiem naukowym, jednostkami publicznymi oraz przedsiębiorcami z wykorzystaniem wszystkich, również zdalnych kanałów komunikacji.

Kluczowym jest stworzenie systemu (ścieżki legislacyjno-wdrożeniowej), w którym pozytywnie zwalidowane projekty przechodzą kolejne etapy, a w przypadku wykazania korzyści niezwłocznie trafiają do publicznego systemu ochrony zdrowia. W celu stworzenia takiego systemu postuluje się podjęcie stosownych działań przez Ministra Zdrowia.

Telediagnostyka w audiologii i telefitting w zdalnym nadzorze nad funkcjonowaniem implantu ślimakowego w częściowej głuchocie (PDT)

Prof. Piotr H. Skarżyński omówił temat telediagnostyki w audiologii i telefittingu w zdalnym nadzorze nad funkcjonowaniem implantu ślimakowego w częściowej głuchocie (PDT). Przybliżył działalność Ogólnopolskiej Sieci Teleaudiologii, którą wprowadzono w 2009 r. w celu poprawy jakości życia osób z zaburzeniami słuchu i mowy w Polsce poprzez zastosowanie rozwiązań telemedycznych, aby świadczyć specjalistyczne usługi bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

Jak podkreślił prof. Piotr H. Skarżyński, Ogólnopolska Sieć Teleaudiologii służy przede wszystkim do diagnostyki, opieki telerehabilitacyjnej, wizyt kontrolnych, monitorowania oraz interwencji w przypadku pojawienia się problemu. Jej głównym celem jest aktywna pomoc pacjentom, którzy korzystają (lub są kwalifikowani do korzystania) z implantu ślimakowego.

Krajowa Sieć Teleaudiologii stanowi też platformę dla najbardziej zaawansowanej procedury – telefittingu. Aby osiągnąć jak najlepsze wyniki w zakresie poprawy słuchu, po wszczepieniu implantu ślimakowego konieczne jest optymalne dopasowanie procesora mowy. Włączenie do programu opieki zdrowotnej zdalnego dopasowania procesora mowy podniosło jakość świadczonych usług poprzez ułatwienie pacjentowi dostępu do specjalisty. Tym samym pacjent jest dodatkowo zmotywowany do pełnej realizacji programu opieki pooperacyjnej. Do niedawna większość pacjentów musiała odbyć długą podróż do ośrodka implantującego, co wiązało się z dużymi kosztami, stratą czasu i zmęczeniem spowodowanym podróżą. Problem ten rozwiązuje zaproponowane przez Światowe Centrum Słuchu zdalne dopasowanie implantu.

Krajowa Sieć Teleaudiologii składa się z jednostki centralnej, znajdującej się w Światowym Centrum Słuchu, oraz ośrodków współpracujących, rozlokowanych w kraju i za granicą. Umożliwia współpracę specjalistów z wielu dziedzin, w tym: inżynierów klinicznych, lekarzy, logopedów, psychologów i audiologów, aby zapewnić najlepszą opiekę pooperacyjną pacjentom z implantami ślimakowymi. Wszystkie stanowiska wyposażone są w zaawansowane urządzenia do nawiązywania połączeń telekonferencyjnych, systemy komputerowe ze specjalistycznymi klinicznymi interfejsami diagnostycznymi i aplikacjami koniecznymi do programowania procesorów mowy oraz inne urządzenia audiologiczne sterowane zdalnie przez specjalistów z Kajetan. Dzięki temu telefitting jest bezpieczny, niezawodny i dobrze przyjmowany zarówno przez pacjentów, jak i przez specjalistów, co pokazały wyniki przeprowadzonych badań naukowych. Wykazały one, że dopasowanie procesora mowy odbywające się w placówce medycznej oraz w formie telefittingu nie różnią się pod względem sposobu dopasowania procesora, jak i satysfakcji pacjenta z wykonywanej usługi. Ponadto badania dotyczące efektywności i bezpieczeństwa zastosowanych rozwiązań teleinformatycznych potwierdziły, że telefitting jest bezpieczny i niezawodny zarówno pod względem bezpieczeństwa transferu danych, jak i pod względem bezpieczeństwa związanego ze stymulacją elektryczną zakończeń nerwu słuchowego.

Uzupełnieniem systemu jest również praktykowana w Światowym Centrum Słuchu diagnostyka zdalna przez telefon, której założeniem jest wnikliwa analiza potrzeb pacjenta. Dzięki zastosowanym rozwiązaniom telemedycznym możliwe jest stworzenie odpowiednich warunków do osiągania jak najlepszych wyników przez pacjentów, zwłaszcza w zakresie lepszego zrozumienia mowy, szczególnie w szumie i hałasie.

Opracowanie na podstawie przesłanych przez uczestników materiałów: prof. Paweł Krzesiński, mec. Jan Pachocki, prof. Ryszard Piotrowicz, prof. Piotr H. Skarżyński.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 5:57:02

FARMAKOTERAPIA W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

Opieka farmaceutyczna i co dalej?

Moderator: dr hab. Anna Staniszewska

Uczestnicy: dr n. farm. Marcin Kruk, dr n. farm. Piotr Merks, prof. Dagmara Mirowska-Guzel, dr hab. Dominik Olejniczak

Pandemia COVID-19 postawiła przed systemem ochrony zdrowia, a także przed społeczeństwem nowe wyzwania. Kiedy liczba osób hospitalizowanych w jej wyniku zaczęła lawinowo rosnąć, co doprowadziło do braku miejsc w szpitalach, a dostęp do lekarzy był ograniczony, to właśnie farmaceuci okazali się tym ogniwem systemu, które zapewniło pacjentom opiekę. Tym samym pandemia przyczyniła się do obalenia mitu, iż farmaceuci są wyłącznie sprzedawcami leków. Na pierwszy plan wysunęła się rola farmaceuty jako edukatora zdrowotnego. Ponadto pandemia pokazała, że opieka farmaceutyczna może być najskuteczniejszym rozwiązaniem problemu braków personelu medycznego w polskim systemie opieki zdrowotnej. Skoordynowane i komplementarne działania

lekarza i farmaceuty mogą przynieść wiele korzyści, zarówno z punktu widzenia pojedynczego pacjenta, jak i z punktu widzenia funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia.

Wnioski i rekomendacje ekspertów dotyczące opieki farmaceutycznej płynące z panelu „Opieka farmaceutyczna i co dalej?", prowadzonego przez dr hab. Annę Staniszewską, są następujące:

1. Usługi wykonywane w ramach świadczeń opieki farmaceutycznej powinny być wdrażane na ściśle określanych zasadach.
2. Współpraca pomiędzy lekarzami a farmaceutami powinna zachodzić w sposób niepodważalny wobec wzajemnych kompetencji.
3. Wdrażanie narzędzi opieki farmaceutycznej wpływa na zwiększenie ogólnej dostępności do opieki zdrowotnej.
4. Wdrażanie opieki farmaceutycznej może zdecydowanie wpłynąć na zwiększenie efektywności monitorowania występujących działań niepożądanych.
5. Priorytetem wdrażania usług opieki farmaceutycznej powinno być stworzenie procedur właściwego raportowania działań niepożądanych.
6. Bezpieczeństwo preskrypcji i jej nadzór jest jednym z głównych zadań opieki farmaceutycznej, dlatego ważne jest, żeby wprowadzić system raportowania potencjalnych problemów, które występują w przypadku recept.
7. Elementem ułatwiającym wdrażanie usług opieki farmaceutycznej są programy pilotażowe, takie jak zapowiadany „Przegląd lekowy", który pozwoli przyjrzeć się, jakie problemy lekowe mają Polacy.
8. Edukowanie zarówno pacjentów, jak i farmaceutów w zakresie opieki farmaceutycznej jest kluczowe.
9. Organizacje pozarządowe powinny pełnić funkcję edukatora i współpracować z administracją publiczną.
10. Pacjenci muszą mieć chęć, potrzebę i wiedzę, aby korzystać z usług opieki farmaceutycznej.

Komentarze ekspertów:

prof. Dagmara Mirowska-Guzel

„Współpraca między farmaceutą a lekarzem jest nie tylko realna, co zresztą pokazują doświadczenia wielu krajów, lecz także bardzo potrzebna. W dzisiejszej rzeczywistości jest często wręcz konieczna. Ta współpraca musi odbywać się na ściśle określonych zasadach. Wśród nich jest chociażby kwestia jasnego zdefiniowania możliwości ograniczenia opieki farmaceutycznej, a także bezwzględnego przestrzegania zasady niepodważania wzajemnie swoich kompetencji i zdań".

dr n. farm. Marcin Kruk

„Wydany przez Ministerstwo Zdrowia »Raport opieka farmaceutyczna« jest słuszną inicjatywą, która będzie torować drogę do rozwiązań legislacyjnych, które faktycznie umożliwią stosowanie opieki farmaceutycznej. Jako Polskie Towarzystwo Bezpiecznej Farmakoterapii spodziewamy się od strony opieki farmaceutycznej zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta w nadzorze nad farmakoterapią i w praktycznym aspekcie nie tylko samego zgłaszania działań niepożądanych w bardziej uproszczony i efektywniejszy sposób, lecz także możliwości gromadzenia danych statystycznych na temat tego, czy dany lek lub terapia jest bardziej lub mniej bezpieczna i czy powinna być w dalszym ciągu stosowana. Dostępność farmaceuty, w tym także opieki farmaceutycznej, w porównaniu do dostępności lekarzy, jest zdecydowanie bardziej ułatwiona. W związku z tym łatwość przekazywania informacji od pacjenta do farmaceuty może zdecydowanie wpłynąć na zwiększenie efektywności monitorowania występujących działań niepożądanych".

dr n. farm. Piotr Merks

„Usługi opieki farmaceutycznej pozwalają lekarzom poświęcić więcej czasu pacjentom. To odciążenie systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą *Prawo farmaceutyczne*, opieka farmaceutyczna to proces dokumentowania. My, jako farmaceuci, dokumentujemy każdą interwencję, którą farmaceuta wykonuje. Ważne jest, żeby wprowadzić system raportowania potencjalnych problemów, które występują na recepcie, tak żeby państwo mogło mieć wystarczającą wiedzę i wgląd do danych. Istotne są też wdrażane programy pilotażowe. Pierwszym z nich jest „Przegląd lekowy", który pozwoli spojrzeć decydentom holistycznie, jakie problemy lekowe mają pacjenci w Polsce. Ten program wskaże nam priorytety, na których musimy się skupić".

dr hab. Dominik Olejniczak

„Należy zwrócić uwagę na dużą rolę organizacji pozarządowych, w tym organizacji pacjentów, w edukacji zdrowotnej, ale też we wdrażaniu Opieki Farmaceutycznej. Działania NGOs powinny być działaniami w pewnym sensie komplementarnymi do tego, co proponuje administracja publiczna. Warto zwrócić uwagę, że bardzo często to właśnie na poziomie samorządu mają miejsce najefektywniejsze działania edukacyjne, co zresztą pozostaje w zgodzie z głównymi założeniami promocji zdrowia, czyli z wysoką efektywnością edukacji na poziomie lokalnym. Dodatkowo eksperci zdrowia publicznego, przede wszystkim absolwenci tego kierunku, to jest ta grupa, która powinna współpracować z farmaceutami i zaangażować się w wypracowywanie skutecznych rozwiązań systemowych, nie tylko w zakresie planowania i wdrażania opieki farmaceutycznej, ale też innych rozwiązań systemowych".

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 5:37:22

Współpraca z farmaceutą w celu zapewnienia bezpieczeństwa i skuteczności farmakoterapii

Moderator: dr hab. Agnieszka Skowron, prof. UJ

Uczestnicy: dr hab. Mariola Drozd, prof. UM w Lublinie,
dr n. farm. Witold Jamróz, prof. Renata Jachowicz,
Kamila Urbańczyk, prof. Anna Wiela-Hojeńska,
dr hab. Agnieszka Zimmerman, prof. GUMed

W systemie opieki zdrowotnej farmaceuci sprawują nadzór nad jakością produktów leczniczych, ich skutecznością i bezpieczeństwem, a w obszarach naukowych wykorzystują najnowsze osiągnięcia nauki i techniki w celu zapewnienia społeczeństwu dostępu do najlepszych terapii. W ramach panelu farmaceutycznego przedstawione zostały wybrane obszary działalności farmaceutów na rzecz poprawy zdrowia Polaków.

Wykład **„Koncyliacja lekowa i współpraca z farmaceutą klinicznym"** wygłoszony został przez prof. Annę Wielę-Hojeńską oraz mgr Kamilę Urbańczyk.

Prof. Anna Wiela-Hojeńska przedstawiła miejsce farmaceuty klinicznego we współczesnym systemie opieki zdrowotnej, podkreślając jego rolę w monitorowaniu i nadzorowaniu farmakoterapii pacjenta objętego opieką szpitalną. Zapisy ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty dotyczące usług farmacji klinicznej pozwalają mieć nadzieję na pełne wykorzystanie wysokospecjalistycznej wiedzy i umiejętności farmaceutów, zwłaszcza posiadających specjalizację w dziedzinie farmacji klinicznej. Ich możliwości działania na rzecz zwiększenia skuteczności, bezpieczeństwa i zasadności (w tym ekonomicznej) farmakoterapii oraz wsparcia lekarza w tym zakresie są nie do przecenienia. Co ważne, mają one być realizowane przez farmaceutę w podmiocie wykonującym działalność leczniczą na rzecz pacjenta, członków rodziny pacjenta lub personelu medycznego. Czy zatem polski farmaceuta będzie mógł nareszcie być pełnoprawnym członkiem zespołu terapeutycznego, tak jak ma to miejsce w innych krajach?

Koncyliacja lekowa opierająca się na uzyskaniu kompletnej listy leków przyjmowanych przez pacjenta oraz na wdrożeniu jej w przebieg leczenia na wszystkich etapach opieki nad pacjentem hospitalizowanym wraz z towarzyszącym jej przeglądem lekowym jest jedną z najistotniejszych usług, jaką farmaceuta może zaoferować pacjentowi. Pomaga ona uniknąć błędów w farmakoterapii wynikających z niepełnej lub błędnej informacji o stosowanych lekach oraz pozwala na poprawę komunikacji z pacjentem, którego wspiera w stosowaniu się do zaleceń

lekarskich. Aktualnie w Polsce usługi farmacji klinicznej nie są powszechnie świadczone, brakuje również standardu określającego sposób ich realizacji. W części szpitali farmaceuci podejmują aktywności wpisujące się w definicję usług farmacji klinicznej, brak jest jednak standaryzacji tych działań, przez co ich kształt jest zróżnicowany i zależny od lokalnych uwarunkowań. Niezbędne jest opracowanie katalogu tych usług, jak również zdefiniowanie ich zakresu wraz z opracowaniem standardu ich świadczenia.

Wykład **„Miejsce farmaceuty w systemie ochrony zdrowia"** wygłoszony został przez dr hab. Agnieszkę Zimmermann, która opierając się m.in. na zapisach ustawy oraz wieloletnim doświadczeniu zawodowym, przedstawiła w swoim wykładzie zadania farmaceuty we współczesnym systemie opieki zdrowotnej.

Farmaceuci posiadają wiedzę i umiejętności skupiające się na leku. Jednak wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zdobywanego podczas 5,5-rocznych studiów, jest w Polsce niewielkie. Ich rola skupia się głównie na dostarczaniu leku pacjentom. Tymczasem we współczesnych systemach ochrony zdrowia rola dystrybucyjna pełniona tradycyjnie przez farmaceutę uznawana jest za anachroniczną. Celem działań farmaceuty powinien być nadzór nad farmakoterapią i prowadzenie działań prozdrowotnych.

Czas pandemii COVID-19 uwydatnił i ewidentnie ukazał, że apteki są traktowane przez pacjentów jako placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Jednak apteki w przeciwieństwie do ośrodków POZ od początku pandemii działały bez zakłóceń. W kwietniu 2020 r. farmaceuci zyskali uprawnienie do wystawiania recept na leki stosowane przez pacjentów przewlekle, co bardzo przydało się w sytuacji ograniczonych wizyt w POZ. Według danych blisko 45% aptek w Polsce wystawia elektroniczne recepty farmaceutyczne. Recepty te mogą, niestety, być realizowane tylko jako 100% płatne, nie są refundowane przez NFZ.

W kwietniu 2021 r. farmaceuci zyskali nowe uprawnienia nadane ustawą o zawodzie farmaceuty. Jak wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych mogą nieść pomoc w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, uzyskawszy prawo do podania leku pacjentowi. Opieka farmaceutyczna, która rozwija się z powodzeniem na świecie, została zdefiniowana jako świadczenie zdrowotne, co toruje drogę do jej oferowania polskim pacjentom, również w formie refundowanej. Stanowi ona uzupełnienie opieki lekarskiej, koordynując farmakoterapię zlecaną przez różnych specjalistów, a także stosowaną w ramach samoleczenia.

Przy dużym zużyciu leków w Polsce i jednocześnie niskim poziomie wiedzy zdrowotnej Polaków postulować jednak należy dalsze rozszerzanie roli farmaceutów w farmakoterapii. Wciąż postulatem pozostaje zagwarantowanie każdemu pacjentowi, również hospitalizowanemu, prawa do konsultacji farmaceutycznej, której celem jest nadzór nad farmakoterapią, sprawdzanie poprawności stosowania leku, kontrola zrozumienia sposobu dawkowania i stosowania leku. Należy stworzyć odpowiednie warunki do rozwoju farmacji klinicznej, która odpowiada za optymalizację leczenia farmakologicznego poprzez: nadzór nad racjonalnym stosowaniem leków, sprawowanie kontroli nad bezpieczeństwem farmakoterapii, zapobieganie problemom lekowym oraz narastającej polipragmazji, jak również przeciwdziałanie zjawisku non-compliance (nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych). Wiedza farmaceutów powinna być wykorzystana w pracy zespołów terapeutycznych działających w szpitalach, domach opieki czy hospicjach.

Wykład **„Problemy lekowe w populacji polskich pacjentów – czy opieka farmaceutyczna pomoże je rozwiązać?"** wygosiły dr hab. Mariola Drozd oraz dr hab. Agnieszka Skowron. Idea opieki farmaceutycznej narodziła się ponad 20 lat temu w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, a koniec ubiegłego tysiąclecia przyniósł na całym świecie intensyfikację badań praktyki farmaceutycznej i implementację do praktyki rozwiązań, które powstały w ramach tych badań. Idea opieki farmaceutycznej stała się filozofią zawodową, a w 1998 r. Światowa Organizacja Zdrowia wskazała, że farmaceuci jako przedstawiciele jednego z zawodów medycznych muszą wziąć odpowiedzialność nie tylko za dostarczanie leków i ich wytwarzanie, lecz także za nadzorowanie ich stosowania przez chorych i personel medyczny. Na początku XXI w. Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej przypomniała, że to farmaceuci są odpowiedzialni za redukcję szkód wywołanych stosowaniem leków. Naturalną konsekwencją tych obowiązków było opracowanie i przygotowanie w 2020 r. przez Radę Europy rezolucji dotyczącej implementacji opieki farmaceutycznej w Europie, w dokumencie tym wskazano, że farmaceuci muszą wziąć odpowiedzialność za optymalizację farmakoterapii i przyczynić się

w ten sposób do poprawy wyników zdrowotnych pacjenta oraz do podniesienia jego jakości życia. Opieka farmaceutyczna to proces opierający się na współpracy z pacjentem i lekarzem, w którym farmaceuta po zebraniu informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta, w szczególności informacji o stosowanych przez niego lekach, identyfikuje problemy lekowe, a następnie podejmuje działania celem ich rozwiązania, co umożliwi w przyszłości optymalizację farmakoterapii pacjenta. Proces opieki farmaceutycznej prowadzony w sposób cykliczny powinien stanowić uzupełnienie regularnej opieki lekarskiej.

W ostatnich latach idea opieki farmaceutycznej znalazła odzwierciedlenie również w szeregu mniejszych usług oferowanych przez apteki, których zasadniczym celem jest także zapewnienie pacjentowi systematycznej współpracy z farmaceutą w sytuacjach, w których istnieje ryzyko popełnienia przez niego błędów lub zaniedbań związanych z przyjmowaniem leków. W wielu krajach na świecie w ramach opieki farmaceutycznej świadczone są przez farmaceutów dodatkowe usługi, np. podczas realizacji zleceń lekarskich. Do usług takich należą m.in. dodatkowa edukacja pacjentów, którym po raz pierwszy lekarz zlecił leki – w ramach takiej edukacji farmaceuta skupia się zarówno na edukacji dotyczącej substancji czynnej, jak i specjalistycznych urządzeń, takich jak inhalatory, wykorzystywanych do jej podania. Pacjentom stosującym już przez jakiś czas leki farmaceuci oferują usługi, które mają zapewnić ciągłość stosowania – to usługa kontynuacji recepty i nadzór nad farmakoterapią w ramach usługi przeglądu lekowego. Farmaceuci oczywiście wspomagają pacjentów w procesach samodzielnego stosowania leków w ramach usług doradztwa farmaceutycznego przy wyborze leku bez recepty czy doradztwa w drobnych dolegliwościach, w których farmaceuci mają prawo zlecić również wybrane leki dostępne tylko na receptę (m.in. niektóre antybiotyki).

Oczywiście farmaceuci włączani są również w działania na rzecz profilaktyki i promocji zdrowotnej – prowadzą w aptekach m.in. szczepienia ochronne czy przesiewowe programy wczesnego wykrywania niektórych chorób.

Jednak wciąż jednym z podstawowych zadań farmaceutów – w ramach opieki farmaceutycznej – jest wykrywanie i rozwiązywanie problemów lekowych. Problemem lekowym jest każde zdarzenie lub okoliczności związane z lekiem, które wpływają lub mogą wpłynąć na oczekiwany efekt terapii. Wśród problemów lekowych wyróżnia się problemy związane z efektywnością terapii, czyli sytuacje, w których pomimo prawidłowego stosowania lub zlecenia leków obserwujemy brak efektu lub nieoptymalny efekt leczenia, oraz takie sytuacje, gdy ujawniają się działania niepożądane. Poza tymi dwoma kategoriami w wyjątkowych sytuacjach wykryć można również problem zbędnej terapii lub niejasnych narzekań pacjenta na lek. Przyczyną problemów lekowych może być wybór nieodpowiedniej substancji czynnej, nieodpowiedniej dawki, postaci, długości terapii, wydanie lub zastosowanie nieodpowiedniego leku, problem może ujawnić się wskutek przejścia pacjenta z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnego lub odwrotnie, oczywiście problem może pojawić się również wskutek zamierzonego lub niezamierzonego odstawienia/ niezastosowania leku. Rozwiązanie problemu lekowego wymaga działań podejmowanych przez personel medyczny lub pacjenta i może polegać na zmianie lub odstawieniu substancji czynnej, zmianie postaci leku, jego instrukcji stosowania lub schematu dawkowania, oraz wdrożeniu nowego leczenia.

W Polsce analizy dotyczące występowania problemów lekowych prowadzone są już od ponad 10 lat na podstawie danych zebranych przez farmaceutów w ramach usług farmaceutycznych i na podstawie danych dostępnych w systemie opieki zdrowotnej, np. danych z dokumentacji medycznej czy danych sprzedażowych. Badania te wykazały, że w grupie pacjentów chorych przewlekle właściwie u każdego pacjenta na pewnym etapie leczenia ujawnia się jeden lub więcej problemów lekowych. W badaniach przeprowadzonych przez ośrodek Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego średnia liczba wykrytych problemów wyniosła ponad 8, a w tej grupie byli pacjenci, u których wykryto nawet 40 różnych problemów lekowych. Jedną z najczęstszych przyczyn problemów lekowych jest zamierzone lub niezamierzone pomijanie przez pacjentów dawek leków, określane w literaturze jako zjawisko „niestosowania się pacjenta do zaleceń terapeutycznych". Przeprowadzona analiza danych z recept wystawionych na terenie województwa lubuskiego wykazała, że wśród pacjentów stosujących statyny po pół roku od ich wypisania regularnie realizowało recepty zaledwie 20% chorych. Takie działanie pacjentów może mieć istotny wpływ na skuteczność farmakoterapii w przyszłości i wymaga zdecydowanych działań personelu

medycznego w celu jego eliminacji. Mając na uwadze skalę ujawnianych w polskiej populacji problemów lekowych, wydaje się, że należy przyspieszyć inicjatywy związane z implementacją opieki farmaceutycznej do polskiego systemu zdrowotnego. Farmaceuci są od lat przygotowani do wdrożenia usług, których celem jest optymalizacja farmakoterapii pacjentów, a działania, jeśli podjęte zostaną na skalę ogólnopolską, z całą pewności w przyszłości przyczynią się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów, a także zmniejszenia wydatków związanych z nieprawidłowo prowadzoną farmakoterapią.

Wykład **„Druk przestrzenny – panaceum na zmieniającą się rzeczywistość?"** wygłoszony został przez dr. Witolda Jamróza. Od zarania dziejów rozwój cywilizacyjny ludzkości jest związany z umiejętnością przezwyciężania przez nią niekorzystnych czynników środowiskowych. Badania naukowe oraz wprowadzanie nowoczesnych rozwiązań technologicznych umożliwiają rozwój skuteczniejszych metod terapii. Druk przestrzenny (ang. *three dimensional printing*, 3DP) wpisuje się w strategię przemysłu 4.0, którego ideą jest wspieranie tradycyjnych technik wytwarzania poprzez zastosowanie nowoczesnych technologii informatycznych.

Technologia druku przestrzennego polega na wytwarzaniu przedmiotów poprzez osadzanie kolejnych warstw materiału budulcowego, nakładanego przy użyciu głowicy drukującej lub wytwarzanego w procesie spiekania lub polimeryzacji odpowiednich materiałów. Prace rozwojowe i wdrożeniowe mające na celu rozwój technik druku przestrzennego prowadzone są od lat 70. XX w. Za początek ery druku przestrzennego przyjmuje się rok 1984, w którym udzielony został patent na metodę druku przestrzennego z żywic światłoutwardzalnych (stereolitografia, SLA). W następnych latach opracowano kolejne metody druku oparte na ekstruzji topionych polimerowych filamentów (ang. *fused deposition modeling*, FDM), spajania proszków lepiszczem (ang. *color jet printing*, CJP) lub spiekania proszków promieniem lasera (ang. *selective laser sintering*, SLS). Od momentu wdrożenia technik druku przestrzennego prowadzone są badania nad możliwością zastosowania tej metody w technologii farmaceutycznej. Jedna z pierwszych publikacji naukowych, dotyczących możliwości zastosowania metody CJP do wytwarzania stałych postaci leku poprzez spajanie proszków płynnym lepiszczem, ukazała się w 1996 r. – trzy lata po opatentowaniu tej metody [J Contr Rel, 1996; 40: 77–87]. Rozwój tej metody umożliwił w 2015 r. wprowadzenie do lecznictwa pierwszego leku wytwarzanego metodą druku przestrzennego – Spritam®. Preparat zawiera od 250 do 1000 mg lewetyracetamu – substancji o działaniu przeciwdrgawkowym. Poprzez zastosowanie 3DP uzyskano tabletki, które pomimo dużej dawki substancji leczniczej rozpadają się w kilka sekund, co umożliwia przyjęcie preparatu bezpośrednio – tabletka rozpada się w obrębie jamy ustnej (ang. *orally disintegrating tablet*, ODT) lub w formie sporządzonej uprzednio zawiesiny. Taka forma podania leku jest szczególnie korzystna w przypadku pacjentów z dysfagią, zwłaszcza pediatrycznych lub geriatrycznych. W chwili obecnej jest to jedyna technika umożliwiająca przygotowanie na skalę przemysłową wysokodawkowych preparatów ODT. Podejmowane są próby zastosowania metod polegających na stapianiu proszków promieniem lasera w celu uzyskania tabletek ODT. Technika ta pozwala na uniknięcie stosowania płynnego lepiszcza – wysoka temperatura stapiania może prowadzić do rozkładu substancji leczniczej.

Intensywnie badane są możliwości zastosowania także innych technik druku przestrzennego w technologii farmaceutycznej. Szczególnie interesujące wydaje się zastosowanie metod opartych na ekstruzji. Poprzez wytłaczanie pasty zawierającej substancje lecznicze oraz odpowiednie substancje pomocnicze uzyskano tabletkę zawierającą pięć substancji leczniczych: przeciwzakrzepową, moczopędną, obniżającą ciśnienie krwi i stężenie lipidów oraz wspomagającą pracę serca. Wieloskładnikowa tabletka zmniejsza ryzyko pominięcia przez pacjenta przyjęcia leku. Dodatkowo profil uwalniania każdej z substancji leczniczych może być modyfikowany [J Contr Rel, 2015; 271: 308–14]. Otrzymanie takiej formy klasycznymi metodami wytwarzania tabletek jest obecnie bardzo trudne. Druk 3D otwiera zatem możliwości personalizacji terapii oraz wytwarzania niewielkich serii leku różniących się dawką, profilem uwalniania.

W ramach prac badawczych realizowanych w Katedrze Technologii Postaci Leku i Biofarmacji CMUJ opracowano metodykę wytwarzania drukowanych przestrzennie tabletek poprzez koekstruzję dwóch filamentów o różnej rozpuszczalności w wodzie. Poprzez odpowiednie modyfikacje proporcji filamentów wydrukowano tabletki o odmiennym profilu uwalniania substancji leczniczej. Dodatkowo dzięki umieszczeniu warstwy z filamentu o szybkiej

rozpuszczalności w wodzie uzyskano formę o modyfikowanym uwalnianiu, tj. natychmiastowym i przedłużonym.

Analizowana jest także przydatność druku przestrzennego w pracy farmaceutów wykonujących leki recepturowe w aptekach szpitalnych i ogólnodostępnych, przed którymi stają nowe wyzwania związane z przygotowywaniem odpowiedniej dawki i formy leku, także z użyciem leków produkowanych przez przemysł, zwłaszcza w terapii pediatrycznej. Z opublikowanych wyników badań wynika, że zastosowanie druku przestrzennego może skrócić czas wykonywania postaci leku recepturowego oraz korzystnie wpłynąć na jednolitość dawki i powtarzalność procesu [Pharmaceutics, 2019; 11(7): 334].

O istotnej przydatności druku 3D w przezwyciężaniu niespodziewanych trudności można się było przekonać w 2020 r. W wyniku przerwania łańcucha dostaw spowodowanego zamknięciem granic oraz zwiększonym zapotrzebowaniem na środki ochrony osobistej w związku z pandemią COVID-19 pojawiła się pilna potrzeba zaopatrzenia ośrodków zdrowia w odpowiednie materiały. Na terenie województwa małopolskiego, dzięki skoordynowanej akcji „Przyłbica dla medyka", w przeciągu dwóch miesięcy (15 marca – 15 maja) wydrukowano ok. 22 600 sztuk przyłbic oraz dodatkowo: adaptery do masek, filtry, klamry. Była to niezbędna „pierwsza pomoc" w trudnym początkowym okresie pandemii, która umożliwiła funkcjonowanie aż do momentu wznowienia dostaw do ośrodków zdrowia.

Techniki druku przestrzennego mogą stać się istotnym elementem uzupełniającym wielkoseryjne metody wytwarzania postaci leku, a w pewnych przypadkach mogą nawet je zastąpić. Do zalet druku przestrzennego w technologii farmaceutycznej można zaliczyć:

- możliwość przygotowania postaci leku „na życzenie",
- personalizacja terapii poprzez modyfikację dawki, profilu uwalniania, formy postaci leku,
- druk wieloskładnikowy,
- wytwarzanie małych serii produktu leczniczego,
- automatyzację procesu wytwarzania stałych form w aptekach.

Niemniej pozostaje wiele problemów technologicznych i legislacyjnych, które należy rozwiązać przed wprowadzeniem druku na szeroką skalę.

Druk przestrzenny na stałe zagościł w świadomości społecznej. Jednak liczba użytkowników drukarek nie jest zbyt duża. Pomimo zmniejszających się kosztów zakupu urządzenia potrzebny jest zasób wiedzy i doświadczenie, aby drukarkę odpowiednio obsługiwać i, co najważniejsze, uzyskać satysfakcjonujący wydruk. Potrzeba zatem, aby do programów kształcenia na poziomie średnim lub nawet podstawowym wprowadzić elementy obsługi drukarek 3D oraz podstawy modelowania przestrzennego. W dniu 15 września 2021 r. został ogłoszony program „Laboratoria przyszłości", w ramach którego każda szkoła ma zostać wyposażona w drukarkę 3D. Jest to niewątpliwie postęp na drodze wprowadzania do edukacji nowoczesnych rozwiązań technologicznych. Niemniej powstaje pytanie, czy standardowe wyposażenie w jedną drukarkę przypadającą na 100 uczniów przyniesie wymierne korzyści edukacyjne? Należy bowiem pamiętać, że po nowoczesne rozwiązania sięga tylko nowocześnie kształcone pokolenie.

Piśmiennictwo

- American College of Clinical Pharmacy, Standards of practice for clinical pharmacists, Pharmacotherapy, 2014; 34(8): 794–97.
- Bartnik P., Drozd M., Problem polipragmazji u osób w podeszłym wieku na przykładzie 62-letniej kobiety, Farm Pol, 2019; 75(9): 486–89.
- Bryła A. i wsp., Farmacja kliniczna – na jakim etapie jesteśmy w Polsce? Farmacja Polska, 2020; 76(3): 175–82.
- Jamróz W., Kurek M., Szafraniec-Szczęsny J., Czech A., Gawlak K., Knapik-Kowalczuk J., Leszczyński B., Wróbel A., Paluch M., Jachowicz R., Speed it up, slow it down. An issue of bicalutamide release from 3D printed tablets, Eur J Pharm Sci, 2020; 143: 105169.
- Jamróz W., Kurek M., Czech A., Szafraniec J., Gawlak K., Jachowicz R., 3D printing of tablets containing amorphous aripiprazole by filaments co-extrusion, Eur J Pharm Biopharm, 2018; 131: 44–7.
- Jamróz W., Kurek M., Łyszczarz E., Szafraniec J., Knapik-Kowalczuk J., Syrek K., Paluch M., Jachowicz R., 3D printed orodispersible films with Aripiprazole, Int J Pharm, 2017; 533(2): 413–20.
- Jamróz W., Szafraniec J., Kurek M., Jachowicz R., Printing in Pharmaceutical and Medical Applications – Recent Achievements and Challenges, Pharm Res, 2018; 35(9): 176.
- Jamróz W., Pyteraf J., Kurek M., Knapik-Kowalczuk J., Szafraniec-Szczęsny J., Jurkiewicz K., Leszczyński B., Wróbel A., Paluch M., Jachowicz R., Multivariate Design of 3D Prin-

ted Immediate-Release Tablets with Liquid Crystal-Forming Drug—Itraconazole, Materials, 2020; 13: 4961.
- Pawłowska I. i wsp., Clinical and conventional pharmacy services in Polish hospitals: A national survey, Int. J Clin Pharm, 2016; 38(2): 271–79.
- Pyteraf J., Jamróz W., Kurek M., Szafraniec-Szczęsny J., Kramarczyk D., Jurkiewicz K., Knapik-Kowalczuk J., Tarasiuk J., Wroński S., Paluch M., Jachowicz R., How to Obtain the Maximum Properties Flexibility of 3D Printed Ketoprofen Tablets Using Only One Drug-Loaded Filament?, Molecules, 2021; 26: 3106.
- Skowron A., Dymek J., Rola farmaceuty w wykrywaniu problemów lekowych..., Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 2013; 11(1): 44–58.
- Szabla M., Polakowska M., Drozd M., Występowanie problemów lekowych u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i/lub dwunastnicy podczas leczenia w warunkach szpitalnych, Farm Pol, 2016; 72(10): 631–37.
- Wiśniowska B., Skowron A. Evaluation of patients' adherence to statins in Poland, CMRO, 2011; 27: 99–105.
- Zimmermann A. i wsp., Zawód farmaceuty. Komentarz praktyczny, Warszawa: Wolters Kluwer; 2021.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:47:57

PROFILAKTYKA I ZDROWIE PUBLICZNE

Kondycja fizyczna dzieci i młodzieży

Pod patronatem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

Moderator: prof. Bartosz Molik

Uczestnicy: dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak, prof. AWF w Krakowie,
prof. Monika Guszkowska, prof. Andrzej Kosmol,
dr hab. Agnieszka Maciejewska-Skrendo, prof. AWFiS w Gdańsku

Prof. Bartosz Molik

Stan kondycji fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce

Prelegent, dokonując przeglądu literatury nawiązującej do tematu, wskazał czynniki, które warunkują kondycję fizyczną dzieci i młodzieży, a m.in.: otyłość i nadwaga, wady postawy i obniżony poziom sprawności fizycznej.

Otyłość i nadwaga w Polsce – największy w Europie wzrost liczby osób wśród młodzieży w okresie wczesnej adolescencji. W latach 2014–2018 wzrost nadmiernej masy ciała o 2%. U 74% dzieci z otyłością stwierdzono nieprawidłowości w budowie ciała. W tym samym okresie odsetek nastolatków ćwiczących (4 x w tyg.) zmniejszył się z 40% do 33,1%. Natomiast odsetek nieaktywnych fizycznie zwiększył się z 46% w 2004 r. do 56% w 2017 r. i był to wzrost większy niż w UE (odpowiednio z 40% do 46%).

Raport z oceny poziomu aktywności fizycznej (AF) dzieci i młodzieży w wieku 3–19 lat wskazuje na potrzebę konkretnych działań (rekomendacje):
- zwiększenie udziału wszystkich grup wiekowych w zorganizowanych zajęciach sportowych pozaszkolnych,

- poprawa dostępu dla dzieci i młodzieży do infrastruktury sportowej w miejscu zamieszkania.
- promocja aktywności fizycznej wśród rodziców,
- dostęp dla nastolatków do nowych technologii monitorujących AF (m.in. mobilnych aplikacji).

Działania profilaktyczne, których skuteczność została potwierdzona w wielu krajach, w Polsce wymagają zmian (większa umieralność w Polsce niż średnia w UE; tylko 2,3% przeznacza się na profilaktykę i działania z zakresu zdrowia publicznego vs. 60% na leczenie).

Założenia programu MEiN „Aktywny powrót do szkoły" (prof. B. Molik).

Drugim podjętym zagadnieniem była pandemia COVID-19 i jej wpływ na spadek poziom AF. W Polsce opracowano program (przygotowany przez ponad 300 ekspertów – MEiN we współpracy z wszystkimi AWF-ami), który aktualnie jest realizowany i który ma przeciwdziałać negatywnym skutkom pandemii. W pierwszej fazie ok. 46 tys. nauczycieli zostało przeszkolonych do pracy z dziećmi i młodzieżą, uwzględniając aspekty zdrowotne, psychologiczne i metodyczne/ praktyczne.

W drugiej fazie stworzono warunki do realizacji dodatkowych zajęć pozalekcyjnych w tzw. sportklubach ukierunkowanych na redukcję efektu pocovidowego u dzieci i młodzieży szkolnej, a przez to poprawę kondycji fizycznej.

W trzeciej fazie projektu dokonana zostanie diagnoza i monitoring stanu kondycji fizycznej dzieci i młodzieży szkolnej. Program został zaplanowany do końca 2022 r.

Dr hab. Agnieszka Maciejewska-Skrendo, prof. AWFiS w Gdańsku

Zespół postcovidowy – jak wspierać powrót do zdrowia i pełnej aktywności u osób doświadczających długotrwałych skutków kontaktu z wirusem SARS-CoV-2?

W wystąpieniu zaprezentowano podstawowe zagadnienia związane z zespołem postcovidowym, w którym dolegliwości i objawy rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 (u większości osób objawy pojawiają się w czasie od 2 do 8 miesięcy od zakażenia) i trwają >12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania.

Początkowe ostrożne szacunki sugerowały, że około 10% osób, które przeszły infekcję SARS-CoV-2, doświadcza zjawiska w pełni rozwiniętego efektu postcovidowego. Najnowsze badania wskazują jednak, że odsetek ten może być znacznie wyższy – w niektórych badanych populacjach nawet co druga osoba raportuje przynajmniej jeden z objawów zaliczanych do katalogu objawów występujących przy zespole postcovidowym. Co najciekawsze, osoby z zespołem postcovidowym wcale nie musiały przechodzić choroby w sposób ciężki, część osób doświadczających tych odległych skutków przechodziła chorobę zupełnie bezobjawowo. Zjawisko to najlepiej, jak na razie, opisano u dorosłych, ale są już prace opisujące efekt postcovidowy u dzieci (zwykle od 9. do 15. r.ż.).

Zespół postcovidowy wyrażony jest zróżnicowanymi objawami, takimi jak: zmęczenie, duszności, krótki oddech, znaczny wzrost tętna podczas nawet niewielkiego wysiłku, bóle w klatce piersiowej, kołatanie serca, omdlenia, bóle i zawroty głowy, przejściowa utrata pamięci, zaburzenia poznawcze, depresja, osłabienie i bóle mięśni, drętwienie i mrowienie kończyn, bóle i opuchnięcia stawów, wysypki skórne (pęcherzykowe, zmiany plamkowo-grudkowe, pokrzywkowe lub odmrożeniowe na kończynach – tzw. covidowe palce), przetrwałe zaburzenia smaku i węchu, utrata apetytu, bóle brzucha, biegunki i wymioty, kaszel i bóle gardła.

W związku z faktem, iż jednym z najpowszechniej występujących objawów postcovidowych – zarówno u dorosłych, jak i u dzieci – są zaburzenia funkcjonalno-oddechowe, rekomenduje się, aby w odniesieniu do osób doświadczających długotrwałych skutków zdrowotnych kontaktu z wirusem SARS-CoV-2 wspierać przede wszystkim powrót do pełnej sprawności układu oddechowego. Ćwiczenia oddechowe są polecane przez WHO jako element samodzielnej rehabilitacji, dostępny dla wszystkich pacjentów po przebyciu COVID-19. Dzięki systematycznemu wykonywaniu ćwiczenia oddechowe zwiększają aktywność mięśni oddechowych w trakcie oddychania, przyczyniają się do wzrostu elastyczności pęcherzyków płucnych oraz efektywnej

pojemności oddechowej płuc, mają także znaczenie w kształtowaniu prawidłowej postawy ciała. Ćwiczenia oddechowe należy zacząć od nauki prawidłowego oddechu, przebiegającego z wykorzystaniem mieszanego toru oddechowego piersiowo-brzusznego. Podczas ćwiczeń (wykonywanych w stabilnej pozycji, w dobrze przewietrzanym pomieszczeniu) należy realizować wdech nosem i powolny wydech ustami, dążąc do uzyskania stosunku czasu wdechu do wydechu wynoszącego 1: 2. Ćwiczenia oddechowe wykonywane w seriach po 5–10 minut mogą być wplatane w programy innych ćwiczeń lub też mogą stanowić samodzielny program.

Powrót do pełnej aktywności fizycznej u osób doświadczających długotrwałych skutków kontaktu z wirusem SARS-CoV-2 powinien przebiegać po konsultacji z lekarzem. Ćwiczenia powinno rozpoczynać się najwcześniej 10 dni po chorobie, co najmniej 7 dni po ustąpieniu objawów. Podstawowym kryterium dopuszczającym aktywność fizyczną jest pełna zdolność do podejmowania czynności dnia codziennego oraz zdolność do przejścia 500 m w tempie marszu bez większego zmęczenia i problemów z oddychaniem. U osób adaptujących się na nowo do wysiłku fizycznego należy szczególnie uważnie obserwować oddech ćwiczącego oraz pojawiające się w trakcie ćwiczeń objawy zmęczenia. Do ich oceny można stosować wiele skal, spośród których WHO rekomenduje odmianę „testu mówienia/ śpiewania". W trakcie powrotu do aktywności fizycznej należy ponadto dokonywać ciągłej oceny obciążenia w wysiłku na podstawie monitorowania tętna maksymalnego, spoczynkowego i wysiłkowego. Należy bezwzględnie reagować zmianą obciążenia na pojawiające się u niektórych osób bóle w klatce piersiowej i znaczne przyspieszenie akcji serca, objawiające się tzw. kołataniem. W literaturze fachowej postuluje się, aby powrót do aktywności fizycznej po COVID-19 był podzielony na 5 etapów, których czas trwania zależy od stopnia nasilenia ewentualnych objawów postcovidowych:

- **Etap 1.:** powinien trwać minimum 2 dni, obejmuje około 15 minut/dzień lekkiej aktywności (jak chodzenie, wolny trucht, rower stacjonarny), obciążenie nie więcej niż 70% HRmax, bez treningu oporowego.
- **Etap 2.:** powinien trwać minimum 1 dzień (jeżeli poprzedni etap był stabilny i nie wywoływał dużych zmian zmęczenia), obejmuje około 30 minut/dzień ćwiczeń, podczas których można dodać proste aktywności utrudniające (np. elementy ćwiczeń zwinnościowych podczas wolnego truchtu), obciążenie nie więcej niż 80% HRmax, bez treningu oporowego.
- **Etap 3.:** powinien trwać minimum 1 dzień, obejmuje około 45 minut/dzień ćwiczeń z bardziej złożonymi zadaniami ruchowymi, obciążenie nie więcej niż 80% HRmax, można wprowadzać pierwsze elementy lekkiego treningu oporowego.
- **Etap 4.:** powinien trwać minimum 2 dni, obejmuje około 60 minut/dzień regularnych zajęć, obciążenie nie więcej niż 80% HRmax.
- **Etap 5.:** w ostatnim dniu programu powinien nastąpić powrót do pełnej aktywności sprzed COVID-19.

Dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak, prof. AWF w Krakowie,
prof. Monika Guszkowska

Znaczenie aktywności fizycznej w profilaktyce i terapii negatywnych następstw psychicznych pandemii COVID-19 u dzieci i młodzieży

Pierwsza część prezentacji dotyczyła zrozumienia zaistniałej sytuacji wywołanej przez epidemię COVID-19 oraz konsekwencji psychologicznych z niej wynikających. Należy mieć świadomość, że ludzie mogą tę specyficzną, uważaną za kryzysową sytuację postrzegać na różne sposoby – jako wyzwanie, ale też stratę czy zagrożenie. Będzie to rzutowało na sposób działania, a także reagowania emocjonalnego. Warto pamiętać, że konsekwencje natury psychologicznej związane z pandemią mogą dotyczyć różnych obszarów funkcjonowania człowieka: jego sfery emocjonalnej, społecznej czy dotyczącej samooceny. Wśród problemów natury emocjonalnej najczęściej obserwuje się zwiększenie poziomu lęku, wzrost agresji czy wzrost ryzyka depresji. Dotyczy to w zasadzie wszystkich grup wiekowych, choć objawy mogą się tu nieznacznie różnić. Szczególnie osoby zaangażowane w pracę z dziećmi

i młodzieżą (nauczyciele, trenerzy, personel medyczny), a także rodzice powinni mieć świadomość konsekwencji natury emocjonalnej występowania nasilonych nieprzyjemnych emocji w związku z sytuacją pandemii. Szczególnie istotna wydaje się obserwacja występujących objawów mogących wskazywać na obniżenie nastroju, depresję. Rekomenduje się wtedy interwencje psychologiczne lub nawet psychiatryczne. Ważny jest wzrost świadomości społecznej dotyczącej omawianego zakresu.

Kolejną grupą negatywnych konsekwencji, wynikających z pandemii oraz konieczności nauki zdalnej, obserwowanych u dzieci i młodzieży są zaburzenia rozwoju społecznego – uczniowie zostali pozbawieni bezpośredniego kontaktu z nauczycielami (także źródła wsparcia), zaburzyły się kontakty rówieśnicze, grupa rówieśnicza zaczęła być postrzegana jako źródło zagrożenia, a nie wsparcia. Rekomenduje się podjęcie działań mających na celu integrację oddziałów klasowych. Szczególne możliwości obserwuje się tu podczas lekcji wychowania fizycznego. Na lekcji WF nauczyciel, inicjując zadania i zabawy mające na celu integrację grupy, może niwelować negatywne skutki izolacji społecznej.

I wreszcie trzecia grupa konsekwencji psychologicznych – problemy dotyczące samooceny – postrzegania własnego ciała. Na skutek okresu izolacji, zdalnej nauki u dzieci i młodzieży obserwuje się obniżony poziom sprawności fizycznej, wzrost masy ciała uczniów. Do tego dochodzą naturalne zmiany w wyglądzie w wyniku np. dojrzewania. To powoduje u młodych ludzi obawy o odbiór sfery fizycznej przez grupę. Tu szczególnie nauczyciele wychowania fizycznego powinni z dużą ostrożnością i wyczuciem odnosić się do obserwowanych niekorzystnych zmian i poprzez właściwy dobór ćwiczeń, wzbudzanie motywacji wewnętrznej zachęcać dzieci i młodzież do aktywności fizycznej.

W drugiej części wystąpienia przedstawiono płynące z badań naukowych dowody świadczące o tym, że aktywność fizyczna może być wykorzystana w profilaktyce i terapii obniżenia nastroju i depresji, zaburzeń lękowych oraz w kształtowaniu pozytywnej samooceny u dzieci i młodzieży. Dane z przeglądów parasolowych wskazują, że aktywność fizyczna jest odwrotnie proporcjonalnie związana z depresją w okresie rozwojowym i redukuje nasilenie objawów depresji u dzieci i młodzieży, a efekt jest większy w populacji klinicznej osób cierpiących na depresję niż wśród osób zdrowych. Wyniki badań longitudinalnych świadczą o tym, że aktywność fizyczna chroni przed depresją. U dzieci i młodzieży uprawiających sport stwierdza się spadek poziomu lęku, badania dotyczące innych form aktywności fizycznej nie dostarczają wystarczająco silnych dowodów, że systematyczne ćwiczenia fizyczne powodują spadek poziomu lęku. Aktywność fizyczna jest pozytywnie związana z obrazem własnej osoby, wielkość efektu i siła związku jest zróżnicowana w zależności od wymiaru ja (samoocena, poczucie własnej wartości, ja fizyczne, poczucie kompetencji) oraz schematu badawczego.

Omówione wyniki badań pozwalają uznać, że zachodzi przyczynowy związek między aktywnością fizyczną i spadkiem depresji, natomiast w przypadku poziomu lęku i różnych wymiarów ja dowody są nieco słabsze.

Na podstawie aktualnej wiedzy możemy rekomendować aktywność fizyczną jako narzędzie przeciwdziałania zaburzeniom depresyjnym i (z większą ostrożnością) lękowym, jako wspomaganie ich terapii oraz jako sposób kształtowania pozytywnego obrazu własnej osoby u dzieci i młodzieży.

Prof. Andrzej Kosmol

Aktywność fizyczna po pandemii COVID-19 – ograniczenia i potrzeby. Alfabet fizyczny

W wystąpieniu podjęto dwa zagadnienia:

1. Projekt MEiN „Aktywny powrót do szkoły" – aspekty metodyczne (obok wcześniej podjętych aspektów zdrowotnych i psychologicznych).
2. Koncepcja alfabetu fizycznego – „społeczeństwo wykształcone fizycznie".

Ad. 1. Projekt MEiN w tej części był związany z metodycznymi aspektami AF i obejmował szkolenie (warsztaty) nauczycieli na wszystkich poziomach

kształcenia (klasy 1–3, 4–8 i szkoły ponadpodstawowe) w 3 obszarach działania:

- przeciwdziałanie skutkom hipokinezji,
- przeciwdziałanie skutkom izolacji społecznej,
- przeciwdziałanie skutkom zdrowotnym pojawiającym się po przebyciu COVID-19 lub wspomaganie odporności organizmu.

Tak przygotowani nauczyciele mają do dyspozycji dodatkowe godziny zajęć z AF (2 h/tyg.) i mogą realizować w tzw. sportklubach autorskie programy o charakterze wyrównawczym, kompensacyjnym, ukierunkowane na szybszy powrót dzieci i młodzieży do poziomu możliwości ruchowych sprzed pandemii.

Porównanie wytycznych WHO (60 min/dzienne) z ich realizacją w polskiej szkole wskazuje na potrzebę znalezienia rozwiązania, które pozwoli na poprawę wskaźników związanych z podejmowaniem AF: tylko 20% dzieci posiada prawidłową AF w ciągu tygodnia, 23% dziewcząt i 25% chłopców ma nadwagę i otyłość. W okresie stanu epidemicznego w większości zawieszono zajęcia sportowe, co dodatkowo ograniczyło AF dzieci i młodzieży. Z badań wynika, że dla około 20–40% uczniów liczba lekcji WF, w których uczestniczą, jest znacznie mniejsza od zaplanowanej przez ustawodawcę. Uniemożliwia to osiągnięcie przez młodzież zalecanego poziomu AF. W celu przeciwdziałania temu niekorzystnemu zjawisku niezbędne jest podjęcie działań:

- systemowych w resorcie edukacji,
- zaangażowanie nauczycieli WF i lekarzy,
- edukacja uczniów i rodziców.

Ad. 2. Zastanawiając się nad przyczynami tak niskiego udziału dzieci i młodzieży w AF, odwołano się do koncepcji określanej w literaturze jako alfabet fizyczny (ang. *physical literacy*), który dotyczy nabywania przez dzieci podstawowych umiejętności ruchowych (PUR). **Uważa się, że jeżeli dzieci w klasach 1–3 (a nawet wcześniej – od 5. r.ż.) nie opanują podstawowych umiejętności ruchowych (alfabetu fizycznego), to w przyszłości będą miały trudności z podejmowaniem AF, a w dalszej kolejności z dbałością o zdrowie i jakość życia.** Do PUR zalicza się takie umiejętności jak: chód, bieg, skip, skok, rzut, chwyt, kopnięcie, uderzenie, równowaga. Wiele dzieci „spóźnia się" z nabywaniem PUR. Dojrzała postać PUR jest osiągana pomiędzy 5. a 10. rokiem życia. Eksperci uważają, że ok. 40% dzieci wymaga „interwencji" lub wysiłku dydaktycznego, aby pomóc im rozwinąć podstawy alfabetu ruchowego (PUR). **Konsekwencje braków lub pomijania kształcenia w zakresie PUR** ujawnią się w przyszłości, w pewnym uproszczeniu, brakiem uczestnictwa w AF, np.:

- jeśli nie umiesz – CHODZIĆ/ BIEGAĆ – **NIE WEŹMIESZ UDZIAŁU w takich aktywnościach jak koszykówka czy jogging,**
- jeśli nie umiesz – RZUCAĆ/ PODAWAĆ – **NIE WEŹMIESZ UDZIAŁU w takich aktywnościach jak freesbe czy kręgle,**
- jeśli nie umiesz – UDERZAĆ – **NIE WEŹMIESZ UDZIAŁU w takich aktywnościach jak badminton, squshe, tenis,**
- jeśli nie umiesz – PŁYWAĆ – **NIE WEŹMIESZ UDZIAŁU w takich aktywnościach jak: nurkowanie, pływanie kajakiem, żeglowanie, surfowanie, skakanie do wody.**

Alfabet fizyczny daje dzieciom narzędzia potrzebne do podejmowania AF i uprawiania sportu, zarówno dla cieszenia się zdrowiem przez całe życie, jak i osiągania sukcesów sportowych.

„Osoby, które są wykształcone fizycznie, poruszają się z większą kompetencją i pewnością w szerokim zakresie AF w różnorodnych środowiskach, które korzystnie wpływają na zdrowy rozwój jednostki".

W definicji alfabetyzmu podkreśla się kompetencje podstawowe, do których zaliczamy umiejętność czytania, pisania oraz liczenia. Czy w dzisiejszych czasach do takich podstawowych kompetencji powinniśmy zaliczyć znajomość alfabetu fizycznego? Czy AF jest takim lekarstwem, które powinno wejść do kanonu wykształcenia fizycznego społeczeństwa? Czy zapewnienie środowiska różnorodnych, bogatych i pozbawionych uprzedzeń możliwości uczestnictwa w AF w całym okresie życia powinniśmy uznać za podstawowy element wykształcenia człowieka?

Koncepcja alfabetu fizycznego została podjęta m.in. w „British Journal of Sport Medicine" w pracy z 2018 r. „Dlaczego powinniśmy przyjąć tę koncepcję?". Podkreślono w niej rolę lekarza medycyny sportowej w rozwijaniu alfabetyzmu fizycznego. Uznano, że nadanie priorytetu interesariuszom, takim jak: opieka zdrowotna, lekarze i pracownicy

służby zdrowia, w celu uwzględnienia w ich programach kształcenia i certyfikacji także zasad alfabetyzacji fizycznej jako potencjału do wspierania aktywności na całe życie dla wszystkich, może sprzyjać także kształtowaniu bezpieczniejszych i zdrowszych społeczeństw.

Kraje, które wdrożyły podejście do AF oparte na alfabecie fizycznym, to m.in. Kanada, Walia, Anglia, USA, Australia, Nowa Zelandia, Irlandia Północna, Szkocja, Holandia, Wenezuela. Model społecznego podejścia do AF i sportu w tych krajach jest oparty na alfabecie fizycznym (do 12. r.ż.), skoncentrowany na umiejętnościach, nabywaniu pewności siebie i rozwijaniu chęci bycia aktywnym. Na szczycie zorganizowanym przez Instytut Aspen odwołano się do słów Papieża: **„Każde dziecko ma prawo nie być mistrzem"**, ale może cieszyć się z udziału w różnych formach AF dla zdrowia, przyjemności i dbałości o jakość życia.

Rekomendacje należy powiązać z ograniczeniami i potrzebami. Potrzeby wynikają z tytułu Kongresu „Zdrowie Polaków" – wiążą się z myślą o przyszłości. Wystąpienie było próbą poszukiwania rozwiązań, przekonania odbiorców, że jeżeli uznamy AF za profilaktyczny lek dla każdego oraz zasadność potrzeby „społeczeństwa wykształconego fizycznie", to alfabet fizyczny powinien należeć do podstawowych kompetencji człowieka (obok czytania, pisania i liczenia), a co za tym idzie, należy stworzyć warunki do jego rozwoju na najwyższym poziomie zarówno w szkole, jak i pozaszkolnych wyspecjalizowanych instytucjach państwowych, społecznych, a także prywatnych. Wiek 5–12 lat jest krytyczny dla opanowania przez dzieci alfabetu fizycznego jako podstawy podejmowania w przyszłości satysfakcjonującej AF dla zdrowia. Działania w tym zakresie wymagają zmian systemowych.

Zalecenia i rekomendacje (podsumowanie):

1. **Stan kondycji**
   - zwiększenie udziału wszystkich grup wiekowych w zorganizowanych zajęciach sportowych pozaszkolnych,
   - promowanie aktywnego transportu do przedszkoli i szkoły,
   - poprawa dostępu do infrastruktury sportowej w miejscu zamieszkania dla dzieci i młodzieży,
   - promocja aktywności fizycznej wśród rodziców,
   - dostęp do nowych technologii monitorujących AF dla nastolatków (mobilne aplikacje).
2. **Aspekty zdrowotne**
   Pięć etapów powrotu do aktywności fizycznej po COVID-19 (czas trwania zależy od stopnia nasilenia ewentualnych objawów postcovidowych):
   Etap 1.: powinien trwać minimum 2 dni, obejmuje około 15 minut/dzień lekkiej aktywności (jak chodzenie, wolny trucht, rower stacjonarny), obciążenie nie więcej niż 70% HRmax, bez treningu oporowego.
   Etap 2.: powinien trwać minimum 1 dzień (jeżeli poprzedni etap był stabilny i nie wywoływał dużych zmian zmęczenia), obejmuje około 30 minut/dzień ćwiczeń, podczas których można dodać proste aktywności utrudniające (np. elementy ćwiczeń zwinnościowych podczas wolnego truchtu), obciążenie nie więcej niż 80% HRmax, bez treningu oporowego.
   Etap 3.: powinien trwać minimum 1 dzień, obejmuje około 45 minut/dzień ćwiczeń z bardziej złożonymi zadaniami ruchowymi, obciążenie nie więcej niż 80% HRmax, można wprowadzać pierwsze elementy lekkiego treningu oporowego.
   Etap 4.: powinien trwać minimum 2 dni, obejmuje około 60 minut/dzień regularnych zajęć, obciążenie nie więcej niż 80% HRmax,
   Etap 5.: w ostatnim dniu programu powinien nastąpić powrót do pełnej aktywności sprzed COVID-19.
3. **Aspekty psychologiczne**
   Na podstawie aktualnej wiedzy możemy rekomendować aktywność fizyczną jako narzędzie przeciwdziałania zaburzeniom depresyjnym i (z większą ostrożnością) lękowym oraz wspomagania ich terapii oraz jako sposób kształtowania pozytywnego obrazu własnej osoby u dzieci i młodzieży.
4. **Aspekty metodyczne**
   Rekomendacje: należy rozważyć wdrożenie koncepcji alfabetu fizycznego jako podstawy do przygotowania społeczeństwa wykształconego fizycznie. Wiek 5–12 lat jest krytyczny dla opanowania przez dzieci alfabetu fizycznego jako podstawy podejmowania w przyszłości satysfakcjonującej AF dla zdrowia. Działania w tym zakresie wymagają zmian systemowych.

Należy stworzyć warunki do wdrożenia koncepcji alfabetu fizycznego na najwyższym poziomie zarówno w szkole, jak i pozaszkolnych wyspecjalizowanych instytucjach państwowych, społecznych, a także prywatnych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:00:20

Naturalne metody wspierania odporności organizmu poprzez żywność i żywienie

Moderator: prof. Maria H. Borawska

Uczestnicy: dr hab. Jerzy Bertrandt, prof. PWS, dr hab. Sławomira Drzymała-Czyż, dr hab. Małgorzata Grembecka, dr hab. Wojciech Koch, prof. UM w Lublinie, dr hab. Hanna Mojska, prof. NIZP-PZH-PIB, prof. Regina Olędzka, prof. Małgorzata Schlegel-Zawadzka, dr hab. Katarzyna Socha

Prof. Małgorzata Schlegel-Zawadzka

Zalecenia żywieniowe, szczególnie dla osób starszych, wspierające odporność organizmu

Ostatnie 1,5 roku w dobie pandemii COVID-19 pokazało, że najbardziej narażoną grupą są osoby starsze, czyli mające powyżej 65 lat. Europejskie Towarzystwo Medycyny Geriatrycznej oficjalnie stwierdziło, że śmiertelność w grupie zakażonych osób powyżej 80. roku życia wynosi 15%, podczas gdy u osób poniżej 50. r.ż. wynosi jedynie 0,5% [1].

Istotnym czynnikiem w każdej chorobie jest stan odżywienia pacjenta, szczególnie gdy jest on starszy. Niedożywienie prawie trzykrotnie bardziej naraża osoby na ryzyko infekcji i wydłuża ich pobyt w szpitalu [2]. U osób starszych powyżej 60. roku życia według WHO przyczyny niedożywienia mają różne podłoże. Opracowanie zwraca uwagę na: zmiany fizjologiczne organizmu (zmiany w mechanizmach regulacji głodu i sytości, obniżenie zdolności do odczuwania pragnienia oraz odczuwania zapachu i smaku), ograniczenia fizyczne, stan psychiczny (demencja, depresja, wdowieństwo, żałoba, niepokój), status społeczny (izolacja, samotność, słaba adaptacja w ośrodkach opieki), stan zdrowia (ostre i przewlekłe choroby, zażywane leki, choroby układu pokarmowego), styl życia (palenie, picie alkoholu, brak aktywności fizycznej), choroby przewlekłe niezakaźne, bezpieczeństwo finansowe (niedobory finansowe ograniczają jakość i ilość spożywanej żywności), izolacja społeczna (osoby samotne nie poświęcają dużo czasu na gotowanie i jedzenie, często nie są w stanie dźwigać toreb z zakupami powyżej 5 kg) [3]. Istotnym czynnikiem mającym wpływ na zdrowie osób starszych jest podejmowanie aktywności fizycznej. Coker i wsp. badali wpływ pobytu w łóżku przez 10 dni zdrowych starszych osób w wieku 60–85 lat. Wykazali oni istotne zmiany w utracie masy ciała, BMI, całkowitej masy beztłuszczowej, jakości mięśni, izometrycznym i koncentrycznym wyprostowaniu kolan, sile wchodzenia i schodzenia po schodach oraz wydłużonym czasie, również w pięciominutowym chodzie, i prędkości chodzenia. Po badaniach osoby te były rehabilitowane przez 3 miesiące, aby powrócić do poprzedniego stanu zdrowia [4].

Aktualne zalecenia Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk, jak również Europejskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego i Metabolizmu (ESPEN) w dobie pandemii

COVID-19 odnoszą się do zwiększenia odporności osób, które są szczególnie narażone na zachorowanie [5,6]. Zalecenia te zwracają uwagę na zapobieganie występowania ryzyka niedożywienia i postępowanie, kiedy ono już istnieje. Istotnym faktem jest sposób jego identyfikacji. W przypadku osób powyżej 65. r.ż. z wielochorobowością jest to 27 kcal/kg masy ciała dziennie. Osoby, które mają niedożywienie, powinni być suplementowane witaminami (D, A, E, B6, B12, C) i składnikami mineralnymi (Zn, Se). Dodatkowo zaleca się podejmowanie aktywności fizycznej codziennie powyżej 30 minut lub co drugi dzień powyżej 1 godziny. W przypadkach, gdy trudne jest pokrycie zapotrzebowania na składniki odżywcze poleca się doustne suplementy żywieniowe, które dostarczą co najmniej 400 kcal/dzień i zawierają 30 g białka lub więcej.

U osób starszych ważne jest również zwrócenie uwagi na higienę jamy ustnej i dopasowanie przygotowywanych potraw do możliwości ich spożycia. Zażywane leki mogą wpływać na zaburzenia smaku poprzez osłabienie jego odczuwania lub zmienione odbieranie wrażeń smakowych. Podobnie występowanie suchości jamy ustnej czy nudności mogą być ubocznym efektem działania leków.

Piśmiennictwo

1. European Geriatric Medicine Society: Statement of the EuGMS Executive Board on the COVID-19 epidemic, https://www.eugms.org/fileadmin/user_upload/News_Documents/News_2020/EuGMS_Statement_on_COVID-19.pdf (data dostępu 13.05.2021).
2. Ljunquist O., van Gossum A., Sanz M.L., de Man F., The European fight against malnutrition, Clin Nutr, 2010; 29(2): 149–50.
3. WHO. World Health Organization Ageing and Health.
4. Coker R.H., Hays N.P., Williams R.H., Wolfe R.R., Evans W.J. Bed rest promotes reductions in walking speed, functional parameters and aerobic fitness in older people, healthy adults, J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 2015; 70(1): 91–6.
5. Stanowisko Komitetu Żywienia Człowieka Polskiej Akademii Nauk w sprawie zaleceń żywieniowych podczas pandemii COVID-19. 23.04.2021 r., www.knozc.pan.pl (data dostępu 13.05.2021).
6. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection, Clin Nutr ESPEN, 2020; 39: 1631–38.

Dr hab. Małgorzata Grembecka

Witamina D – naturalny składnik diety wspierający naszą odporność

Nie od dziś wiadomo, że prawidłowo zbilansowana dieta korzystnie wpływa na nasz układ immunologiczny. Bardzo ważnymi składnikami odżywczymi diety o działaniu regulatorowym są witaminy, spośród których na szczególną uwagę zasługuje witamina D, której niedobór stanowi poważny problem zdrowia publicznego.

Poziom tego związku w organizmie jest wyznaczany poprzez pomiar stężenia 25-hydroksycholekalcyferolu (25(OH)D), które optymalnie powinno wynosić 30–50 ng/mL (75–125 nmol/L). Jednak jego preferowany zakres, w celu uzyskania efektu immunoprewencyjnego, wynosi 40–60 ng/mL [2]. Według jednego z dużych badań obserwacyjnych [1] ok. 40% Europejczyków ma niedobór witaminy D, a na całym świecie z powodu jej niedoboru cierpi ok. 1 mld osób [2].

Witamina D, oprócz regulowania homeostazy wapniowo-fosforanowej, gospodarki wodno-elektrolitowej i hormonalnej, odgrywa również kluczową rolę w immunomodulacji, w szczególności w proliferacji i różnicowaniu komórek układu immunologicznego. Bierze udział m.in. w hamowaniu ekspresji cytokin prozapalnych i zwiększeniu ekspresji cytokin przeciwzapalnych. Aktywny metabolit witaminy D (1,25(OH)2D), zwany również kalcytriolem, działa jako ligand dla receptorów jądrowych specyficznych dla witaminy D (VDR), znajdujących się w większości ludzkich komórek. Receptory te występują także w limfocytach T i B, jak również komórkach dendrytycznych, monocytach i makrofagach. Wykazano, że kalcytriol może kontrolować ponad 200 różnych genów (3–5% genomu), a poza tym wykazywać działanie autokrynne, parakrynne i endokrynne [2]. Aktywny metabolit pobudza również syntezę peptydów antybakteryjnych (m.in. defensyn i katelicydyn), które wykazują silne działanie przeciwbakteryjne i przeciwwirusowe [2,3].

Epidemia COVID-19 zwiększyła zainteresowanie pacjentów naturalnymi metodami wzmacniania odporności, jak również potencjalnymi czynnikami profilaktycznymi przeciwko zakażeniu koronoawirusem. Niektóre z badań obserwacyjnych potwierdzają potencjalne terapeutyczne zastosowanie witaminy D, której niższy poziom we krwi został skorelowany z gorszymi wynikami leczenia pacjentów z ostrym przebiegiem COVID-19 [4]. Jak do tej pory brakuje bezpośredniego powiązania pomiędzy poziomem witaminy D3 a zachorowalnością na COVID-19, jednak taką pośrednią zależność wykazano w przypadku infekcji dróg oddechowych [5].

Zgodnie z zaleceniami postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych na dzień 26 kwietnia 2021 r. [6], wskazana jest suplementacja diety witaminą D3 u każdego pacjenta zgodnie z rekomendacjami dla populacji polskiej, które wynoszą dla osób dorosłych maksymalnie 2000 j.m./dobę, a dla osób starszych (>75 r.ż.) – 4000 j.m./dobę [7]. Zalecenie to było podyktowane wynikami badań klinicznych [8], które sugerują ryzyko cięższego przebiegu COVID-19 u pacjentów z niedoborami tej witaminy, przy jednoczesnym małym ryzyku związanym ze stosowaniem jej preparatów. Należy jednak pamiętać, że podstawowym źródłem tej witaminy, oprócz endogennej syntezy w skórze pod wpływem światła słonecznego, jest żywność, w szczególności tłuste ryby i jaja.

Piśmiennictwo

1. Cashman K.D., Dowling K.G., Škrabáková Z., Gonzalez-Gross M., Valtueña J., De Henauw S., et al., Vitamin D deficiency in Europe: pandemic?, Am J Clin Nutr, 2016; 103: 1033–44.
2. Gröber U., Holick M.F., The coronavirus disease (COVID-19) – a supportive approach with selected micronutrients, Int J Vitam Nutr Res, 2021; 1–22.
3. Lisowska K.A., Bryl E., Rola witaminy D w rozwoju chorób autoimmunologicznych, Postępy Higieny i Medycyny Doświadczalnej, 2017; 71: 797–810.
4. Ali N., Role of vitamin D in preventing of COVID-19 infection, progression and severity, J Infect Public Health 2020; 13(10): 1373–80.
5. Vimaleswaran K.S., Forouhi N.G., Khunti K., Vitamin D and COVID-19, BMJ, 2021; 372: N544.
6. Zalecenia postępowania w zakażeniach SARS-CoV-2 Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych (26.04.2021), https://www.mp.pl/covid19/zalecenia/265853,zalecenia-postepowania-w-zakazeniach-sars-cov-2-polskiego-towarzystwa-epidemiologow-i-lekarzy-chorob-zakaznych-26042021.
7. Uchwała nr 1/2021 z dnia 19 lutego 2021 r. zmieniająca Uchwałę nr 4/2019 w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej maksymalnej dawki witaminy D w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety.
8. Castillo M.E., Costa L.M.E., Barrios J.M.V., et al., Effect of calcifediol treatment and best available therapy versus best available therapy on intensive care unit admission and mortality among patients hospitalized for COVID-19: A pilot randomized clinical study, J Steroid Biochem Mol Biol, 2020; 203: 105751.

Dr hab. Katarzyna Socha

Cynk i selen a odporność organizmu

Składniki mineralne są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu, pełnią m.in. funkcje budulcowe, wchodzą w skład enzymów ustrojowych, odpowiadają za utrzymanie prawidłowego ciśnienia krwi, równowagi kwasowo-zasadowej, regulują gospodarkę wodną organizmu. W zależności od zawartości w ustroju i niezbędnej ilości w diecie dzieli się je na makro – i mikroelementy. Mikroelementy to pierwiastki, których zawartość w organizmie człowieka wynosi mniej niż 0,1%, a zapotrzebowanie w diecie wynosi poniżej 100 mg/dziennie. Należą do nich m.in. pierwiastki o działaniu antyoksydacyjnym, takie jak cynk i selen[1].

Cynk (Zn) występuje w takich produktach jak: ostrygi, mięso, pestki dyni i słonecznika, kasze, orzechy, produkty zbożowe z pełnego przemiału[2]. Zapotrzebowanie dzienne na ten pierwiastek wynosi 8 mg dla kobiet i 11 mg dla mężczyzn[1]. Zn jest składnikiem lub kofaktorem ok. 300 enzymów (m.in. oksydorektuktazy, transferazy, liazy, izomerazy, ligazy) biorących udział w różnorodnych przemianach ustrojowych. Jednym z istotniejszych jest, zależna także od miedzi, dysmutaza ponadtlenkowa

(Cu/Zn-SOD), odpowiedzialna za właściwości antyoksydacyjne. Zn wykazuje działanie przeciwzapalne, przeciwwirusowe, jest m.in. niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu rozrodczego, nerwowego oraz immunologicznego, a także do odczuwania smaku oraz zachowania zdrowego wyglądu skóry, włosów i paznokci. Zn zwiększa sprawność układu odpornościowego uczestnicząc m.in. w tworzeniu i przyspieszaniu dojrzewania limfocytów T, jedynych z najważniejszych komórek odpowiedzialnych za odporność. Niedobór tego mikroelementu powoduje zmniejszoną sprawność układu odpornościowego, m.in. poprzez zaburzenie funkcji makrofagów, neutrofili i komórek NK. Niskie stężenie Zn w organizmie koreluje z częstszą zachorowalnością na zapalenie płuc oraz infekcje górnych dróg oddechowych u dzieci i osób starszych[3–6].

Selen (Se) jest mikroelementem, którego zarówno niedobór, jak i nadmiar jest niekorzystny. Zapotrzebowanie na ten pierwiastek wynosi 55 µg/dziennie[1], a jego zawartość w żywności jest zależna od ilości Se w środowisku. Polska należy do krajów o stosunkowo niskiej zawartości Se[7]. Pierwiastek ten występuje m.in. w rybach, owocach morza, mięsie, grzybach, czosnku, wyjątkowo bogate w Se są orzechy brazylijskie[8]. Se wchodzi w skład ponad 30 selenoproteinaz, zwanych także enzymami selenozależnymi, takich jak: peroksydaza glutationowa (GPx), reduktaza tioredoksyny, selenoproteina P czy 5-dejodazajodotyroniny[9]. GPX umożliwia redukcję nadtlenków i dezaktywację rodników tlenowych, przez co wykazuje silne działanie antyoksydacyjne i obniża ryzyko wystąpienia chorób zapalnych, nowotworowych, układu sercowo-naczyniowego, wirusowych i autoimmunologicznych. Selenoproteina P oraz reduktaza tioredoksyny również pełnią funkcję antyoksydacyjną. Dane literaturowe wskazują na istotny wpływ Se na funkcje układu immunologicznego. Niektóre leukocyty (neutrofile i monocyty) niszczą patogeny na drodze wybuchu tlenowego, wytwarzając w tym procesie duże ilości reaktywnych form tlenu, co ma istotne znaczenie w ochronie organizmu przed drobnoustrojami, jednak wiąże się z ryzykiem uszkodzenia własnych komórek. Wówczas m.in. selenoproteiny odpowiadają za ochronę komórek przed wytworzonymi produktami reakcji oksydacji[10,11]. W badaniach John i wsp.[12] potwierdzono ochronną rolę Se na komórki, poprzez wspomniane wcześniej działanie antyoksydacyjne. GPx oraz reduktaza tioredoksyny zapobiegają tworzeniu nadtlenku wodoru, peroksydacji fosfolipidów błon komórkowych oraz uszkodzeniu leukocytów przez wolne rodniki. Wykazano też, że niedobór Se prowadzi do zaburzenia funkcji limfocytów i produkcji przeciwciał, a jego uzupełnienie stymuluje proliferację tych komórek. Dodatkowo istotny jest wpływ Se na ekspresję receptorów dla cytokin pobudzających aktywację i różnicowanie limfocytów CD4+[9]. Se obniża też produkcję prozapalnych prostaglandyn oraz leukotrienów, co ma istotny wpływ na redukcję stanu zapalnego[10,11]. Dlatego uważa się, że rola Se w regulacji układu odpornościowego jest podwójna – zapewnia on prawidłowe, obronne działanie układu immunologicznego oraz zapobiega jego nadmiernej aktywacji.

W badaniach własnych zaobserwowaliśmy obniżone stężenie Zn i Se w surowicy w przypadku nowotworów, chorób neurodegeneracyjnych (choroba Alzheimera i Parkinsona) oraz chorób autoimmunologicznych (choroba Hashimoto, stwardnienie rozsiane, bielactwo, łuszczyca) w porównaniu do osób zdrowych[13–16]. Dane literaturowe wskazują także na istotne znaczenie tych mikroelementów w przebiegu COVID-19[17–19].

Piśmiennictwo

1. Jarosz M., Rychlik E., Stoś K., Charzewska J., Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie, Warszawa: NCEŻ; 2020.
2. Kuchanowicz H., Przygoda B., Nadolna I., Iwanow K., Tabele składu i wartości odżywczej żywności, Warszawa: PZWL; 2020.
3. Prasad A.S. Zinc in human health: effect of zinc on immune cells, Mol Med, 2008; 14(5–6): 353–7.
4. Gammoh N.Z., Rink L., Zinc in infection and inflammation, Nutrients, 2017; 9: 624.
5. Rink L., Zinc and the immune system, Proceedings of the Nutrition Society, 2000; 59(4): 541–52.
6. Hemilä H., Petrus E.J., Fitzgerald J.T., Prasad A., Zinc acetate lozenges for treating the common cold: an individual patient data meta-analysis, Br J Clin Pharmacol, 2016; 82: 1393–8.
7. Wąsowicz W., Gromadzińska J., Rydzyński K., Tomczak J., Selenium status of low-selenium area residents: Polish experience, Toxicol Lett, 2003; 137: 95–101.
8. Silva Junior E.C., Wadt L.H.O., Silva K.E., Lima R.M.B., Batista K.D., Guedes M.C., Carvalho G.S., Carvalho T.S., Reis A.R., Lopes G., Guilherme L.R.G., Natural variation

of selenium in Brazilnuts and soils from the Amazon region, Chemosphere, 2017; 188: 650–8.
9. Rayman M.P. The importance of selenium to human health, Lancet, 2000; 356(9225): 233–41.
10. Spallholz J.E., Boylan L., Larsen H.S., Advances in understanding selenium's role in the immune system, Ann N Y Acad Sci, 1990; 587(1): 123–39.
11. Gärtner R., Gasnier B.C., Dietrich J.W., Krebs B., Angstwurm M.W., Selenium supplementation in patients with autoimmune thyroiditis decreases thyroid peroxidase antibodies concentrations, Clin Endocrinol Metab, 2002; 87(4): 1687–91.
12. John R.A., McKenzie R.C., Beckett G.J. Selenium in the Immune System, J Nutr, 2003; 133(5): 1457–59.
13. Socha K., Klimiuk K., Naliwajko S.K., Soroczyńska J., Puścion-Jakubik A., Markiewicz-Żukowska R., Kochanowicz J., Dietary Habits, Selenium, Copper, Zinc and Total Antioxidant Status in Serum in Relation to Cognitive Functions of Patients with Alzheimer's Disease, Nutrients, 2021; 13(2): 287.
14. Socha K., Kochanowicz J., Karpińska E., Soroczyńska J., Jakoniuk M., Mariak Z., Borawska M.H., Dietary habits and selenium, glutathione peroxidase and total antioxidant status in the serum of patients with relapsing-remitting multiple sclerosis, Nutr J, 2014; 13: 62.
15. Wacewicz M., Socha K., Soroczyńska J., Niczyporuk M., Aleksiejczuk P., Ostrowska J., Borawska M.H., Selenium, zinc, copper, Cu/Zn ratio and total antioxidant status in the serum of vitiligo patients treated by narrow-band ultraviolet-B phototherapy, J Dermatolog Treat, 2018, 29(2): 190–5.
16. Wacewicz M., Socha K., Soroczyńska J., Niczyporuk M., Aleksiejczuk P., Ostrowska J., Borawska M.H. Concentration of selenium, zinc, copper, Cu/Zn ratio, total antioxidant status and c-reactive protein in the serum of patients with psoriasis treated by narrow-band ultraviolet B phototherapy: A case-control study, J Trace Elem Med Biol, 2017; 44: 109–14.
17. Frontera J.A., Rahimian J.O., Yaghi S., Liu M., Lewis A., de Havenon A., Mainali S., Huang J., Scher E., Wisniewski T., Troxel A.B., Meropol S., Balcer L.J., Galetta S.L., Treatment with zincis associated with reduced in-hospital mortality among COVID-19 patients: A Multi-Center Cohort Study, Res Sq, 2020; 26: rs.3.rs-94509.
18. Alexander J., Tinkov A., Strand T.A., Alehagen U., Skalny A., Aaseth J., Early nutritional interventions with zinc, selenium and vitamin D for raisin ganti-viral resistance against progressive COVID-19, Nutrients, 2020; 12(8): 2358.
19. Moghaddam A., Heller R.A., Sun Q., Seelig J., Cherkezov A., Seibert L., Hackler J., Seemann P., Diegmann J., Pilz M., Bachmann M., Minich W.B., Schomburg L., Selenium deficiency is associated with mortality risk from COVID-19, Nutrients, 2020; 12(7): 2098.

Dr hab. Hanna Mojska, prof. NIZP-PZH-PIB

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 w profilaktyce chorób i zaburzeń stanu zdrowia

Kwasy n-3 (omega-3) to rodzina wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z trzema do sześciu nienasyconymi wiązaniami pomiędzy atomami węgla w łańcuchu, z których pierwszy jest położony przy 3. węglu, licząc od węgla terminalnej grupy metylowej (-CH3), który nazywany jest węglem omega. Prekursorem rodziny kwasów n-3 jest kwas alfa-linolenowy (ALA, 18:3 n-3), który jest obok kwasu linolowego (LA, 18:2 n-6), prekursora kwasów z rodziny n-6 (omega-6), zaliczany do niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych (NNKT). Obydwa kwasy ALA i LA muszą być dostarczane z żywnością, ponieważ organizm człowieka nie posiada układów enzymatycznych zdolnych do ich syntezy de novo.

Kwas alfa-linolenowy występuje w zielonych częściach roślin, orzechach i olejach roślinnych, z których najbogatszym jego źródłem jest olej lniany i rzepakowy. Kwas linolowy jest bardziej rozpowszechniony w przyrodzie i występuje zarówno w produktach roślinnych, jak i zwierzęcych. Obydwa kwasy w organizmie człowieka ulegają przemianom katalizowanym przez wiele enzymów, które wydłużają ich strukturę (elongazy) oraz tworzą kolejne podwójne wiązania (desaturazy). Miejscem metabolicznych przemian ALA i LA jest siateczka śródplazmatyczna (reticulum endoplazmatyczne) komórek. W wyniku działania enzymów (Δ5 – i Δ6-desaturaz oraz elongaz), poprzez kolejne przemiany, z kwasu alfa-linolenowego powstaje kwas eikozapentaenowy (EPA, C20:5 n-3), kwas dokozapentaenowy (DPA, C22:5 n-3) a następnie kwas dokozaheksaenowy (DHA, C22:6 n-3). Z kolei z kwasu linolowego w wyniku przemian ustrojowych powstaje kwas arachidonowy (ARA, C20:4 n-6). Należy podkreślić, że

zakres przemian ALA do EPA i DHA jest stosunkowo niewielki i wynosi od mniej niż 1% do zaledwie kilku procent. Dodatkowo należy pamiętać, że w przemianach metabolicznych obydwu grup kwasów omega-3 i omega-6 uczestniczą te same układy enzymatyczne, zatem nadmiar kwasu linolowego w diecie będzie blokował przemiany ALA i skutkował m.in. obniżeniem poziomu DHA w ustroju. Jak się wydaje ilości DHA i EPA, powstające w wyniku przemian metabolicznych z ALA, są niewystarczające do pokrycia zapotrzebowania organizmu człowieka. Dlatego niezbędne jest dostarczanie tych kwasów z dietą, a ich najlepszym źródłem są tłuste ryby morskie.

Długołańcuchowe wielonienasycone kwasy tłuszczowe, zarówno z rodziny omega-3 (LC-PUFA n-3), jak i z rodziny omega-6, są z kolei substratami do dalszych przemian metabolicznych. EPA jest prekursorem syntezy eikozanoidów, takich jak leukotrieny szeregu 5 (LTB5) oraz prostanoidy szeregu 3, w tym prostaglandyny (PGE3), tromboksany (TXA3), prostacykliny (PGI3). Związki te uczestniczą m.in. w regulacji ciśnienia krwi, czynności nerek czy w procesie krzepnięcia krwi. Wśród różnych mechanizmów działania przeciwzapalnego kwasów omega-3 wymienia się po pierwsze działanie kompetycyjne kwasów z rodziny omega-3 i omega-6. Zatem większa zawartość kwasów omega-3 w diecie będzie skutkowała zmniejszeniem powstawania prozapalnych prostaglandyn i leukotrienów kwasu arachidonowego z rodziny omega-6. Zwiększone spożycie DHA zmniejsza również udział ARA w błonach komórek odpornościowych, czego następstwem jest zmniejszenie wrażliwości komórek na bodźce egzogenne, w tym czynniki prozapalne. Z kolei wygaszanie stanu zapalnego może przebiegać poprzez zmniejszenie ilości czynników prozapalnych lub zwiększenie aktywności czynników przeciwzapalnych, prowygaszeniowych. Do tych ostatnich należą m.in. rezolwiny, pochodne EPA i DHA oraz pochodne DHA, takie jak protektyny i marezyny wykazujące działanie prowygaszeniowe w miejscu zapalenia. W efekcie działania kwasów omega-3 następuje zmniejszenie produkcji cytokin, wyciszenie „burzy cytokinowej", charakterystycznej dla przebiegu COVID-19, i ustępowanie ostrego stanu zapalnego.

Należy podkreślić wielokierunkowe działanie kwasów omega-3 na zdrowie, w tym przede wszystkim w odniesieniu do chorób sercowo-naczyniowych, neurodegeneracyjnych i alergicznych oraz dla zapewnienia prawidłowego rozwoju i wzrostu w okresie pre- i postnatalnym.

Piśmiennictwo

1. FAO, Fats and fatty acids in human nutrition. Report of an expert consultation, Rome, 2010.
2. Klemens C.M., Berman D.R., Mozurkewich E.L., The effect of perinatal omega-3 fatty acid supplementation on inflammatory markers and allergic diseases: A systematic review, BJOG, 2011; 118(8): 916–25.
3. Abdelhamid A.S., Brown T.J., Brainard J.S., et al., Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease, Cochrane Database Syst Rev 2018; 7: CD003177.
4. Nielsen S.J., Omega 3 Fatty Acid Consumption from Seafood and Cognitive Functioning, 2011-2014 (P18-085-19), Nutritional Epidemiology. Current Developments in Nutrition, 2019; 3 (Suppl. 1), nzz039.P18-085-19.
5. Mojska H., Kłosiewicz-Latoszek L., Jasińska-Melon E., Gielecińska I., Kwasy omega-3, w: Normy żywienia dla populacji Polski i ich zastosowanie, Jarosz M. i wsp. (red.), Warszawa: NIZP – PZH; 2020.
6. Hathaway III D., Pandav K., Patel M., et al., Omega 3 Fatty Acids and COVID-19: A Comprehensive Review, Infect Chemother, 2020; 52(4): 478–95.
7. Asher A., Tintle N.L., Myers M., Lockshon L., Bacareza H., Harris W.S., Blood omega-3 fatty acids and death from COVID-19: A pilot study, Prostaglandins, Leukot Essent Fatty Acids, 2021; 166: 102250.

Dr hab. Wojciech Koch, prof. UM w Lublinie

Polifenole – naturalne substancje immunomodulujące i przeciwdrobnoustrojowe

Szybki postęp ludzkości obserwowany począwszy od rewolucji przemysłowej, a zwłaszcza po drugiej wojnie światowej doprowadził do wydłużenia i polepszenia jakości życia. Szybki rozwój nauk medycznych i farmaceutycznych spowodował udoskonalenie diagnostyki i wprowadzenie nowych leków (np. szczepień czy antybiotyków). Wraz z poprawą warunków społeczno-ekonomicznych społeczeństwa

wyeliminowano zagrożenie śmiercią z powodu większości chorób zakaźnych [Carrera-Bastos i in. 2011; Betlejewski S. 2007]. Jednak szybki postęp cywilizacyjny stworzył nowe możliwości pojawienia się czynników niekorzystnych dla zdrowia społeczeństwa. Dieta z wysokim spożyciem tłuszczów nasyconych i cukrów, brakiem aktywności fizycznej, niewystarczającym snem, silnym stresem psychologicznym, małą ekspozycją na słońce, zanieczyszczeniem środowiska, paleniem lub nadużywaniem alkoholu to jeden z najważniejszych czynników, o których dyskutowano w ciągu ostatnich 20 lat. W licznych pracach i doniesieniach wprowadzono pojęcie tzw. chorób cywilizacyjnych [Carrera-Bastos i in. 2011; Cordain i in. 2005; Booth i Lees 2007].

Choroby związane ze stylem życia klasyfikuje się jako choroby wynikające z niewłaściwego związku między ludźmi a ich środowiskiem i stylem życia [Betlejewski 2007]. Często określa się je jako przewlekłe choroby niezakaźne (NCD) i na ogół traktuje się je jako tę samą grupę chorób. Lista tego typu upośledzeń jest coraz dłuższa. Niedawno Egger i Dixon [Egger i Dixon 2014] podzielili choroby przewlekłe związane ze stylem życia lub uwarunkowaniami środowiskowymi na 10 kategorii: choroby sercowo-naczyniowe i mózgowo-naczyniowe, nowotwory z elementami stylu życia, zaburzenia endokrynologiczne/metaboliczne, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, choroba nerek, zdrowie psychiczne/OUN, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, choroby układu oddechowego, zaburzenia rozrodcze i zaburzenia dermatologiczne.

Tło chorób niezakaźnych jest dość skomplikowane w przeciwieństwie do chorób zakaźnych, które zawsze są związane z zarazkami. Wspólną cechą wszystkich chorób przewlekłych jest „nowa" postać zapalenia, która od początku lat 90. XX w. nosi nazwę metaflammation (metazapalenia) [Egger i Dixon 2014]. Termin ten jest używany do opisania postaci przewlekłego i ogólnoustrojowego zapalenia o niskim stopniu nasilenia, pierwotnie związanego z otyłością. Ostatnie odkrycia ujawniły, że metazapalenie nie ogranicza się do otyłości, ale jest również związane z innymi chorobami i stanami cywilizacyjnymi, np. chorobami serca, cukrzycą typu 2, wieloma postaciami raka, osteoporozą, a nawet chorobami ośrodkowego układu nerwowego (depresja lub demencja) [Hotamisligil 2006]. Metazapalenie jest uważane za część kaskady metabolicznej, obejmującej komórkowy stres oksydacyjny, proces miażdżycowy i insulinooporność. W efekcie można zaobserwować dysmetabolizm, indukowane przeciążenie allostatyczne i wreszcie przewlekłe upośledzenie [Gregor i Hotamisligil 2011; Hanson, 2005]. Czynniki wywołujące metaflammację w dużej mierze powstały od czasu rewolucji przemysłowej i zostały nazwane „antropogenami" lub stworzonymi przez człowieka induktorami środowiskowymi [Egger 2012].

Polifenole stanowią jedną z najbardziej rozpowszechnionych grup metabolitów wtórnych w roślinach. Według Harborne [Harborne 1993] obecnie znanych jest ponad 8 tys. struktur fenolowych, a ponad 500 znajduje się obecnie w pożywieniu roślinnym i są one uważane za tzw. polifenole żywieniowe [Neveu i in. 2010; Pérez-Jiménez i in. 2010]. Polifenole są syntetyzowane z połączenia pochodnych fenyloalaniny i kwasu octowego w dwóch szlakach biochemicznych – szikimowym i octanowym [Bravo 1998]. Są to związki o bardzo szerokiej aktywności biologicznej, wpływające w związku z tym na przebieg i prewencję wielu schorzeń cywilizacyjnych. Co więcej, ich wysoka aktywność przeciwdrobnoustrojowa czyni z nich jedne z najważniejszych substancji pochodzenia naturalnego mających zastosowanie w chorobach wywoływanych przez drobnoustroje.

Właściwości immunomodulujące

Wiele badań, przeprowadzonych zarówno in vitro, jak i in vivo, wykazało szeroki zakres aktywności polifenoli w kierunku modyfikacji odpowiedzi immunologicznej organizmu. Wykazano, że EGCG (galusan epigallokatechiny) – główny związek zielonej herbaty – wpływa na zmniejszenie odpowiedzi autoimmunologicznej poprzez wpływ na różnicowanie natywnych limfocytów T CD 4 (+) do potencjalnych czynników autoimmunologicznych oraz zahamowanie produkcji cytokin prozapalnych oraz subpopulacji Th1 i Th17 [Pae i Wu 2013; Wu 2013]. Rutyna – związek polifenolowy z grupy flawonoidów – powodowała znaczące zmniejszenie produkcji cytokin NO i TNF-α w neutrofilach ludzkiej krwi obwodowej już w stężeniu 25 μM [Nikfarjam i in. 2017]. Apigenina podawana doustnie znacząco zmniejszyła naciek komórek zapalnych w doświadczalnym autoimmunologicznym zapaleniu mięśnia sercowego u myszy. Ograniczała również produkcję cytokin Th1, TNF-α, interferonu-gamma (IFN-γ) i interleukiny-2 (IL-2) [Zhang i in. 2016].

Właściwości przeciwdrobnoustrojowe

Wiele polifenoli – takich EGCG, luteolina, apigenina, kwercetyna czy resweratrol – wykazywało znaczącą aktywność przeciwbakteryjną w stosunku do wielu szczepów bakterii chorobotwórczych, takich jak np. metycylinooporny *Staphylococcus aureus* (MRSA) [Amin i in. 2016; Su i in. 2014].

Aktywność przeciwwirusowa została również opisana w licznych publikacjach naukowych. Związki polifenolowe herbaty skutecznie hamowały replikację wirusa grypy typu A i B. Müller i Downard [Müller i Downard 2015] wykazali, iż wszystkie trzy katechiny zielonej herbaty (EGCG, ECG i C-5-G) silnie hamowały neuraminidazę wirusa grypy typu AH1N1. Wartości IC50 mieściły się w zakresie 100–173 μM. Proponowany mechanizm działania obejmował wiązanie katechin do wnęki obok reszty 430 enzymu neuraminidazy. W rezultacie zaobserwowano zahamowanie uwalniania wirusów potomnych z komórek gospodarza. Z kolei genisteina obecna w nasionach soi hamowała replikację wirusów HSV-1 oraz HSV-2 poprzez zahamowanie cyklu namnażania wirusa [Argenta i in. 2015; Qian i in. 2014].

Jednym z najszerzej przetestowanych związków polifenolowych w kontekście aktywności przeciwwirusowej jest występująca powszechnie w żywności kwercetyna (cebula, truskawki, jabłka). Wykazano, iż związek ten hamuje replikację rhinowirusów. Kwercetyna osłabiała endocytozę, transkrypcję genomu wirusa i syntezę białek. Istnieje wiele różnych danych literaturowych na temat działania kwercetyny i jej pochodnych wobec kilku różnych wirusów, w tym: JEV, DENV-2, wirusa opryszczki koniowatych, wirusa epidemicznej biegunki świń, wirusa zespołu rozrodczo-oddechowego świń, wirusów ADV, wirusa nosówki psów lub stawonogów, wirusa Mayaro [Ganesan i in. 2012; Zakaryan i in. 2017].

Przedstawione powyżej przykłady stanowią niewielki wycinek szerokiej aktywności immunomodulującej i przeciwdrobnoustrojowej związków polifenolowych, a ich powszechna obecność w produktach spożywczych czyni je jednymi z najważniejszych substancji pochodzenia naturalnego wspierających odporność organizmu.

Piśmiennictwo

1. Carrera-Bastos P., Fontes-Villalba M., O'Keefe J.H., Lindeberg S., Cordain L., The western diet and lifestyle and diseases of civilization, Res Rep Clin Cardiol, 2011; 2, 15–35, https://doi.org/10.2147/RRCC.S16919.
2. Betlejewski S., Social diseases, civilization diseases or lifestyle diseases?, Wiad Lek, 2007; 60(9–10): 489–92.
3. Cordain L., Eaton S.B., Sebastian A., Mann N., Lindeberg S., Watkins B.A., O'Keefe J.H., Brand-Miller J., Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century, Am J Clin Nutr, 2005; 81(2): 341–54, https://doi.org/10.1093/ajcn.81.2.341.
4. Booth F.W., Lees S.J., Fundamental questions about genes, inactivity, and chronic diseases, Physiol Genomics, 2007; 28(2): 146–57, https://doi.org/10.1152/physiolgenomics.00174.2006.
5. Egger G., Dixon J., Beyond obesity and lifestyle: A review of 21st century chronic diseases determinants, BioMed Res Int 2014; 2014, 1–12. Article ID 731685, doi:10.1155/2014/731685DOI:10.1155/2014/731685.
6. Hotamisligil G.S., Inflammation and metabolic disorders, Nature, 2006; 444 (7121): 860–67.
7. Gregor M.F., Hotamisligil G.S., Inflammatory mechanisms in obesity, Ann Rev Immunol, 2011; 29: 415–45, https://doi.org/10.1146/annurev-immunol-031210-101322.
8. Hanson G.K., Inflammation, atherosclerosis and coronary artery disease, N Engl J Med, 2005; 352: 1658–95, DOI: 10.1056/NEJMra043430.
9. Egger G., In search of a "germ theory" equivalent for chronic disease, Prev Chronic Dis, 2012; 9(11): 1–7, http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110301.
10. Harborne J.B., The flavonoids: advances in research since 1986, London : Chapman & Hall; 1993.
11. Neveu V., Pérez-Jiménez J., Vos F., Crespy V., Du Chaffaut L., Mennen L., Knox C., Eisner R., Cruz J., Wishart D., Scalbert A., Phenol-Explorer: an online comprehensive database on polyphenol contents in foods, Database (Oxford) 2010, bap024, DOI: 10.1093/database/bap024https://doi.org/10.1093/database/bap024.
12. Pérez-Jiménez J., Neveu V., Vos F., Scalbert A., A systematic analysis of the content of 502 polyphenols in 452 foods and beverages—An application of the Phenol-Explorer database, J Agric Food Chem, 2010; 58: 4959–69, DOI: 10.1021/jf100128b.
13. Bravo L., Polyphenols: chemistry, dietary sources, metabolism, and nutritional significance, Nutr Rev, 1998; 56: 317–33, https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.1998.tb01670.x.
14. Müller P., Downard K.M., Catechin inhibition of influenza neuraminidase and its molecular basis with mass spectrometry, J Pharm Biomed Anal, 2015; 111: 222–30, https://doi.org/10.1016/j.jpba.2015.03.014.
15. Pae M., Wu D., Immunomodulating effect of epigallocatechin-3-gallate from green tea: mechanisms and applications, Food and Function 2013; 4(9): 1287–303, DOI: 10.1039/c3fo60076a.

16. Wu D., Green tea EGCG, T-cell function, and T-cell-mediated autoimmune encephalomyelitis, J Investig Med, 2016; 64(8): 1213–19, DOI: 10.1136/jim-2016-000158.
17. Nikfarjam B.A., Adineh M., Hajiali F., Nassiri-Asl M., Treatment with rutin – a therapeutic strategy for neutrophil-mediated inflammatory and autoimmune diseases: – anti-inflammatory effects of rutin on neutrophils, J Pharmacopuncture, 2017; 20(1): 52–6, https://doi.org/10.3831/KPI.2017.20.003.
18. Zhang S., Liu X., Sun C., Yang J., Wang L., Liu J., Gong L., Jing Y., Apigenin attenuates experimental autoimmune myocarditis by modulating Th1/Th2 cytokine balance in mice, Inflammation, 2016; 39(2): 678–86, https://doi.org/10.1007/s10753-015-0294-y.
19. Amin M.U., Khurram M., Khan T.A., Faidah H.S., Shah Z.U., Rahman S.U., Haseeb A., Ilyas M., Ullah N., Khayam S.M.U., Iriti M., Effects of luteolin and quercetin in combination with some conventional antibiotics against methicyllin-resistnat *Staphylococcus aureus*, Int J Mol Sci, 2016; 17(11): 1947, https://doi.org/10.3390/ijms17111947.
20. Su Y., Ma L., Wen Y., Wang H., Zhang S., Studies of the in vitro antibacterial activities of several polyphenols against clinical isolates of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, Molecules, 2014; 19(8): 12630–9, https://doi.org/10.3390/molecules190812630.
21. Argenta D.F., Silva I.T., Bassani V.L., Koester L.S., Teixeira A.F., Simoes C.M., Antiherpes evaluation of soybean iso-flavonoids, Arch Virol, 2015; 160(9): 2335–342, https://doi.org/10.1007/s00705-015-2514-z.
22. Qian K., Gao A.J., Zhu M.Y., Shao H.X., Jin W.J., Ye J.Q., Qin A.J., Genistein inhibits the replication of avian leucosis virus subgroup J in DF-1 cells, Virus Res, 2014; 192: 114–20, https://doi.org/10.1016/j.virusres.2014.08.016.
23. Ganesan S., Faris A.N., Comstock A.T., Wang Q., Nanua S., Hershenson M.B., Sajjan U.S., Quercetin inhibits rhinovirus replication in vitro and in vivo, Antiviral Res, 2012; 94(3): 258–71, https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2012.03.005.
24. Zakaryan H., Arabyan E., Oo A., Zandi K., Flavonoids: promising natural compounds against viral infections, Arch Virol, 2017; 162: 2539–51, https://doi.org/10.1007/s00705-017-3417-y.

Prof. Maria H. Borawska

Produkty pszczele i zioła o działaniu przeciwwirusowym i wspomagającym układ odpornościowy

Od dawna ludzie stosują naturalne produkty pszczele i leki ziołowe na różne choroby. Liczne rośliny stanowią cenne źródło związków o właściwościach leczniczych, w tym przeciwwirusowych i przeciwnowotworowych i są polecane w leczeniu wielu infekcji wirusowych lub terapii wspomagającej[1].

Pandemia COVID-19, wywołana przez koronawirusa 2 (SARS-CoV-2), nasiliła poszukiwania naturalnych, antywirusowych terapii i strategii zapobiegawczych z wykorzystaniem produktów pszczelich i ziół leczniczych. Enzym konwertujący angiotensynę 2 (ACE2) jest obecnie uznawany za funkcjonalny receptor dla SARS-CoV-2[2]. Wirus wnika do komórki gospodarza poprzez interakcję jego białka kolczastego z receptorem ACE2 i uwalnia wirusowe RNA do replikacji[3]. Receptor ten znajduje się na powierzchni wielu ludzkich komórek, również tych w płucach. Zahamowanie wnikania wirusa, a tym samym jego rozprzestrzeniania, jest prawdopodobną drogą terapeutyczną.

Osiągnięcia naukowe sugerują także zastosowanie produktów pszczelich (szczególnie propolisu i miodu pszczelego) oraz roślin i ich ekstraktów jako potencjalnych środków terapeutycznych o działaniu immunomodulującym (wzmacnianie odporności oraz czynności samonaprawczych organizmu lub ich osłabienie w przypadku nadmiernej reakcji immunologicznej).

Propolis jest to materiał żywiczny, zbierany przez pszczoły z pąków i wydzielin roślin, mieszany z enzymami pszczelimi, pyłkiem i woskiem. Obecnie propolis jest identyfikowany jako produkt pszczeli nie tylko posiadający właściwości przeciwnowotworowe (w tym przeciw śmiertelnym glejakom mózgu), lecz także przeciwwirusowe. Składniki propolisu mają działanie hamujące na szlaki sygnałowe ACE2 i kinazę treoninowo-serynową P21 (PAK1)[4]. Hamowanie PAK1 może odwrócić supresję i/lub niedobór układu odpornościowego, a tym samym promować silniejszą odpowiedź immunologiczną w warunkach chorobowych[5]. Flawonoidy zawarte w propolisie i miodzie (np. rutyna, naringina, ester fenylowy kwasu kawowego, luteolina, i artepilina C) mogą hamować fuzję kolców wirusa w komórkach

gospodarza oraz interakcje wirus–gospodarz, które wyzwalają burzę cytokin i replikację wirusa[6]. Randomizowane, kontrolowane badanie sugeruje, że pacjenci z COVID-19, którzy otrzymali kombinację miodu pszczelego i czarnuszki siewnej (Nigella sativa L.), wyzdrowieli szybciej niż ci, którym podano placebo. Ponadto osoby leczone miodem i czarnuszką uzyskały ujemny wynik testu PCR (stosowanego do zdiagnozowania COVID-19) około 4 dni wcześniej niż osoby bez leczenia[7].

Od dziesięcioleci rośliny zielarskie są wykorzystywane w pierwotnych usługach zdrowotnych, a także w konwencjonalnych lekach do zwalczania chorób. Liczne związki przeciwwirusowe, izolowane dotychczas z roślin, mają różną strukturę chemiczną, jak również odmienny jest mechanizm ich działania molekularnego. Korzystny wpływ roślin leczniczych wynika z oddziaływania specyficznych, wtórnych metabolitów ich składników bioaktywnych, takich jak: steroidy, alkaloidy, diterpeny, triterpeny i glikozydy itp.[8,9]. Występują one w takich roślinach jak np.: pokrzyk wilcza jagoda (*Atropa belladonna L.*), kakaowiec właściwy (*Theobroma cacao L.*), kawowiec (*Coffea L.*), glistnik jaskółcze ziele (*Chelidonium majus L.*), mak lekarski (*Papaver somniferum*), kasztanowiec australijski (*Castanospermum australe*), berberys zwyczajny (*Berberis vulgaris*) czy bukszpan wiecznie zielony (*Buxus semperviren*).

Liczne rośliny lecznicze[11,12], takie jak cytrusy (*Citrus L.spp.*), herbata chińska (*Camellia sinensis L.*) i lukrecja gładka (*Glycyrrhiza glabra L.*) mogą zakłócać patogenezę COVID-19 poprzez hamowanie replikacji wirusa i wnikanie do komórek gospodarza. Ponadto niektóre rośliny o działaniu przeciwzapalnym, jak brodziuszka wiechowata (*Andrographis paniculata Burm.f)*, cytrusy (*Citrus L. spp.*) i kmin rzymski (*Cuminum cyminum L.*), jeżówka purpurowa (*Echinacea L. Moench.*) czy witania ospała (*Withania somnifera L.*), zwana popularnie ashwagandha, mogą złagodzić gorączkę i kaszel u pacjentów z COVID-19. Natomiast rośliny lecznicze, takie jak: lukrecja gładka (*Glycyrrhiza glabra L.*), macierzanka tymianek (*Thymus vulgaris L.*), czosnek pospolity (*Allium sativum L.*), prawoślaz lekarski (*Althea officinalis L.*) i żeń-szeń właściwy (*Panax ginseng C.A. Meyer*), mogą modulować układ odpornościowy i mieć właściwości profilaktyczne i wspomagające.

Rośliny lecznicze i ich naturalne składniki okazały się obiecującymi alternatywami w zapobieganiu lub leczeniu infekcji wirusowych i ich rozprzestrzeniania. Jednak wymaga to dalszych badań i danych klinicznych, aby potwierdzić te hipotezy.

Piśmiennictwo

1. Mukhtar M., Arshad M., Ahmad M., Pomerantz R.J., Wigdahl B., Parveen Z., Antiviral potentials of medicinal plants, Virus Research, 2008; 131(2): 111–20.
2. Gheblawi M.M., Wang K., Viveiros A., Nguyen Q., Zhong J.-C., Turner A.J., Raizada M.K., Grant M.B., Gavin Y., Oudit G.Y., Angiotensin-converting enzyme 2: SARS-CoV-2 receptor and regulator of the renin-angiotensin system: celebrating the 20th anniversary of the discovery of ACE2, Circ Res, 2020; 126(10): 1456–74.
3. Cao X., COVID-19: immunopathology and its implications for therapy, Nat Rev Immunol, 2020; doi: 10.1038/s41577-020-0308-3.
4. Kanika K., Sukhmeen K.K., Ravdeep K., Abhay B., Vinay B., Puja O., Anket S., Ajaz A., Renu B., Parvaiz A., Herbal immune-boosters: Substantial warriors of pandemic Covid-19 battle, Phytomedicine, 2021; 85: 153361.
5. Huynh N., Wang K., Yim M., Dumesny C.J., Sandrin M.S., Baldwin G.S., Nikfarjam M., He H., Depletion of p21-activated kinase 1 up-regulates the immune system of APCΔ 14/+ mice and inhibits intestinal tumorigenesis, BMC Cancer, 2017; 17(1): 431.
6. Mohammed Ali A., Kunug H., Propolis, Bee Honey, and Their Components Protect against Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review of In Silico, In Vitro, and Clinical Studies. Molecules, 2021; 26(5), 1232, https://doi.org/10.3390/molecules26051232.
7. Sohaib A., et al., Honey and Nigella sativa against COVID-19 in Pakistan (HNS-COVID-PK): A multi-center placebo-controlled randomized clinical trial, medRxiv preprint doi: https://doi.org/10.1101/2020.10.30.20217364.
8. Chikezie P.C., Ibegbulem C.O., Mbagwu F.N., Bioactive principles from medicinal plants, Res J Phytochem, 2015; 9(3): 88–115.
9. Nawrot R., Warowicka A., Musidlak O., Węglewska M., Bałdysz S., Goździcka-Józefiak A., Przeciwwirusowe związki izolowane z roślin, Postępy Biochemii, 2020; 66(4): 356–71.
10. Jalali A., Dabaghian F., Akbrialiabad H., Foroughinia F., Mohammad M., Zarshenas M.M., A pharmacology-based comprehensive review on medicinal plants and phytoactive constituents possibly effective in the management of COVID-19, Phytother Res, 2021; 35: 1925–38.
11. Silveira D., Prieto-Garcia J.M., Boylan F., Estrada O., Fonseca-Bazzo Y.M., Jamal C.M., Magalhães P.O., Pereira E.O., Tomczyk M., Heinrich M., COVID-19: Is There Evidence for the Use of Herbal Medicines as Adjuvant Symptomatic Therapy?, Front Pharmacol, 2020; 11: 581840.

Dr hab. Sławomira Drzymała-Czyż

Mikrobiota jelitowa – strażnik odporności czy źródło dobrego nastroju?

Mikrobiota jelitowa to społeczność mikroorganizmów komensalnych, symbiotycznych i patogennych, które zasiedlają ludzki organizm. Chociaż skład mikrobioty jest indywidualny i niepowtarzalny dla każdego człowieka, to jednak można wskazać gatunki dominujące. Są nimi *Firmicutes* i *Bacteroidetes*, które łącznie stanowią nawet 90% mikrobioty jelitowej. Mikrobiota jelitowa spełnia szereg różnorakich funkcji wśród których wymienić możemy:

- funkcję troficzną – poprzez wytwarzany kwas masłowy mikroflora wpływa na zwiększanie proliferacji, różnicowania i dojrzewania komórek jelit oraz zmniejsza apoptozę enterocytów, co możliwe jest poprzez wpływ mikrobioty na ekspresję genów i syntezę białek,
- funkcję metaboliczną – mikrobiota jelitowa zwiększa pozyskiwanie energii z pożywienia poprzez hydrolizę niestrawnych polisacharydów, wywiera również silny wpływ na metabolizm lipidów i cholesterolu, przyczynia się do syntezy niezbędnych aminokwasów i witamin oraz biotransformacji ksenobiotyków,
- funkcję immunologiczną – która obejmuje m.in. ochronę jelit przed kolonizacją przez szkodliwe patogeny egzogenne (konkurencja o składniki odżywcze, modulacja odpowiedzi immunologicznej gospodarza, enzymatyczna modyfikacja receptorów dla bakterii chorobotwórczych, wytwarzanie związków o aktywności bakteriostatycznej/ bakteriobójczej, modyfikacja środowiska jelit na niekorzystne dla rozwoju szkodliwych drobnoustrojów), stymulację układu odpornościowego oraz regulację rozwoju i funkcji różnych typów komórek odpornościowych jelit.

Najnowsze badania pokazują, że mikrobiota jelitowa spełnia jeszcze inne funkcje. Wśród nich szczególnym zainteresowaniem cieszy się analiza wzajemnych zależności pomiędzy bakteriami zasiedlającymi przewód pokarmowy a ośrodkowym układem nerwowym (OUN). Zależnościom tym przypisywano wpływ zarówno na stan zdrowia, jak i na wystąpienie różnego typu chorób z grupy uwarunkowanych metabolicznie, immunologicznie oraz zapalnie, zarówno w OUN, jak i przewodzie pokarmowym. System wielokierunkowych powiązań mikrobioty – jelit – mózgu zachodzących na drodze biochemicznej i neurohormonalnej zwany jest osią mózgowo-jelitową. Komunikacja pomiędzy poszczególnymi ramionami tej osi ze strony jelitowej odbywa się przez:

- bezpośrednią aktywację nerwów błędnych,
- produkcję i działanie cząsteczek metabolicznych mikrobioty zwanych postbiotykami (np. krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych wpływających na odżywianie nabłonka jelitowego i regulujących przepuszczalność ściany jelitowej),
- bezpośrednią produkcję albo syntezę neurotransmiterów o działaniu psychobiotycznym (np. serotonina),
- aktywację ścieżek układu immunologicznego, w tym produkcję i uwalnianie przez mikrobiotę cytokin albo innych cząsteczek zapalnych.

Z drugiej strony osi, tj. na biegunie mózgowym, ośrodkowy układ nerwowy wpływa na motorykę, procesy wydzielnicze, procesy immunologiczne, przepływ krwi w narządach przewodu pokarmowego. Najsilniejszym sygnałem, jakim ośrodkowy układ nerwowy może oddziaływać na biegun jelitowy osi, jest stres (wpływający również na oś podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczową).

Stres jako czynnik mózgowy może bezpośrednio wpływać nie tylko na skład mikrobioty jelitowej (obniżenie poziomu *Bacteroides* spp. i zwiększenie poziomu *Clostridium* spp. w kątnicy), lecz także aktywować jelitowy układ immunologiczny (wzrost stężenie interleukiny 6 (IL-6) i chemoatraktantu monocytów i bazofili (CCL2)). W stresie także nerw błędny może być stymulowany przez produkty bakteryjne, takie jak endotoksyny lub cytokiny prozapalne.

Istnieją jednak bakterie, które mogą pozytywnienie wpłynąć na nasze zdrowie psychiczne – to- psychobiotyki. Bakterie psychobiotyczne zdolne są do wytwarzania i dostarczania substancji neuroaktywnych, takich jak kwas gamma-aminomasłowy (GABA) czy serotonina, które działają na oś

mózgowo-jelitową i pośrednio wpływają również na nasz nastrój. Dobroczynne działanie psychobiotyków wykazano w aspekcie leczenia bezsenności, łagodzenia stresu i stanów depresyjnych, poprawy nastroju, a także w zaburzeniach neurodegeneracyjnych, tj. choroba Alzheimera, Parkinsona, oraz w zaburzeniach neurorozwojowych (zaburzenie ze spektrum autyzmu, zespół nadpobudliwości z deficytem uwagi).

Liczne badania pokazują, że mikrobiota jelitowa wykazuje ogromny potencjał, stojąc jednocześnie na straży odporności i będąc źródłem naszego dobrego nastroju.

Piśmiennictwo

1. Lederberg J., McCray A., 'Ome Sweet 'Omics--A Genealogical Treasury of Words, Scientist, 2001; 15: 8.
2. Blum H.E., The Human Microbiome. Adv Med Sci, 2017; 62: 414–20.
3. Rinninella E., Raoul P., Cintoni M., Franceschi F., Miggiano G., Gasbarrini A., Mele M., What Is the Healthy Gut Microbiota Composition? A Changing Ecosystem across Age, Environment, Diet, and Diseases, Microorganisms, 2019; 7: 14.
4. Rinninella E., Cintoni M., Raoul P., Lopetuso L.R., Scaldaferri F., Pulcini G., Miggiano G.A., Gasbarrini A., Mele M.C., Food Components and Dietary Habits: Keys for a Healthy Gut Microbiota Composition, Nutrients, 2019; 11: 2393.
5. Guilloteau P., Martin L., Eeckhaut V., Ducatelle R., Zabielski R., Van Immerseel F., From the Gut to the Peripheral Tissues: The Multiple Effects of Butyrate, Nutr Res Rev, 2010; 23: 366–84.
6. Bäckhed F., Ding H., Wang T., Hooper L.V., Koh G.Y., Nagy A., Semenkovich C.F., Gordon J.I., The Gut Microbiota as an Environmental Factor That Regulates Fat Storage, PNAS, 2004; 101: 15718–23.
7. Brenchley J.M., Douek D.C., Microbial Translocation across the GI Tract, Annu Rev Immunol, 2012; 30: 149–73.
8. Wilson I.D., Nicholson J.K., The Role of Gut Microbiota in Drug Response, Curr Pharm Des, 2009; 15: 1519–23.
9. Kamada N., Chen G.Y., Inohara N., Núñez G., Control of Pathogens and Pathobionts by the Gut Microbiota, Nat Immunol, 2013; 14: 685–90.
10. Guarner F., Malagelada J.-R., Gut Flora in Health and Disease, Lancet, 2003; 361: 512–19.
11. Kamada N., Núñez G., Role of the Gut Microbiota in the Development and Function of Lymphoid Cells, J Immunol, 2013; 190: 1389–95.
12. Sirisinha S., The Potential Impact of Gut Microbiota on Your Health:Current Status and Future Challenges, Asian Pac J Allergy Immunol, 2016; 34: 249–64.
13. Dinan T.G., Stanton C., Cryan J.F., Psychobiotics: a novel class of psychotropic, Biol Psychiatry, 2013; 74(10): 720–26.
14. Bailey M.T., Dowd S.E., Galley J.D., i wsp., Exposure to a social stressor alters the structure of the intestinal microbiota: Implications for stressor-induced immunomodulation, Brain Behav Immun, 2011; 25: 397–407.
15. Allen A.P., Hutch W., Borre Y.E. i wsp., Bifidobacterium longum 1714 as a translational psychobiotic: modulation of stress, electrophysiology and neurocognition in healthy volunteers, Transl Psychiatry, 2016; 6(11): e939.
16. Mohammadi A.A., Jazayeri S., Khosravi-Darani K. i wsp., The effects of probiotics on mental health and hypothalamic-pituitary-adrenal axis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in petrochemical workers, Nutr Neurosci, 2016; 19: 387–95.
17. Messaoudi M., Violle N., Bisson J.F. i wsp., Beneficial psychological effects of a probiotic formulation (Lactobacillus helveticus R0052 and Bifidobacterium longum R0175) in healthy human volunteers, Gut Microb, 2011; 2: 256–61.
18. Diop L., Guillou S., Durand H., Probiotic food supplement reduces stress-induced gastrointestinal symptoms in volunteers: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial, Nutr Res, 2008; 28(1): 1–5.
19. Yamamura S., Morishima H., Kumanogo T. i wsp., The effect of Lactobacillus helveticus fermented milk on sleep and health perception in elderly subjects, Eur J Clin Nutr, 2009; 63(1): 100–5.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 4:58:29

Profilaktyka chorób przyzębia w kontekście zachowania zdrowia ogólnego

Moderator: prof. Renata Górska

Uczestnicy: prof. Tomasz Konopka, prof. Krzysztof Simon

Tegoroczny Kongres „Zdrowie Polaków" 2021 był kolejnym niezwykle ważnym wydarzeniem, aby zwrócić uwagę jego uczestników na choroby przyzębia, których częstość występowania na całym świecie, w tym w Polsce, jest niezwykle wysoka, a leczenia specjalistycznego wymaga ponad 20% dorosłego społeczeństwa.

W tym roku sesja zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Periodontologiczne – z udziałem prof. dr hab. Krzysztofa Simona, prof. dr hab. Tomasza Konopki i piszącej to sprawozdanie prof. dr hab. Renaty Górskiej – skupiła się na profilaktyce chorób dziąseł, która jest najlepszą profilaktyką zarówno chorób przyzębia, jak i chorób ogólnoustrojowych, takich jak: cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, neurodegeneracyjne, choroby Parkinsona czy Alzheimera, przedwczesny poród z niską wagą noworodka, a ostatnio choroba COVID-19. A zatem profilaktyka, profilaktyka i jeszcze raz profilaktyka, aby nie zachorować na własne życzenie, ponieważ najczęstszą podstawą chorób przyzębia jest zapalenie dziąseł wywołane płytką nazębną, która powstaje w wyniku zaniedbań higieny, np. niewłaściwego lub nieregularnego czyszczenia uzębienia, co skutkuje zapaleniem dziąseł.

Takie objawy jak zaczerwienienie dziąseł, zmiana kształtu brodawek dziąsłowych oraz krwawienie, które może być samoistne lub sprowokowane spożywaniem pokarmów lub czyszczeniem zębów, powinny być sygnałem dla pacjenta do zgłoszenia się do lekarza dentysty.

Wczesna diagnostyka i szybka interwencja terapeutyczna spowoduje szybki powrót do zdrowia, ponieważ zapalenie dziąseł jest procesem odwracalnym. Natomiast jeśli zlekceważymy te objawy, proces zapalny obejmuje pozostałe struktury tkanek przyzębia utrzymujących ząb w zębodole, a więc cement, kość wyrostka zębodołowego, w wyniku którego może dojść do zapalenia przyzębia i dalszych powikłań w postaci ruchomości zębów lub ich utraty.

Konsekwencją nieleczenia chorób przyzębia są jednak nie tylko powikłania miejscowe, przewlekły stan zapalny tkanek przyzębia oddziałuje bowiem na zdrowie ogólne poprzez przedostawanie się bakterii i mediatorów zapalnych do krwiobiegu.

W ubiegłym roku podczas Kongresu „Zdrowie Polaków" 2020 omawiany był wpływ zapalenia przyzębia na choroby sercowo-naczyniowe. W tym roku, roku trwającej pandemii związanej z wirusem SARS-CoV-2, zostały omówione zagadnienia związane z chorobą COVID-19.

Wpływ chorób przyzębia na powikłania związane z COVID-19

Zmiana warunków życia, ograniczony dostęp do lekarza dentysty wpłynęły na pogorszenie parametrów stanu tkanek przyzębia. Toczący się stan zapalny w obrębie tkanek przyzębia może ułatwić wirusowi SARS-CoV-2 wnikanie do układu krwionośnego i prowadzić do zaburzenia czynności płuc: wirus dostaje się do organizmu przez górne drogi oddechowe (nos i usta), następnie gromadzi się w ślinie i wnika do poddziąsłowej płytki nazębnej, stamtąd dostaje się do naczyń krwionośnych i trafia do płuc. Okazuje się, że istnieje również korelacja złej higieny jamy ustnej i gorszego przebiegu choroby COVID-19.

Jama ustna jest potencjalnym rezerwuarem patogenów układu oddechowego, które mogą predysponować pacjentów do zakażenia bakteryjnego. Według badań opublikowanych we „Frontiers in Microbiology" czynniki ryzyka to zła higiena jamy ustnej, kaszel oraz wentylacja mechaniczna umożliwiają mikroorganizmom przedostawanie się do dolnych dróg oddechowych i tym samym wywoływanie chorób układu oddechowego. Z kolei w badaniach opublikowanych w „Journal of Oral Science" wykazano, że aspiracja bakterii periodontopatycznych indukuje ekspresję enzymu konwertującego angiotensynę 2, receptora SARS-CoV-2, oraz produkcję cytokin zapalnych w dolnych drogach oddechowych, a zła higiena jamy ustnej może

prowadzić do zaostrzenia przebiegu COVID-19. Odpowiednia higiena jamy ustnej zapobiega wystąpieniu zapalenia płuc i grypy oraz zaostrzeniu POChP. Co więcej, badania wykazują, że osoby zmagające się z chorobami dziąseł są 3,5 raza bardziej narażone na cięższy przebieg COVID-19, 4,5 raza częściej wymagają leczenia pod respiratorem, a ryzyko ich śmierci jest o 9 razy większe w porównaniu do osób, które nie mają tego problemu. Należy zauważyć, że również w przypadku pacjentów chorych na COVID-19 zmniejszona szansa na profesjonalną higienę jamy ustnej z powodu długotrwałej hospitalizacji może zwiększać ryzyko nasilenia infekcji dolnych dróg oddechowych. Ponieważ mikrobiom jamy ustnej jest ściśle powiązany z chorobami towarzyszącymi SARS-CoV-2 w płucach, konieczne są skuteczne środki profilaktyczne i zachowanie odpowiedniej higieny jamy ustnej, aby zmniejszyć te infekcje, szczególnie u pacjentów z ciężkim przebiegiem COVID-19.

Profilaktyka jest niezwykle ważna nie tylko w zapobieganiu chorób przyzębia, ale wszystkich chorób występujących w jamie ustnej. Istotne są profesjonalne zabiegi w gabinecie lekarskim, lecz także domowa higiena jamy ustnej oraz eliminacja czynników ryzyka uwzględniająca walkę z nikotynizmem, kontrola przebiegu cukrzycy, a także zmniejszenie masy ciała z uwzględnieniem zmiany zachowań żywieniowych.

Najprostszym z tych działań jest domowa kontrola płytki nazębnej polegająca na prawidłowym czyszczeniu zębów i przestrzeni międzyzębowych.

A zatem prawidłowa higiena domowa i profesjonalna stanowią istotny element profilaktyki chorób przyzębia, a także innych chorób ogólnoustrojowych, w tym COVID-19, i być może redukują powikłania oraz śmiertelność związaną z zakażeniem koronawirusem.

Opracowanie: prof. Renata Górska

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 4:17:33

Zdrowie w stylu życia. Wnioski z badań socjologicznych

Pod patronatem Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Moderator: dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Uczestnicy: dr n. społ. Agnieszka Borowiec, lek. Michał Jędrzejek, dr n. hum. Krzysztof Puchalski, dr n. hum. Zofia Słońska

W badaniach i analizach socjologicznych od lat stawiane jest pytanie, jakie miejsce zajmuje troska o zdrowie w stylu życia współczesnego społeczeństwa polskiego oraz jakie style dbania o zdrowie realizują różne jego grupy. Asumptem do mówienia o zdrowym stylu życiu jest fakt, że istnieją zachowania korzystne dla zdrowia, które jednostki mogą modyfikować, i jako takie zachowania te stają się przedmiotem edukacji zdrowotnej i profilaktyki chorób, szczególnie chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych. Są to m.in.: odpowiednia dieta, aktywność fizyczna, wstrzymywanie się od palenia tytoniu, ograniczenie spożywanego alkoholu czy radzenie sobie ze stresem. Uważa się, że te i inne zachowania składające się na styl życia odpowiadają w ok. połowie (50–60%) za zdrowie, podczas gdy takie czynniki, jak biologia (czyli wyposażenie genetyczne), środowisko, ochrona zdrowia – za około 10–20% każdy (Badura 1995, Narodowy Program Zdrowia 1996–2006). Jak zauważyła dr Agnieszka Borowiec w pierwszym z wygłoszonych w sesji wykładów, za zdrowy/ prozdrowotny styl życia uważany jest często zbiór zachowań, które nie mają ze sobą nic wspólnego poza tym, że wpływają korzystnie na zdrowie. Jednak według teorii socjologicznej styl życia jest

spójną całością składającą się z zachowań, które ludzie wprawdzie wybierają, ale w takim zakresie, w jakim pozwala im na to ulokowanie w strukturze społecznej. Innymi słowy, styl życia zależy od jednostkowych wyborów ludzi oraz ich szans życiowych (*choices and chances*) [Weber 2002; Bourdieu 2005; Bourdieu & Wacquant 2001; Cockerham 1999, 2005, 2012]. Szanse życiowe zależą z kolei od ulokowania w strukturze społecznej, tj. na przykład od: przynależności do klasy i/lub warstwy społecznej, od pozycji zawodowej, wykształcenia, dochodu, płci, wieku. Te cechy wpływają zarówno na możliwości wyboru pewnych zachowań, jak i ograniczenia, ponieważ determinują posiadane przez jednostki: zasoby finansowe, kompetencje, wiedzę, normy i wartości, a nawet kształtują upodobania, czyli gust. Gust, zdaniem Bourdieu, jest kształtowany w dzieciństwie pod wpływem uwarunkowań wynikających z ulokowania w strukturze społecznej. Dochodzi wówczas do powstania habitusu, definiowanego jako „względnie stały system wzorów percepcji, ocen i działania nabywanych w procesie socjalizacji". Określony rodzaj habitusu jest ukształtowany przez określone „warunki życia", które mają charakter klasowy, a z kolei różne habitusy generują różne style życia (Bourdieu 2005, Bourdieu, Wacquant 2001).

Chociaż przedmiotem zainteresowania specjalistów w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia są te elementy stylu życia, które mają udokumentowany związek ze zdrowiem, w rzeczywistości styl życia obejmuje całą paletę zachowań z różnych sfer funkcjonowania społecznego. Badacze zajmujący się stylem życia wymieniają następujące elementy: uprawianie sportu, granie w gry, udział w przedsięwzięciach kulturalnych, potrzeby intelektualne i estetyczne, wybór szczególnego rodzaju dóbr konsumpcyjnych (takich jak domy, obrazy, meble, samochody, alkohole, perfumy, ubrania i inne), ogólny stosunek do świata rzeczy, wzorce konsumpcyjne, nawyki żywieniowe, sposoby ubierania się, zachowania, zwyczaje spotykania się w określonych miejscach, budżet czasu wolnego, czyli sposób gospodarowania czasem, tempo życia, stosunek do pracy, jej rodzaj, reguły, stosunek do własnego ciała i zdrowia, sposób uczestniczenia w życiu publicznym. Jak widać, tylko nieliczne z tych sfer, takie jak uprawianie sportów, nawyki żywieniowe czy stosunek do własnego ciała, są bezpośrednio związane ze zdrowiem.

Według teorii socjologicznych styl(e) życia stanowi(ą) spójną całość [Siciński 2002, Bourdieu 2005, Giddens 2002]. Siciński [2002] twierdzi, iż styl życia jest „przejawem jakiejś zasady wyboru codziennego postępowania spośród repertuaru zachowań dostępnych w danej kulturze". Giddens [2002] określa natomiast styl życia jako „mniej lub bardziej zintegrowany zespół praktyk". To sprawia, że często trudno zmienić pojedyncze zachowania ludzi, nawet wtedy, gdy są one szkodliwe dla zdrowia, ponieważ są częścią większej całości.

Socjologiem, który stworzył koncepcję „zdrowotnych stylów życia", jest William Cockerham. Zdefiniował je jako „kolektywne wzory zachowań związanych ze zdrowiem bazujących na wyborach opcji dostępnych z powodu szans życiowych". Stanowią one podtypy stylu życia w ogóle i mogą być zarówno pro-, jak i antyzdrowotne. Zdrowotne style życia obejmują działania związane ze zwyczajami żywieniowymi, piciem alkoholu, paleniem tytoniu, aktywnością fizyczną, radzeniem sobie ze stresem, odpoczynkiem, higieną osobistą oraz inne zachowania związane ze zdrowiem (Cockerham 1999, 2005, 2012). Zdaniem Cockerhama takie czynniki jak: klasa społeczna, wiek, płeć, rasa, narodowość, materialne warunki życia oraz sieci społeczne, wpływają na pro- lub antyzdrowotny styl życia jednostek, gdyż z jednej strony określają możliwości wyboru, a z drugiej strony kształtują te wybory poprzez proces wychowania (socjalizację).

Podejmowano rozliczne próby zidentyfikowania zdrowotnych stylów życia. Jak się jednak okazało, trudno wyodrębnić jeden stabilny prozdrowotny styl życia lub style zdrowotne. Jedzenie określonych potraw, pory posiłków, uprawianie sportów, picie alkoholu czy palenie papierosów mogą być częścią różnych stylów życia zorientowanych na coś innego niż troska o zdrowie. A style te zależą nie tylko od wyborów jednostek, lecz także od położenia społecznego i dyspozycji nabytych w dzieciństwie.

Fakt, że zachowania związane ze zdrowiem są elementami większych całości – stylów życia – ma znaczące konsekwencje. Mogą być one trudne do zmiany, ponieważ są powiązane z innymi elementami stylu życia, a także zależą od miejsca jednostek w społeczeństwie. Jak zauważyła dr Agnieszka Borowiec, fakt ten powinien być uwzględniany w edukacji zdrowotnej oraz innych działaniach leżących w zakresie promocji zdrowia.

Od lat liczni lekarze negatywnie oceniają stosunek obywateli do zdrowia, wskazując jednocześnie, że ich zachowania przyczyniają się do powstawania i rozwoju wielu chorób zagrażających pacjentom, zdrowiu publicznemu i gospodarce (m.in. choroby układu krążenia, nowotwory, cukrzyca, otyłość). Postulują przy tym konieczność zmian w stylach życia społeczeństwa, mając głównie na uwadze: zwiększenie aktywności fizycznej, zbilansowanie diety, eliminację palenia tytoniu i picia alkoholu, obniżenie poziomu stresu, regularne wykonywanie badań profilaktycznych i ogólnie dyscyplinę w realizacji zaleceń medycznych. Głównym narzędziem prowadzącym do pożądanych zmian ma być edukacja zdrowotna, pojmowana jako przekaz wiedzy płynącej od lekarzy do laików na temat chorób, czynników ryzyka i zalecanego postępowania. Jak zauważył dr Krzysztof Puchalski, w intrygująco zatytułowanym wykładzie „Czy edukacja zdrowotna wystarczy, by uzdrowić styl życia Polaków?", trudno kwestionować rolę wiedzy jako czynnika sprzyjającego działaniom prozdrowotnym. Jednak dorobek socjologii zdrowia i medycyny skłania do refleksji, czy wiedza przekazywana przez lekarzy jest kluczowym czynnikiem modyfikującym całościowo pojęte style życia lub choćby wyodrębnione praktyki zdrowotne. Choć trudno empirycznie zweryfikować odpowiedź na tak ogólnie postawione pytanie, to wiele danych wskazuje, że może być ona negatywna.

Po pierwsze, zdaniem dr Puchalskiego, warto zauważyć, że duży obszar zachowań ważnych dla zdrowia (prozdrowotnych i ryzykownych) to nie są racjonalne, przemyślane działania, ale reakcje spontaniczne, automatyczne, emocjonalne, nawykowe, dostosowawcze, naśladowcze itp., przy których udział intelektualnej kontroli zachowania jest niewielki, natomiast znaczącą rolę odgrywa złożony kontekst społeczny, psychologiczny czy kulturowy. Dotyczy to zwłaszcza stylu życia, o którym decyduje m.in. dziedziczona pozycja/ klasa społeczna, długotrwałe procesy akulturacji, obiektywna sytuacja ekonomiczna, społeczne systemy wartości, wzory i normy zachowań w otoczeniu, utrwalone schematy interpretowania świata czy doświadczenia z przeszłości, które tylko w niewielkim stopniu są uświadamiane i zależą od woli jednostki.

Po drugie, wbrew powszechnym deklaracjom zdrowie (jako brak choroby) rzadko jest priorytetową wartością w codziennym życiu względnie zdrowych osób. W codziennych wyborach często konkuruje ono z innymi wartościami (jak m.in. rodzina, praca, spokój) i schodzi na dalszy plan. Wiedza nabyta w edukacji zdrowotnej ma zatem słabe oparcie w realizowanych wartościach i codziennej refleksji. Tylko nieliczni obywatele przyznają, że często myślą o sprawach zdrowia, szukają informacji o zdrowiu, wykorzystują te informacje w swoim postępowaniu.

Po trzecie, realizacja medycznych zaleceń wymaga od wielu osób swoistego heroizmu. To może być m.in.: konieczność wyzwolenia się z ugruntowanych niezdrowych przyzwyczajeń, rezygnacji z niezdrowych przyjemności, przełamania oporu przed zmianą, przeciwstawienia się pasywnym lub ryzykownym dla zdrowia wzorom i naciskom rozpowszechnionym w otoczeniu społecznym, zmiany dotychczasowych sposobów myślenia (w tym mechanizmów racjonalizujących brak troski o zdrowie), pokonania trudności materialnych, przeorganizowania dotychczasowych obowiązków etc. W bezpośrednio odczuwalny sposób zaburza to psychospołeczną homeostazę wielu osób, zniechęcając do działania.

Po czwarte, wiedza przekazywana przez lekarzy często nie jest akceptowana przez jej adresatów. Wpływa na to m.in. ograniczone zaufanie do nauki, medycyny i medyków (jako ekspertów od zdrowego stylu życia), abstrakcyjny charakter komunikatów (niedostosowanie do indywidualnej sytuacji odbiorcy, jego wartości i sposobów myślenia), mało przyjazna forma przekazu (np. niejasny język, zawarte w komunikatach oceny i obligacje), niespójność licznych zaleceń spotykanych w różnych komunikatach czy łatwa dostępność psychologicznie bliskich treści alternatywnych wobec konwencjonalnej wiedzy medycznej.

Ponadto warto zwrócić uwagę, że przekazy edukacji zdrowotnej lepiej docierają i są lepiej wykorzystywane przez te grupy w społeczeństwie, które są zdrowsze, żyją w obiektywnie lepszych warunkach, już prowadzą zdrowy styl życia i wywiera on na ich zdrowie relatywnie duży wpływ. Słabiej natomiast docierają i są wykorzystywane przez grupy będące w odmiennej sytuacji. W efekcie wzmocnieniu ulegają społeczne nierówności w zdrowiu.

Zdaniem dr Krzysztofa Puchalskiego wnioski z powyższych obserwacji i ustaleń wskazują na potrzebę:

- współpracy ekspertów medycznych z ekspertami w dziedzinie socjologii zdrowia, komunikacji oraz wywierania wpływu społecznego (w kształceniu osób zajmujących się edukacją zdrowotną, konstruowaniu polityk i projektów edukacyjnych, tworzeniu treści przekazów);
- istotnego wzbogacenia edukacji zdrowotnej o działania w obszarze społecznych determinant zdrowia, zwiększające zainteresowanie społeczeństwa wiedzą medyczną, ułatwiające wykorzystanie tej wiedzy w codziennych zachowaniach, umożliwiające i wspierające trwałą realizację prozdrowotnych praktyk;
- dowartościowania i specjalnego potraktowania edukacji zdrowotnej grup defaworyzowanych oraz polityk społecznych dających wsparcie dla ich zdrowia i zdrowego stylu życia (stymulujących i ułatwiających jego prozdrowotne przekształcenia).

Celem kolejnego, zaprezentowanego podczas sesji wykładu była odpowiedź na pytanie, czym są kompetencje zdrowotne (ang. *health literacy*) oraz jakie cele i związki łączą je z edukacją zdrowotną. Zdaniem dr Zofii Słońskiej pojęcie „kompetencje zdrowotne" jest pojęciem daleko młodszym niż edukacja zdrowotna. Posiada ono wiele definicji, których różnice w znacznym stopniu są konsekwencją ewolucji samego pojęcia od ujęcia klinicznego do ujęcia populacyjnego, związanego ze zdrowiem publicznym i promocją zdrowia. W prezentacji przyjęto definicję kompetencji zdrowotnych powstałą w ramach programu badawczego „Europejski Sondaż Kompetencji Zdrowotnych [HLS-EU)", realizowanego w latach 2009–2012. Zgodnie z tą definicją kompetencje zdrowotne to wiedza, motywacje oraz umiejętności umożliwiające ludziom pozyskanie, rozumienie, ocenę i zastosowanie informacji zdrowotnych w codziennym życiu, w trakcie formułowania ocen oraz podejmowania decyzji dotyczących opieki zdrowotnej, prewencji chorób i promocji zdrowia. Celem rozwoju kompetencji zdrowotnych jest umożliwienie ludziom samodzielnego zarządzania sferą działań umożliwiających zachowanie i poprawę własnego zdrowia. Pacjent o wysokich kompetencjach zdrowotnych to osoba, której m.in. nie sprawia trudności: znajdowanie niezbędnych informacji zdrowotnych z różnych źródeł, w tym cyfrowych, ich zrozumienie, ocena oraz zastosowanie; sprawne poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej oraz aktywne i skuteczne komunikowanie się z personelem medycznym. W 2012 r. średnio co drugi obywatel Unii Europejskiej miał za niski poziom kompetencji zdrowotnych (HLS-EU).

Odpowiedź na pytanie o związki między kompetencjami zdrowotnymi a edukacją zdrowotną jest złożona. Po pierwsze trudno sobie wyobrazić rozwój kompetencji zdrowotnych bez edukacji zdrowotnej. Czy jednak można przyjąć, że edukacja zdrowotna jest wystarczająca, by rozwinąć kompetencje zdrowotne? Otóż, zdaniem dr Zofii Słońskiej, nie.

Zgodnie z przedstawioną wyżej definicją prawidłowo rozwijane kompetencje zdrowotne muszą przejawiać się wzrostem autonomii jednostek, zbiorowości i społeczeństw w działaniach na rzecz zdrowia. Rozwój kompetencji zdrowotnych wymaga więc nie tylko edukacji zdrowotnej, lecz także innych rodzajów edukacji. Na przykład, jeśli zależy nam na tym, by jak najwięcej osób potrafiło korzystać w celach zdrowotnych z urządzeń cyfrowych, musimy zacząć od rozwijania cyfrowych umiejętności. Należy pamiętać także o tym, że społeczeństwa są zróżnicowane, stąd konieczność różnicowania form edukacji w zależności od potrzeb różnych kategorii jednostek i zbiorowości.

Rozwój kompetencji zdrowotnych ma kluczowe znaczenie dla zwiększenia efektywności leczenia, profilaktyki chorób oraz promocji zdrowia. Jak wynika z badań, niski poziom kompetencji zdrowotnych pacjentów oznacza niski poziom wiedzy na temat własnej choroby, niepamiętanie tego, na czym polega terapia, niestosowanie się do zalecanego leczenia, popełnianie błędów w ramach samoopieki, gorszy stan fizyczny i psychiczny, częstszą hospitalizację oraz wyższy poziom umieralności. Jak podkreśliła dr Zofia Słońska, refleksja nad pojęciem „kompetencje zdrowotne" nieuchronnie prowadzi do wniosku o konieczności rozpoczęcia dyskusji nad strategią edukacyjną w medycynie klinicznej i zdrowiu publicznym.

Czwarty, zaprezentowany w ramach sesji wykład poświęcony był natomiast refleksji nad znaczeniem priorytetu aktywizacji i upodmiotowienia w interwencjach na rzecz zdrowego stylu życia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na związane z tym aspekty etyczne. Zmniejszenie w ostatnich latach wskaźników rozpowszechnienia palenia papierosów czy chorobowości oraz umieralności, m.in. w zakresie chorób układu krążenia, jest

niewątpliwym sukcesem działań współczesnej promocji zdrowia. Jednak jak zauważył lek. Michał Jędrzejek, warto zwrócić uwagę na potencjalne negatywne konsekwencje wypaczeń podstawowych założeń promocji zdrowia, a także możliwości przeciwdziałania im. W podejmowanych w ramach promocji zdrowia interwencjach na rzecz zmiany zachowań na prozdrowotne podkreśla się szczególne znaczenie działań aktywizujących i upodmiotawiających jednostki i społeczności, zwracając jednocześnie uwagę na konieczność uwzględniania w tych działaniach perspektywy społeczno-kulturowej odbiorców. Wielu ekspertów oraz badaczy życia społecznego zaznacza, że styl życia, rozumiany jako zakres i formy codziennych zachowań, swoistych dla określonej zbiorowości społecznej, zależny jest zarówno od czynników strukturalnych, jak i od obowiązujących w danej społeczności norm, systemów wartości czy przekonań. Z kolei nadmierna koncentracja na aspektach medycznych w interwencjach prozdrowotnych, z pominięciem uwarunkowań społeczno-kulturowych, prowadzi do szeregu niekorzystnych zjawisk, takich jak healthism (kult zdrowia), terroryzm medyczny czy syndrom obwiniania ofiary, z ich negatywnymi skutkami dla odbiorcy. W odpowiedzi na te niekorzystne zjawiska postuluje się między innymi wdrażanie idei tzw. profilaktyki IV-rzędowej (ang. *quaternary prevention*) [Jamoulle 1986], którą rozumie się jako zestaw działań zdrowotnych mających na celu łagodzenie lub unikanie konsekwencji niepotrzebnej lub nadmiernej interwencji systemu opieki zdrowotnej, m.in. poprzez uwzględnianie szerokiej perspektywy społeczno-kulturowej odbiorców oraz działania upodmiotawiające i aktywizujące jednostkę na rzecz zdrowia.

Podczas sesji omówione zostały główne ustalenia dotyczące społecznego zróżnicowania i dynamiki kluczowych dla zdrowia elementów stylu życia Polek i Polaków, a także mechanizmy tworzenia się i pogłębiania społecznych nierówności w zdrowiu związanych ze stylem życia. W podsumowującej sesję dyskusji pogłębiono refleksję na temat tego, czy poprzez legislację i popularyzowanie wiedzy o wpływie zachowań na zdrowie (m.in. w sferze odżywiania, aktywności fizycznej, palenia tytoniu oraz uczestnictwa w badaniach profilaktycznych) można skutecznie zmniejszać istniejące nierówności w zdrowiu. Podkreślono potrzebę zwrócenia szczególnej uwagi na te grupy społeczne, które nie są w stanie realizować zasad prozdrowotnego stylu życia ze względu na cechy położenia społecznego (osoby biedne, nisko wykształcone, starsze, niepełnosprawne etc.), a także na konieczność wypracowania strategii prozdrowotnych adekwatnych do potrzeb i możliwości tychże zbiorowości.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 3:59:11

Aplikacja wyników badań socjologicznych w rozwiązywaniu kluczowych problemów zdrowotnych Polaków

Pod patronatem Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego oraz Fundacji Kreatywnie dla Zdrowia

Moderator: dr n. hum. Krzysztof Puchalski

Uczestnicy: dr n. społ. Agnieszka Borowiec, lek. Michał Jędrzejek, dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat, dr n. hum. Magdalena Wieczorkowska

Zdrowie jest sprawą zbyt poważną, by powierzyć je WYŁĄCZNIE lekarzom. Zgodnie z duchem tego stwierdzenia refleksja wykładowców – socjologów zdrowia i medycyny – koncentrowała się wokół pytania, jak badania socjologiczne i ich wyniki mogą pomóc w przezwyciężaniu głównych problemów

zdrowotnych społeczeństwa polskiego, takich jak m.in. nowotwory, choroby układu krążenia, cukrzyca, problemy psychiczne, uzależnienia, choroby wieku starczego, a współcześnie również COVID-19.

Pierwszy z zaprezentowanych wykładów dotyczył znaczenia badań socjologicznych w promocji zdrowia i profilaktyce chorób nowotworowych. Możliwość zastosowania teorii, a zwłaszcza wyników badań socjologicznych w interwencjach z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej, jest nierozerwalnie związana z faktem silnej zależności chorób nowotworowych od stylu życia jednostek funkcjonujących w określonych zbiorowościach społecznych. Jak zauważyła dr Małgorzata Synowiec-Piłat, skuteczne tworzenie i wdrażanie programów prozdrowotnych wymaga poznania oraz uwzględnienia zmiennych społeczno-kulturowych, będących przedmiotem empirycznych analiz socjomedycznych. Nowotwory są obecnie jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych, będąc drugą po chorobach układu krążenia przyczyną zachorowań i zgonów w Europie, w tym także w Polsce, powodując jednocześnie szereg konsekwencji psychologicznych i społecznych. Niewątpliwie wyniki badań socjologicznych mogą istotnie przyczynić się do realizacji dwóch nadrzędnych celów w walce z nowotworami: do zmniejszenia wskaźników zachorowalności i umieralności na nowotwory oraz do poprawy jakości życia chorych i ich rodzin. W wykładzie przedstawione zostały najważniejsze kierunki analiz socjomedycznych, które dają możliwość aplikacji wyników badań w rozwiązaniu szeregu kwestii związanych z chorobami nowotworowymi:

1. Badanie zachowań zdrowotnych związanych z chorobami nowotworowymi, które ma szczególne znaczenie w planowaniu i wdrażaniu programów prozdrowotnych w społeczeństwie. Umożliwia także poznanie potrzeb i możliwości grup docelowych tychże działań. W związku z silną zależnością pomiędzy występowaniem chorób nowotworowych a stylem życia poszczególnych zbiorowości społecznych w walce z rakiem szczególną uwagę zwraca się na konieczność kształtowania i wzmacniania zachowań prozdrowotnych w społeczeństwie. Socjologiczne badania empiryczne poświęcone społecznym aspektom chorób nowotworowych ukazują złożoność czynników mających wpływ na procesy podejmowania decyzji o poddaniu się badaniom profilaktycznym, podjęciu leczenia onkologicznego, na stosowanie się do zalecanej terapii oraz na cały proces leczenia i rehabilitacji, a także na jakość życia chorych i ich najbliższych. Analiza wyników badań socjomedycznych pozwala na poznanie: a) społeczno-demograficznych, społeczno-strukturalnych oraz kulturowych (normy zdrowotne, zdrowie jako wartość) uwarunkowań zachowań zdrowotnych, zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania na raka i rozwoju tej choroby, niekorzystania w satysfakcjonującym zakresie z badań profilaktycznych oraz zbyt późnego zgłaszania się ludzi do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów; b) zachowań w chorobie, mających na celu odpowiedź na wiele istotnych pytań: w jaki sposób osoby chore na raka, obserwując swój organizm, reagują na nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu; jak interpretują pojawiające się symptomy chorobowe; gdzie szukają pomocy; czy i kiedy podejmują decyzję o zgłoszeniu się do lekarza lub wybierają inne formy leczenia; dlaczego pacjenci nie stosują się do zaleceń lekarskich oraz kontynuują szkodliwy styl życia oraz dlaczego nie podejmują lub zarzucają zalecane leczenie.
2. Badanie znaczenia systemów laickich w zdrowiu i chorobie: poznanie poziomu wiedzy medycznej (na temat metod profilaktyki, diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, a także czynników ryzyka i elementów stylu życia mogących zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia raka); norm, wartości i przekonań zdrowotnych laików; poziomu lęku przed rakiem („rakofobii") oraz ich wpływu na zachowania zdrowotne.
3. Badanie jakości życia chorych i ich rodzin – analiza: a) sytuacji życiowej, społecznego funkcjonowania chorych na raka z uwzględnieniem perspektywy laickiej; b) poziomu satysfakcji z życia; c) zjawiska naznaczania/ etykietowania chorych na raka, wykluczania z różnych sfer życia społecznego; d) ról społecznych chorych na nowotwory; e) konsekwencji choroby dla rodziny/ bliskich pacjenta.
4. Badanie form, zakresu i jakości wsparcia społecznego w chorobie.
5. Badanie funkcjonowania mikrostruktur świadczących usługi na rzecz chorych i ich najbliż-

szych (instytucji publicznych, organizacji pozarządowych, społeczności lokalnych).

6. Badanie makrostrukturalnych uwarunkowań zachorowalności i umieralności na raka: a) rozwój systemów opieki zdrowotnej zapewniających coraz więcej świadczeń terapeutycznych i profilaktycznych; b) stała poprawa jakości i dostępności do onkologicznych usług medycznych; c) analiza skuteczności podejmowanych na poziomie makrostrukturalnym programów antynowotworowych oraz interwencji na rzecz poprawy stylu życia społeczeństwa; d) badanie skali/ natężenia przyczyn oraz konsekwencji nierówności społecznych w zdrowiu (społecznej dystrybucji zdrowia); e) badania dotyczące jakości działań podejmowanych w ramach polityki zdrowotnej (antynowotworowej) państwa.

Jak podkreślała dr Małgorzata Synowiec-Piłat, w skuteczność działań w walce z nowotworami wpisana jest dynamiczna więź między wiedzą a praktyką. Praktyczne zastosowanie wyników badań socjologicznych jawi się współcześnie jako kwestia szczególnie istotna ze względu na konsekwencje zdrowotne, psychologiczne i społeczne, jakie niesie ze sobą ta grupa chorób.

Kolejnym bardzo ważnym zjawiskiem społecznym, implikującym szereg problemów zdrowotnych, jest starzenie się społeczeństw. Drugi, zaprezentowany podczas sesji wykład poświęcony był znaczeniu badań socjologicznych w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym. Starzenie się to nie tylko biologiczna funkcja przeżytych lat czy fizjologiczne zmiany w ciele człowieka. To także efekt norm i społecznych oczekiwań. Rosnąca liczba osób powyżej 60. roku życia (obecnie w Polsce jest ich 9,5 mln) generuje nowe potrzeby i wyzwania zdrowotne. Dr Magdalena Wieczorkowska zwróciła uwagę, że wiek nabrał współcześnie nowego znaczenia, a doświadczenie starzenia się jest ściśle związane z klasą społeczną, rasą, płcią i innymi czynnikami społecznymi. Dlatego socjologiczne badania ilościowe i jakościowe odgrywają ważną rolę jako czynnik kształtujący jakość opieki medycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Osoby starsze stanowią zróżnicowaną wewnętrznie grupę – zarówno pod względem wieku biologicznego, potrzeb, oczekiwań, stylów życia, jak i stanu zdrowia. Wiedzę o społecznych uwarunkowaniach życia osób starszych można czerpać z międzynarodowych baz danych (np. Eurostat), baz i badań krajowych (Główny Urząd Statystyczny, Centrum Badania Opinii Społecznej, PolSenior, Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce) oraz badań akademickich, które dostarczają najbardziej szczegółowej wiedzy na temat potrzeb, stylów życia, ról społecznych czy wykluczenia osób 60+.

Znajomość tych uwarunkowań jest istotna na każdym z trzech poziomów rozważań w odniesieniu do opieki medycznej nad pacjentem w wieku podeszłym:

- na poziomie makrostrukturalnym – diagnoza i prognoza demograficzna oraz znajomość społeczno-kulturowych uwarunkowań starości i starzenia się jest impulsem do rozwoju medycyny. Geriatria jest odpowiedzią na potrzeby demograficzne związane z wydłużaniem się życia i zwiększaniem odsetka osób 60+ w strukturze populacji. Dane socjodemograficzne są instrumentem wykorzystywanym do alokacji środków na procedury medyczne, instrumentem polityki zdrowotnej, profilaktyki i edukacji zdrowotnej w odniesieniu do osób starszych. Obecnie mówi się o polityce senioralnej, której kluczowym elementem jest ochrona zdrowia najstarszych członków społeczeństwa. Dane socjodemograficzne pozwalają na diagnozę obecnej sytuacji oraz prognozy krótko- i długofalowe. Na tej podstawie Ministerstwo Zdrowia planuje środki na ochronę zdrowia w poszczególnych regionach Polski. Ponadto możliwe jest planowanie strategii leczenia poszczególnych chorób, a także tworzenie programów profilaktycznych skierowanych do najstarszych mieszkańców.
- na poziomie mezzostrukturalnym – badania socjologiczne pozwalają lepiej zrozumieć proces starzenia się. Mówimy o starzeniu pierwotnym, wyznaczanym przez czynniki biologiczne, oraz o starzeniu wtórnym wyznaczanym przez czynniki środowiskowe, społeczne, kulturowe. Brak ruchu, zła dieta to czynniki ryzyka wielu chorób, które mogą stać się doświadczeniem osób starszych. Dlatego potrzebna jest znajomość stylów życia osób starszych, ich postaw wobec procesu starzenia się, a także postaw otoczenia wobec starości i osób starych. Poznanie stylów życia jest możliwe dzięki badaniom socjologicznym i pozwala określić

czynniki ryzyka oraz zaprojektować efektywne programy, których celem jest modyfikacja tych elementów stylu życia, które są szkodliwe. Postawy wobec własnej starości są zmienną indywidualną wpływającą na postrzeganie, reagowanie i interpretację symptomów choroby, stosunek do leczenia oraz do personelu medycznego. Znajomość tych postaw staje się kluczowa dla efektywnej relacji personel medyczny–pacjent w wieku podeszłym. Zaś postawy otoczenia wobec starości i osób starych mogą mieć wpływ na profesjonalną relację lekarz–pacjent. Usługi medyczne są obszarem, w którym osoby starsze doświadczają wykluczenia ze względu na wiek, gorszego traktowania, lekceważenia, bagatelizowania, infantylizacji i braku szacunku.

- na poziomie mikrostrukturalnym – badania socjologiczne dotyczące osób starszych pozwalają lepiej zrozumieć odgrywane przez nich role pacjentów i przygotować się personelowi medycznemu na ewentualne trudności komunikacyjne wynikające z ograniczeń fizycznych, psychicznych lub społeczno-kulturowych takich pacjentów (np. ograniczenia słuchu, wzroku, funkcji poznawczych; nierozumienie medycznego żargonu; trudności w wyrażaniu się, opisywaniu symptomów; zła sytuacja rodzinna, materialna; lęk o własne zdrowie, lęk przed chorobą, leczeniem i lęk przed śmiercią). Człowiek, niezależnie od wieku, jest jednością bio-psycho-społeczną. Holistyczna opieka oznacza traktowanie pacjenta jako całości emocjonalnej i intelektualnej, społecznej, duchowej i fizycznej. W rozwiązywaniu problemów zdrowotno-pielęgnacyjnych wymaga uwzględnienia kontekstu społecznego, ekonomicznego i ekologicznego.

Podsumowując, dr Magdalena Wieczorkowska zwróciła uwagę, że badania socjologiczne w odniesieniu do pacjentów w wieku podeszłym stymulują rozwój medycyny oraz są instrumentem polityki zdrowotnej i systemu ochrony zdrowia; pozwalają zrozumieć pozabiologiczne, pozamedyczne aspekty procesu starzenia się i ich znaczenie dla starzenia biologicznego; a także podnoszą efektywność komunikacji w relacjach personelu medycznego z pacjentem w wieku podeszłym.

Trzeci wykład poświęcony był natomiast postawom Polaków wobec COVID-19 w kontekście stosowania się do zaleceń epidemicznych. Dr Agnieszka Borowiec zaprezentowała wyniki badań przeprowadzonych przez Zarząd Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego – „Społeczne i zdrowotne konsekwencje pandemii COVID-19" (kwiecień–maj 2020 r., metoda ankiety internetowej, próba okolicznościowa, $n = 1591$). Analiza zaprezentowana w referacie miała na celu odpowiedź na pytanie, co powoduje, że ludzie skłonni byli w I fali pandemii COVID-19 stosować się do zaleceń epidemicznych Ministerstwa Zdrowia, mających na celu jej ograniczenie i jednocześnie chronienie się przed zachorowaniem. Jest to zarazem próba pokazania, że na decyzje ludzi związane z zabezpieczaniem się przed chorobą zakaźną mogą wpływać czynniki inne niż tylko obawa przed zachorowaniem czy cechy takie jak płeć, wiek, wykształcenie. Postawiono hipotezę, że stosunek do pandemii COVID-19 oraz działań różnych instytucji i osób związanych z pandemią, jej ograniczaniem i rozprzestrzenianiem się może mieć, obok wymienionych wyżej czynników, znaczenie dla stosowania się do zaleceń epidemicznych Ministerstwa Zdrowia. W badaniu pytano Polaków o częstość stosowania się do siedmiu podstawowych zaleceń MZ wdrażanych wiosną 2020 roku. Jak się okazało, w największym stopniu przestrzegane było wówczas zalecenie częstego i dokładnego mycia rąk, noszenia maseczki i unikania dużych skupisk ludzkich, w najmniejszym – dezynfekcja przedmiotów, z którymi miały przedtem do czynienia inne osoby. W trakcie analizy statystycznej, której poddano odpowiedzi na pytania o stopień zgody ze stwierdzeniami opisującymi sytuację pandemii, zidentyfikowanych zostało pięć postaw wobec pandemii COVID-19. Pierwsza z tych postaw to pozytywny stosunek do szczepionki na COVID-19: obejmuje przekonania, iż szczepionka będzie bezpieczna dla zdrowia, jej twórcy mają pozytywne intencje, a w momencie gdy będzie dostępna, powinna stać się obowiązkowa dla personelu medycznego oraz obywateli. Na drugą postawę, tj. negatywną ocenę działań instytucji ochrony zdrowia i rządu podejmowanych w celu walki z COVID-19, składają się opinie o braku przystosowania placówek ochrony zdrowia do walki z COVID-19 oraz o przejmowaniu przez obywateli wielu obowiązków należących do rządu. Kolejna postawa wiąże się z przekonaniem, że kontrolowanie i dyscyplinowanie społeczeństwa

jest właściwym sposobem na walkę z COVID-19. Miało to polegać na bezwzględnym stosowaniu się przez ludzi do zaleceń epidemicznych, piętnowaniu i karaniu osób niestosujących się do zaleceń, obowiązkowym izolowaniem i leczeniem chorych i podejrzanych o zachorowanie, kontrolą przemieszczania się obywateli nawet kosztem ograniczania praw obywatelskich. Z kolei skłonność do podważania sensowności i skuteczności działań nakierowanych na walkę z COVID-19 wiąże się z brakiem wiary w wielkość zagrożenia, przedkładaniem innych celów nad chronienie się przed zarażeniem np. normalnego funkcjonowania poszczególnych osób czy normalnego funkcjonowania gospodarki, brakiem wiary, że stosowanie się do zaleceń jest skuteczne oraz że personel medyczny ma pozytywne intencje. Ostatnia postawa została określona jako skłonność do szukania i piętnowania winnych rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19. Cudzoziemcy, pracownicy ochrony zdrowia, kurierzy i listonosze i inne osoby potencjalnie roznoszące epidemię powinny być izolowane, mieszkania osób przebywających na kwarantannie oznaczane. Osoby prezentujące tę postawę traktują pandemię jako skutek niemoralnego życia.

Opisane powyżej postawy można potraktować jako odzwierciedlenie pewnych szerszych zjawisk i procesów przebiegających w społeczeństwie w czasie pandemii COVD-19. Pierwsza odnosi się do stosunku do nauki i ekspertów, druga do zaufania do instytucji państwa. Trzy pozostałe mogą być interpretowane w kategoriach reagowania społeczeństwa na traumę społeczną, jaką jest pandemia COVID-19. Przekonanie, że kontrolowanie i dyscyplinowanie społeczeństwa jest właściwym sposobem na walkę z COVID-19 oraz skłonność do szukania i piętnowania winnych rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 wpisują się w mechanizm obronny polegający na integracji poprzez osiąganie spójności z własną grupą oraz identyfikację wroga. Skłonność do podważania sensowności i skuteczności działań nakierowanych na walkę z COVID-19 może być odzwierciedleniem mechanizmu obronnego polegającego na dystansowaniu się wobec zagrożenia. Jak się okazuje, większej skłonności do stosowania się do zaleceń MZ sprzyjają: postrzeganie kontrolowania i dyscyplinowania społeczeństwa jako sposobu na walkę z COVID-19 oraz przekonanie o skuteczności i bezpieczeństwie szczepienia. Mniej chętnie stosują się do zaleceń osoby o skłonności do podważania sensowności i skuteczności działań nakierowanych na walkę z COVID-19 oraz skłonności do szukania i piętnowanie winnych rozprzestrzeniania się pandemii. Z analizy wynika, że na skłonność do stosowania się do zaleceń epidemicznych miały wpływ postawy wobec pandemii osadzone w szerszych zjawiskach i procesach społecznych.

Jak podkreślała dr Agnieszka Borowiec, badanie postaw ludzi w stosunku do zachowań będących przedmiotem edukacji zdrowotnej oraz innych interwencji może pomóc zidentyfikować bariery stojące na przeszkodzie wdrażaniu tych zachowań oraz poprawić skuteczność tych oddziaływań.

Ostatni z zaprezentowanych podczas sesji wykładów to próba odpowiedzi na pytanie, dlaczego jest konieczna i co daje diagnoza potrzeb zdrowotnych społeczności? Lek. Michał Jędrzejek zwrócił uwagę, iż pierwszym i niezbędnym etapem każdej interwencji na rzecz zdrowia powinno być dokonanie diagnozy społecznej dotyczącej zachowań, przekonań i postaw zdrowotnych danej społeczności czy grupy. Konieczne jest zatem posiadanie jak najbardziej precyzyjnych informacji na temat poszczególnych elementów stylu życia odbiorców. Zbyt ogólne dane (dotyczące całej populacji) i/lub dane wyrwane z kontekstu społeczno-kulturowego nie są miarodajnym źródłem informacji wstępnej, niezbędnej do tworzenia i wdrażania skutecznych programów prozdrowotnych kierowanych do określonej grupy docelowej. Analiza wyników badań socjomedycznych pozwala na poznanie zachowań, postaw oraz przekonań zdrowotnych, na które należy zwrócić szczególną uwagę w planowaniu i wdrażaniu programów prozdrowotnych w danym społeczeństwie. Ponadto dzięki diagnozie społeczno-kulturowych oraz strukturalnych uwarunkowań behawioralnych czynników ryzyka możliwe jest również poznanie grup docelowych tychże działań, a w konsekwencji skuteczniejsze tworzenie i wdrażania programów prozdrowotnych w określonych społecznościach.

Praktycznym przykładem są dane dotyczące zachowań, postaw oraz przekonań zdrowotnych mieszkańców Wrocławia pochodzące z autorskich socjologicznych badań ankietowych „Z korzyścią dla zdrowia czy na jego szkodę? Analiza socjologiczna stylu życia wrocławian" (zespół badawczy: Synowiec-Piłat M., Jędrzejek M., Pałęga A., Zmyślona B.; projekt badawczy finansowany ze środków gminy Wrocław, 2018 r., nr umowy D/WZD/19A/68/2018). Porównanie wyników badań społeczności lokalnej z podobnymi danymi krajowymi pozwala wyodrębnić specyficzne różnice

i tym samym precyzyjnie i bardziej swoiście dopasować interwencje prozdrowotne. Przykładowo na podstawie badań wrocławskich wyodrębniono szczególne grupy odbiorców ze wskazaniem konkretnych obszarów interwencji, tj. np. grupa kobiet/ osób z wyższym wykształceniem i większe deficyty czasu wolnego czy osoby starsze (>65 r.ż.) i niski poziom aktywności fizycznej (zależności istotne statystycznie).

Podsumowując, biorący udział w panelu eksperci ukazali potencjał socjologii zdrowia i medycyny w rozwiązywaniu wiodących problemów zdrowotnych społeczeństwa polskiego. Zarówno podstawy teoretyczne socjologii zdrowia i medycyny, narzędzia metodologiczne, którymi ona dysponuje, oraz prowadzone badania i płynące z nich wnioski, jak również wypracowane w oparciu o empirię narzędzia wpływu społecznego, mogą w znaczący sposób przyczynić się do budowania i wdrażania skutecznych programów z zakresu szeroko rozumianej promocji zdrowia. Wykładowcy starali się ukazać, w jaki sposób badania socjologiczne mogą uzupełniać aplikacyjną wiedzę medycyny i zdrowia publicznego. Przedstawione zostały kluczowe ustalenia z ostatnich lat, których praktyczne wykorzystanie może przyczynić się do podniesienia efektywności polityk i interwencji zdrowia publicznego oraz usprawnić codzienną pracę lekarzy. Podjęty został również problem jakości i wiarygodności współcześnie prowadzonych badań społecznych oraz efektów ich upowszechniania w świadomości zbiorowej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 5:14:13

Zdrowotne i ogólnospołeczne znaczenie aktywności fizycznej – potęga profilaktyki

Pod patronatem Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

Moderator: prof. Andrzej Ziemba

Uczestnicy: prof. Wojciech Drygas, prof. Edward Franek, prof. Tomasz Kostka, dr hab. Magdalena Kwaśniewska, prof. UM w Łodzi

Naszą misją jest uświadomienie władzom i społeczeństwu, że fundamentalną rolę w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa odgrywa szeroko rozumiana profilaktyka polegająca na odpowiednich zachowaniach społecznych, na które składa się przede wszystkim odpowiedni poziom aktywności fizycznej połączony z prawidłową dietą. Żaden system opieki zdrowotnej służby zdrowia nie jest w stanie sprostać zadaniom stawianym przez społeczeństwo, które nie spełnia tych podstawowych zasad.

W tym panelu przedstawimy jedynie nieliczne dowody potwierdzające tę tezę. Zwracamy uwagę na wyniki wieloletnich badań prowadzonych u mężczyzn obarczonych czynnikami ryzyka choroby niedokrwiennej serca. Inne z kolei prace potwierdzają dobroczynne skutki aktywności fizycznej u osób cierpiących na cukrzycę typu II, w zapobieganiu zaburzeniom poznawczym w procesie starzenia się i w końcu niezwykle istotne znaczenie aktywności fizycznej w podeszłym wieku, która zapewnia niezależność i samoobsługę.

Autorzy wyrażają nadzieję, że sesja ta choć w części przyczyni się do propagowania prawidłowych postaw zdrowotnych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 2:27:26

Rola pracodawców, mediów i Kościoła w promocji zdrowia Polaków

Moderator: dr hab. Edyta Sutkowska

Uczestnicy: red. Roman Czejarek, ks. dr hab. Jan Klinkowski, prof. PWT, red. Bartosz Kwiatek, Anna Rulkiewicz, dr hab. Joanna Szczepańska-Gieracha, prof. AWF, dr hab. Wojciech Szczerba, prof. EWST

Celem panelu było poruszenie tematu możliwości, obowiązków spoczywających na różnych, reprezentowanych przez wyżej wymienione osoby, instytucjach w kontekście krzewienia promocji zdrowia wśród mieszkańców naszego kraju, oraz trudności, na jakie napotykają.

O zobowiązaniu dbania o zdrowie pracowników mówiła Anna Rulkiewicz, odnosząc się do artykułu 68. Konstytucji RP, który zobowiązuje władze naszego kraju do zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej nad obywatelami. Pani Anna Rulkiewicz przypomniała o aktach prawnych pozostających w służbie medycyny pracy, które nakładają na pracodawców obowiązek kontroli stanu zdrowia pracowników nie tylko w chwili przyjmowania ich do pracy, lecz także w formie tzw. badań okresowych. Podkreśliła, że w ostatnim czasie działania te przybierają coraz bardziej charakter profilaktyki tzw. chorób cywilizacyjnych. Ich celem jest bowiem wskazanie obszarów zdrowia indywidualnej osoby, które potencjalnie mogą w najbliższej przyszłości sprawić pracownikowi problem i dlatego powinny podlegać szczególnej atencji. W ocenie pani Anny Rulkiewicz jest to przejaw racjonalnego podejścia wielu przedsiębiorców do tematu zdrowia pracownika, którzy coraz bardziej rozumieją związki między zdrowiem fizycznym i psychicznym a wydajnością jednostki w pracy. Wpływa to także na zachęcanie zatrudnianych osób do wykonywania badań dodatkowych, które nie wynikają bezpośrednio z obowiązku prawnego. W rozmowie wspomniano także o programie „PracoDawca Zdrowia", który jest skierowany do przedsiębiorców i ma charakter konkursu, w którym współzawodniczą ze sobą pracodawcy, podejmując różne dodatkowe aktywności na rzecz utrzymania pracowników w dobrym zdrowiu. Odnosząc się natomiast do tematu skrócenia czasu pracy w naszym kraju, przedstawicielka Pracodawców RP podkreślała raczej konieczność poprawy ergonomii pracy i jej organizacji niż bezwzględnego skrócenia tygodnia pracy, jak również konieczność oddziaływania na świadomość Polaków w kwestii prowadzenia higienicznego trybu życia.

Profesor Joannę Szczepańską-Gierachę poproszono o przedstawienie, jakimi motywacjami kierują się ludzie w kontekście poprawy lub dbałości o swoje zdrowie. Prof. Szczepańska-Gieracha podkreśliła, że kobiety, z którymi głównie pracuje, zaznaczają w rozmowach szczególnie rolę potrzeby korzystnego wyglądu, co nie zawsze oznacza podejmowanie działań, które jednocześnie mają charakter działań prozdrowotnych. Ewentualne inne kwestie, jak np. utrzymanie jak najdłużej samodzielności w wykonywaniu prostych czynnościach dnia codziennego, pojawiają się dopiero w wieku dojrzałym. Poszukując odpowiedzi na pytanie, w jaki sposób kształtować postawy prozdrowotne, Pani Profesor podkreśliła rolę nawyków, które powinny pomóc nam stać na straży podejmowanych przez nas na co dzień czynności, takich jak np. ruch czy sięganie po zdrową żywność. Prof. Szczepańska-Gieracha wspomniała także o problemach psychologicznych, które w niektórych przypadkach mogą być przeszkodą do rozpoczęcia lub powrotu do zdrowego stylu życia, co wymaga pomocy terapeutów i zindywidualizowanego podejścia do pacjenta.

Poszukując motywacji do działań prozdrowotnych, poproszono także o wypowiedź prof. Wojciecha Szczerbę oraz księdza profesora Jana Klinkowskiego, reprezentujących religie chrześcijańskie. Obydwaj odnieśli się do Nowego i Starego Testamentu, przytaczając przykłady, które nie tylko potwierdzają, że zdrowie fizyczne, a nie jedynie zdrowie duszy, jest bliskie chrześcijańskiej kulturze, ale także to, że chrześcijanin jest zobowiązany do dbania o swoje ciało w kontekście zachowania go w zdrowiu. Troska o siebie jest wyrazem szacunku wobec Boga, ponieważ zostaliśmy stworzeni na Jego podobieństwo, a w Liście do Koryntian czytamy, że „nasze ciało jest Świątynią Ducha Świętego". Jest to także

zobowiązanie wobec daru, jakim jest życie, które człowiek otrzymuje. Dlatego życie chrześcijanina powinno być wypełnione unikaniem tego, co szkodliwe, pielęgnowaniem zdrowych nawyków czy wreszcie korzystaniem z pomocy medycznej, jeśli zachodzi taka potrzeba. Uzdrawianiem ciała zajmował się św. Łukasz, który był lekarzem, przede wszystkim należy jednak pamiętać, że sam Chrystus uzdrawiał chorych, co tylko potwierdza fakt, jak istotna dla Kościoła jest to kwestia. Na pytanie, czy wśród katolików zdarza się wyznawanie na spowiedzi grzechu nadmiernego jedzenia czy też, ogólnie, zaniechania dbałości o zdrowie, ks. prof. Jan Klinkowski odpowiedział, że świadomość tego przewinienia zanikła, a same przemyślenia na ten temat często przychodzą dopiero wtedy, kiedy pojawia się choroba. Obaj przedstawiciele religii chrześcijańskiej podkreślili, że jest dużo przestrzeni w Kościele, aby przypominać o konieczności dbania o zdrowie, ale podstawą jest samoświadomość duszpasterzy. Zdrowie daje możliwość bycia użytecznym dla innych, co wpisuje się w obowiązki chrześcijanina i o czym należy przypominać. Czasem do takiego nauczania powinna być katecheza, kaznodziejstwo, spotkania w grupach, np. nauki przedmałżeńskie, podczas których należy podkreślać, że nasze zdrowie jest darem także dla drugiej osoby. Obecnie rolę zdrowia podkreślają dokumenty przygotowane przez Światową Radę Kościołów, Polską Radę Ekumeniczną czy fragmenty zawarte w encyklikach papieskich. Tworzone są więc podstawy, które duszpasterze mogą wykorzystać do krzewienia zdrowia. Obu panelistów podkreślało także, że obecnie kościoły to już nie tylko centra kultu, ale i kultury czy centra społeczne, gdzie w zgodzie z religią można aktywnie promować zdrowy styl życia, przy których znajdują się często centra pomocy psychologicznej oraz szpitale. Przykładem promocji zrównoważonego rozwoju jest YMCA.

Przedstawiciele mediów odpowiadali m.in. na pytanie o trudności w promowaniu zdrowia np. poprzez reklamę. Począwszy od reklam telewizyjnych po partycypowanie w utrzymaniu klubów sportowych, obserwujemy obecnie niepokojące zjawisko przeciwstawnych interesów. Często bowiem reklamy niezdrowych produktów są promowane przed imprezami sportowymi, a kluby sportowe wspierane są przez producentów niezdrowej żywności. To może budzić sprzeczne emocje i zakłócać odbiór, szczególnie wśród młodego pokolenia, zasłaniając najważniejsze treści i przesłanie, jakim jest promowanie zdrowia. Mimo powierzchownych regulacji prawnych, np. zapisu, według którego emitowane programy nie mogą promować zachowań mogących mieć negatywny wpływ na zdrowie, kontrola nad ich realizacją przez Krajową Radę Radiofonii i Telewizji jest niewystarczająca. Reklama staje się jedynie biznesem i nie ma wymowy edukacyjnej mimo zaleceń, jakie niesie Narodowy Program Zdrowia. Zmiany obecnego stanu rzeczy wymagają dużej determinacji, ponieważ mogą wymagać istotnej interwencji w gospodarkę i ustaloną od lat politykę „prozdrowotną", co wymaga forsowania wielu trudnych kwestii i odważnego piętnowania postaw pseudoprozdrowotnych.

Podsumowując, moderator podkreśliła konieczność zarówno poszukiwania i artykułowania problemów, które utrudniają dobre działania na rzecz promocji zdrowia poprzez różne instytucje, jak i konsekwentnego budowania świadomości społeczeństwa od najmłodszych lat, tak aby umożliwić dokonywanie mądrych wyborów.

Rekomendacje i postulaty

1. Konieczne jest większe porozumienie się środowisk uczestniczących w budowaniu postaw prozdrowotnych w celu ustalenia najbardziej optymalnych działań. Do tych środowisk należą: przedstawiciele pracodawców, przedstawiciele służb medycznych (lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki), przedstawiciele mediów i religii oraz przedstawiciele rządu. Tylko używanie wspólnego języka przekazu, niezależnie od jego formy, może być czytelne dla odbiorców, czyli społeczeństwa.
2. Konieczny jest ścisły nadzór nad treściami przekazywanych reklam oraz promocjami pseudoprozdrowotnych działań, jakie są coraz częściej wpisywane w naszą rzeczywistość. Treści reklam, np. żywności, leków, tzw. suplementów, czy zasadność umieszczania rozlicznych badań w tzw. pakietach prozdrowotnych powinny być autoryzowane przez instytucje związane ze światem medycyny, np. izby lekarskie, konsultantów krajowych. Wynika to nie tylko z braku korzyści, jakich mimo zapewnień płynących od nadawcy komunikatów odbiorca oczekuje, lecz także z potencjalnej ich szkodliwości, np. poprzez wzbudzanie poczucia zdrowia przy zażywaniu reklamowanej substancji, a zaniechanie rzeczywistych, potwierdzonych naukowo dzia-

łań. Pieniądze wydawane nieroztropnie przez nieuświadomionych odbiorców mogą być spożytkowane na rzeczywiste potrzeby.

3. Budowanie świadomości Polaków należy rozpoczynać od najmłodszych lat. Powinno się to odbywać nie tylko w formie „suchego" przekazu, np. w szkołach na lekcjach, lecz także znajdować odzwierciedlenie w codziennym życiu. Oznacza to na przykład wprowadzenie, wzorem innych krajów, jasnych i widocznych oznaczeń na opakowaniach żywności. Umieszczanie np. zielonych kropek na odpowiednio dużym fragmencie opakowania może symbolizować, że produkt jest „zdrowy" w kontekście chorób cywilizacyjnych, z którymi obecnie się zmagamy. Odpowiednio „żółta kropka" może oznaczać: uważaj produkt może być dla ciebie szkodliwy, szczególnie jeśli używasz go w nadmiarze, a „czerwona kropka": produkt nie spełnia kryteriów zdrowej żywności i jego spożywanie naraża cię na choroby". Takie oznakowanie jest czytelne nawet dla najbardziej „wrażliwych grup wiekowych", tj. zarówno dla dzieci, jak i dla osób starszych – często niedowidzących – które nie radzą sobie (nawet wobec szerokiej wiedzy na temat żywienia) z niewielkimi oznaczeniami na etykietach.

   Wspomagając takie działania, proponujemy także wprowadzenie reklamy, która będzie przypominała, że brak powyższego oznaczenia lub (do czasu jego wprowadzenia) nieczytelny (np. z powodu kuriozalnie małych liter) opis składu produktu na opakowaniu powinien wzbudzić nasz niepokój i brak zaufania do producenta, ponieważ z reguły oznacza „niezdrowe" składniki.

4. O ile nie będzie możliwości usunięcia pseudoprozdrowotnych reklam z powodów prawnych (lub do czasu wprowadzenia nowych regulacji prawnych wspomnianych w pkt. 2), proponujemy wprowadzenie antyreklam, które nadawane będą tuż po pseudoreklamie. Wybór ich treści i formy jest szczególnie ważny, ponieważ musi być zarówno zgodny z prawem, wiedzą medyczną, jak i czytelny, trafiający do osób z różnym poziomem wykształcenia. Natomiast wskazaniem, które z obecnie ukazujących się reklam są zwyczajnie fałszywe w swoim docelowym przekazie, powinny się zająć: Ministerstwo Zdrowia, izby lekarskie, konsultanci krajowi.
5. Należy ustalić program wspomagania finansowego dla producentów zdrowej żywności (jednak jej produkcja powinna podlegać szczególnemu nadzorowi), tak aby jej wytwarzanie nie przynosiło im strat. Nie ma bowiem innej drogi do wytwarzania zdrowych, wysoko jakościowych produktów, na które byłoby stać finansowo całe społeczeństwo. Nie musi mieć to formy bezpośredniego przekazywania firmom środków finansowych na produkcję. Może być regulowane np. poprzez przeznaczanie miesięcznie kwoty na obywatela (w postaci kodu, kartek etc.), jaka może być zrealizowana jedynie na „wyznaczoną żywność", czyli tę zakwalifikowaną i oznaczoną jako zdrowa i pochodząca od uczciwego producenta.
6. Środowiska związane z promocją zdrowia powinny co roku przygotowywać raporty dla Ministra Zdrowia z informacjami, jakie przeszkody (a nie sukcesy!) napotykają w realizowaniu tej promocji.
7. Mając na uwadze nadal wysoki odsetek Polaków, którzy deklarują się jako wierzący oraz ich aktywny udział co najmniej w liturgii niedzielnej, niezwykle cenna wydaje się rola Kościoła w krzewieniu kultury prozdrowotnej. Skoro zarówno Nowy Testament, jak i Stary Testament oraz wydawane na bieżąco dokumenty stanowią o konieczności dbania także o ciało, byłoby niezwykle użyteczne, aby w sposób najprostszy, tj. poprzez naukę niedzielną czy podczas spowiedzi świętej (Kościół katolicki) przypominać wiernym o tym podstawowym obowiązku. Mając na uwadze hierarchię Kościoła, może się to odbywać np. poprzez odczytanie listu episkopatu, ale także poprzez wewnętrzne przypominanie proboszczom parafii o tym ważnym do poruszania problemie, a nawet zobowiązanie ich do przygotowania nauki o takiej treści np. raz w roku.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 7:06:56

Zapotrzebowanie na usługi medyczne i niemedyczne w Polsce – rola nowoczesnej medycyny

Moderator: dr hab. Edyta Sutkowska

Uczestnicy: dr n. o kul. fiz. Justyna Mazurek,
dr hab. Joanna Szczepańska-Gieracha, prof. AWF

W ramach panelu o powyższym tytule odbyły się trzy wykłady:

1. Zmiana zapotrzebowania na usługi medyczne i niemedyczne w dobie pandemii COVID-19 na przykładzie analizy FIMA w badaniu jednoośrodkowym – dr Justyna Mazurek.
2. Rola wirtualnej rzeczywistości i tele-mentalhealth w poprawie zdrowia osób przewlekle chorych – dr hab. Joanna Szczepańska-Gieracha.
3. Jak wspomóc ośrodki rehabilitacyjne i centra sportowe w propagowaniu aktywności fizycznej, wykorzystując media – omówienie projektu „Akcja Rehabilitacja" – dr hab. Edyta Sutkowska.

Wykład pierwszy poświęcono omówieniu wyników kwestionariusza FIMA, który jest dedykowany ocenie potrzeb medycznych i niemedycznych wśród populacji geriatrycznej. Okres, który poddano ocenie, to czas lockdownu, jaki sprowokowała ostatnia pandemia. Zapotrzebowanie na wspomniane potrzeby w okresie restrykcji porównano z okresem sprzed pandemii. Wykazano, że w okresie pandemii istotnie zmniejszyło się korzystanie z usług lekarza rodzinnego, mimo upowszechnienia korzystania z teleporad. Może to być wyraz nieradzenia sobie osób starszych z nowymi technikami kontaktu z lekarzem, co niestety w kontekście długoterminowym może się przełożyć na zdrowie tych osób. Poza wykazaniem zaniechania wizyt w POZ, jakie odnotowano dla populacji geriatrycznej w Polsce w okresie pandemii, dr Mazurek podkreśliła, jak szybko po zwalidowaniu kwestionariusza przyszło nam wykorzystać go w praktyce wobec zmieniającej się dynamicznie rzeczywistości pandemicznej. Podkreśla to rolę używania nowoczesnych, odpowiednio zwalidowanych kwestionariuszy, jako źródeł wiarygodnych informacji. Są to pomocne narzędzia, na których powinniśmy bazować, prowadząc badania naukowe oraz planując opiekę medyczną i usługi niemedyczne w sposób ekonomiczny.

Wykład drugi omawiał nowoczesne narzędzia, jakimi są wirtualna rzeczywistość oraz zdalna pomoc w leczeniu osób z chorobami przewlekłymi. W pierwszej części mowa była o innowacyjnej metodzie usprawniania pacjenta, która wykorzystując nowoczesne technologie komputerowe (w obszarach: rzeczywistość wirtualna, rzeczywistość rozszerzona) oddziałuje na psychikę osoby chorej, wspomagając m.in. proces rehabilitacji w różnych jednostkach chorobowych. To wsparcie może być potencjalnie wykorzystywane także jako wsparcie z dostępem zdalnym, co zyskuje szczególnie w rzeczywistości pandemicznej, wobec ograniczenia kontaktów bezpośrednich z wieloma osobami podlegającymi terapiom przewlekłym. Sesje terapeutyczne odbywają się z wykorzystaniem technologii VR TierOne wyprodukowanej w ramach grantu NCBiR przy udziale funduszy unijnych. Uzyskiwane/ oczekiwane efekty to wyciszenie, poprawa samopoczucia i nastroju, które ułatwiają powrót do zdrowia osobom leczonym wcześniej w sposób konwencjonalny. Telemental health zyskał szczególnie na znaczeniu ze względów epidemicznych i w ten sposób pozwala na kontynuację wcześniej rozpoczętych działań. Jednym z ostatnich osiągnięć zespołu kierowanego przez Panią Profesor było wykazanie w badaniu ankietowym wysokiego poziomu stresu wśród opiekunów osób z chorobą Alzheimera, którzy w dobie pandemii zostali pozbawieni jakiegokolwiek wsparcia ze strony instytucji do tego powołanych. W odpowiedzi na to wprowadzono wsparcie w formie Alzheimer's cafe on-line, które ma charakter cyklu spotkań połączonych tematycznie za pośrednictwem internetu. Odejście od jedynie klasycznej formy stacjonarnej (co planowane było na październik 2021 r.) pozwoli na szerszy zasięg proponowanych działań, z których korzystać będą także odbiorcy z małych, daleko położonych miejscowości. Wsparcie to ma charakter informacyjny, emocjonalny, organizacyjny i proponuje np. sesje relaksacyjne czy koncerty

muzykoterapeutyczne. Działania te mają ułatwić pracę opiekunom osób zmagających się z chorobę Alzheimera.

Wykład ostatni omawiał działania podjęte przez zespół Katedry i Zakładu Rehabilitacji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu (obecnie Uniwersyteckiego Centrum Rehabilitacji) w odpowiedzi na wprowadzony lockdown. Zaniechanie podejmowania aktywności fizycznej wynikające zarówno z zamknięcia centrów sportowych, ośrodków rehabilitacyjnych czy wreszcie, w okresie przejściowym, także ograniczenie najprostszej aktywności na zewnątrz (np. spacery) miało miejsce po raz pierwszy w historii naszego i nie tylko naszego kraju. Skutki takiego ograniczenia nie są wobec tego w pełni jeszcze poznane, ale niestety przewidywalne, jeśli znamy fizjologię i patofizjologię człowieka. Poza aspektem czysto fizycznym takie działania mogą być przyczynkiem także do wystąpienia/ nasilenia objawów depresyjnych. Zespół wspomnianej Katedry, składający się ze specjalistów w różnych dziedzinach, wybrał 5 obszarów, dla których możliwe było w sposób bezpieczny przygotowanie alternatywnej aktywności fizycznej wykonywanej w domu. Ustalono następnie wskazania i przeciwwskazania, zwrócono się o patronat do wybranych organizacji naukowych i przygotowano zestawy ćwiczeń. Mając na uwadze dostępność telewizji lokalnej dla różnych grup wiekowych oraz obszarów zamieszkania, poproszono TVP3 Wrocław o pomoc w realizacji tego projektu, tj. o nagranie i wyemitowanie filmów wspomagających leczenie osób z wybranymi jednostkami dyspanseryjnymi. Po akceptacji i przygotowaniu nagrań, w których aktywnie uczestniczył zarówno zespół Katedry, jak i „pacjenci", co miało realnie odzwierciedlać mogące pojawić się w trakcie ćwiczeń trudności z ich wykonaniem, programy te zostały kilkakrotnie wyemitowane. Wykorzystanie mediów do podtrzymywania czy rozpoczynania aktywności fizycznej zostało pośrednio potwierdzone w innych projektach (sprzed pandemii), poza naszym krajem. Badania te wskazały, że największy dostęp do odbiorców ma telewizja, chociaż internet może bardziej sprawdzić się w przypadku osób młodszych.

Rekomendacje i postulaty

1. Istotne jest, aby wyniki odpowiednio zwalidowanych i dostosowanych do rynku polskiego kwestionariuszy służyły nie tylko upowszechnieniu wiedzy na temat potrzeb, lecz także aby w dalszej kolejności były wykorzystane przez decydentów do planowania opieki nad populacją, tu – populacją geriatryczną. Tylko taka współpraca środowiska naukowego i osób odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną w naszym kraju warunkuje dobre przygotowanie usług i ekonomiczne wykorzystanie przeznaczonych na nie środków.
2. Obiecujące wyniki zastosowania wirtualnej rzeczywistości powinny skłonić zarówno do dalszych badań w celu poszukiwania nowych obszarów, gdzie terapia ta może być pomocna w prowadzeniu pacjentów, jak i do wdrażania jej w tych dziedzinach medycyny, gdzie mamy już dowody na jej skuteczność. Wykorzystanie internetu do kontaktu i wsparcia osób przewlekle chorych oraz ich opiekunów jest niepodważalnym elementem terapii w jej wymiarze medycznym i pozamedycznym i powinno być propagowane przez lekarzy, media i wszystkie osoby, które swoją postawą mogą wpłynąć na podejmowane działania odbiorców. Jako wsparcie można w tej sytuacji także rozważyć wsparcie finansowe rządu, np. wyrażone pokrywaniem kosztu dostępności do internetu dla osób przewlekle chorych.
3. Media powinny promować zdrowie nie tylko poprzez reklamy odpowiedniej żywności czy te wspominające o roli wysiłku fizycznego, lecz także realne, osadzone w czasie rzeczywistym programy ukazujące konkretną aktywność fizyczną. Jeśli przez godzinę można na ekranie pokazywać, jak gotować, to dla mnie jest niezrozumiałe, dlaczego nie można w podobnym czasie poprowadzić programu z ćwiczeniami. Programy te, wzorem zaproponowanych przez zespół wspomnianej Katedry, powinny być dedykowane stosunkowo wąskim grupom osób. W ten sposób odbiorca będzie mógł wybrać dla siebie najbardziej odpowiednią aktywność. Programy takie powinny się ukazywać regularnie, mieć wyznaczoną stałą porę emisji (należy dopasować ją do odbiorców i ich schorzenia), ponieważ tylko w ten sposób można uzyskać oczekiwane efekty, które mają charakter długoterminowy. Programy takie powinny być przygotowywane przez zespoły specjalistów w danej dziedzinie i opatrzone patronatami Ministra Zdrowia, konsultantów krajowych, organizacji naukowych oraz uczelni medycznych,

które powinny aktywnie włączyć się w ich tworzenie. Wydaje się, że mając na uwadze dostępność internetu w Polsce oraz umiejętności posługiwania się nim przez np. osoby starsze, telewizja ma największy potencjał w propagowaniu i realizacji tego przedsięwzięcia.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 4:17:29

Pandemia COVID-19 a zdrowie psychiczne i fizyczne człowieka

Uczestnicy: prof. Beata Karakiewicz, dr hab. Wojciech Marlicz, prof. Jerzy Samochowiec, dr hab. Karolina Skonieczna-Żydecka

W wyniku pandemii COVID-19 do dnia 24.09.2021 roku zachorowało blisko 220 mln osób na całym świecie; dla ponad 4,5 mln pacjentów choroba zakończyła się zgonem. Oprócz typowych objawów płucnych choroby, pandemia i związane z nią ograniczenia wpłynęły również na ogólny stan zdrowia psychicznego i fizycznego całej populacji, a zwłaszcza niektórych podgrup, w tym dzieci i młodzieży, medyków, kobiet w ciąży, osób niepełnosprawnych, z wcześniejszymi zaburzeniami psychicznymi lub przewlekłymi zaburzeniami fizycznymi, osób starszych i mniejszości narodowych.

Podobnie jak inne kryzysy w przeszłości (np. II wojna światowa) i w czasach współczesnych (np. 11 września 2001 r.) pandemia dotknęła wszystkich dziedzin życia; negatywnie odbiła się na ogólnym dobrobycie, zatrudnieniu, handlu, finansach i innych aspektach życia społecznego. Społeczeństwa wszystkich krajów świata stykały się z regulacjami w bardzo dużym stopniu ograniczającymi wolność osobistą. Pandemia COVID-19 uniemożliwiła osiągnięcie celów indywidualnych i społecznych w wielu obszarach, a jednocześnie skłoniła naukowców do podwojenia wysiłków w celu zapewnienia społeczeństwu i władzom krajów wiarygodnych źródeł informacji na temat wymaganych działań w zakresie zdrowia publicznego, w celu skonfrontowania się z pandemią i jej wielopoziomowymi skutkami. Cel ten jest zgodny z najnowszym dekretem Organizacji Narodów Zjednoczonych, zgodnie z którym „konkretne i natychmiastowe działanie" oraz „koncentracja na tym, by nikogo nie zostawiać w tyle" mają najwyższy priorytet. W agendzie na rzecz zrównoważonego rozwoju 2030 podkreślono również, jak istotne jest „podejmowanie szybko działających środków tymczasowych w celu przetrwania kryzysu". Polityka społeczna musi zatem być tak silna, jak to tylko możliwe, aby pomóc obywatelom, którzy ponieśli ogromne straty w wyniku pandemii. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie dołączył do grona naukowców analizujących wpływ pandemii wirusa SARS-CoV-2 na życie osobiste, społeczne i gospodarcze.

Stres wywołany pandemią per se oraz wynikająca z niej izolacja zostały już w literaturze naukowej opisane jako czynnik ryzyka chorób psychicznych oraz fizycznych. W pierwszej części panelu słuchacze dowiedzieli się, w jaki sposób pandemia oddziałuje na naszą psychikę oraz czy i jak znajduje odzwierciedlenie w zdrowiu fizycznym. W kolejnej części zaprezentowane zostały działania podejmowane przez zespół z Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie do analizy negatywnych skutków pandemii w grupie wybitnie narażonej na stres pandemiczny – pracowników ochrony zdrowia. Panel zakończyła prezentacja wyników ogólnoświatowego badania dotyczącego funkcjonowania psychospołecznego dzieci i młodzieży na całym świecie w okresie zagrożenia epidemicznego COVID-19.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 6:29:42

Praca zdalna – ergonomia i zdrowie

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Moderator: prof. Danuta Koradecka

Uczestnicy: dr hab. Joanna Bugajska, prof. CIOP,
dr hab. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prof. IPN,
prof. Gertruda Uścińska, dr hab. Dorota Żołnierczyk-Zreda

Praca zdalna wkroczyła do środowiska pracy w sposób nagły w ramach prewencji pandemii COVID-19, ale z pewnością pozostanie na stałe w szeregu zawodów. Poddano ocenie skutki zdrowotne pandemii ujęte w statystykach ZUS (642,3 tys. zwolnień lekarskich na 5,2 mln dni w 2020 r.).

Wśród przyczyn szczególnie niepokojące są zaburzenia zdrowia psychicznego (wzrost o 25% e-zwolnień i o 37% dni absencji rok do roku) wynikające przede wszystkim z izolacji, ale także napięć związanych z ograniczonymi umiejętnościami obsługi sprzętu i aplikacji komputerowych. Zaproponowano rozwiązania organizacyjne ograniczające związany z tym stres psychospołeczny. Zaproponowano także konkretne rozwiązania techniczne zapewniające ergonomię stanowisk pracy z komputerem (pozycja ciała, oświetlenie, ograniczanie ekspozycji na pola elektromagnetyczne) – CIOP-PIB.

Przewidywane włączenie do Kodeksu Pracy nowej jej formy, tj. pracy zdalnej, powinno być wsparte przez proponowane zalecenia z zakresu ergonomii oraz ograniczania stresu fizycznego i psychospołecznego (CIOP-PIB, IPN).

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:57:20

Wyzwania dla zdrowia publicznego w czasie pandemii COVID-19

Moderatorzy: prof. Wojciech Hanke, prof. Cezary Włodarczyk

Uczestnicy: dr hab. Grzegorz Juszczyk, dr n. przyr. Bogdan Wojtyniak, prof. NIZP-PZH-PIB,
prof. Tomasz Zdrojewski

Prof. Cezary Włodarczyk

Zdrowie Publiczne 3.0. Zmiana paradygmatu po pandemii – wprowadzenie

Teza: Wydarzenie związane z pandemią COVID-19 i powszechnie ujawniona niezdolność zdrowia publicznego do sprostania wyzwaniom w tego wynikającym powodują konieczność wypracowania zmodyfikowanego/ przeformułowanego/ przedefiniowanego/ rozszerzonego paradygmatu zdrowia publicznego.

Elementy zastanego paradygmatu, utrzymane niezależnie od wszelkich modyfikacji:

- odpowiadanie na zmiany profilu epidemiologicznego i wzrastające znaczenie chorób przewlekłych i cywilizacyjnych,
- konsekwencje zdrowotne i społeczne procesów starzenia się populacji,
- konsekwentne przeciwdziałanie trwającym, a niekiedy zwiększającym się nierównościom w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych,

- szukanie równowagi między publiczną i indywidualną odpowiedzialnością za zdrowie i zdrowie publiczne – wobec prób wycofywania się państwa,
- konstruktywne reagowanie na występujący w wielu krajach kryzys zdrowia publicznego i działania znoszące jego skutki.

Zaakcentowanie nowych zagadnień w rozbudowywanym zastanym paradygmacie

- aktywna rola ekspertów,
- relacja między zdrowiem i gospodarką,
- polityka informacyjna i zarządzanie emocjami,
- obowiązek szczepień (!!!),
- spójność systemu zdrowotnego,
- znaczenie rządowego przywództwa,
- nonkonformizm polityczny.

Aktywna rola ekspertów

- potrzeba nowej wiedzy: zgromadzona wiedza nie wystarczyła i nie pomogła,
- sytuacja idealna: dobrzy eksperci dobrze myślą – odpowiedzialni politycy podejmują odpowiedzialne decyzje,
- zdrowie publiczne oparte na dowodach,
- politycy ponoszą odpowiedzialność,
- potrzebna „twarz postępowania w pandemii" – zwykle polityk (np. Jacinda Ardern w Nowej Zelandii), raz był ekspert (Anders Tegnell w Szwecji),
- niekiedy napięcie/ konflikt polityk vs. ekspert – przykład: (prezydent Donald Trump – dr Anthony Fauci).
- instytucje eksperckie (jak CDC), a obok eksperci wyłaniający się np. w mediach.

Relacja między zdrowiem i gospodarką

- lockdown – jedyna skuteczna metoda (do czasu szczepionki),
- konflikt wartości: zdrowie i życie vs. aktywność gospodarcza (ale także społeczna) – przed szczepionką AUTENTYCZNY DYLEMAT (!),
- w praktyce: brak możliwości wyważenia racji, nieuchronność wyboru politycznego,
- zagrożenie dla wartości obywatelskich,
- realność strat gospodarczych, ale także społecznych i psychologicznych.

Polityka informacyjna i zarządzanie emocjami

- rzetelne informowanie – oczywista funkcja zdrowia publicznego,
- pozornie: pandemia to naturalne zapotrzebowanie na rzetelną informację,
- komunikacyjne kłopoty władzy – pokusa instrumentalnego wykorzystywania informacji,
- poczucie lęku i zagrożenia – niby nic nowego (Ulrich Beck „Społeczeństwo ryzyka", 1992),
- lęk o zdrowie własne, zdrowie bliskich, przed informacją o zainfekowaniu, o środki do życia (o pracę), o izolację i samotność, lęk przed szczepionką, poczucie bezradności,
- COVID-19 – nieoczekiwany (?) rozkwit teorii spiskowych.

Obowiązek szczepień (!!!)

- powszechne szczepienia – jedno z największych osiągnięć zdrowia publicznego,
- jeszcze przed pandemią w wielu krajach szczepienia były obowiązkowe (na 193 – obowiązek w 105, dolegliwość – w 62),
- obowiązkowe szczepienia – nagrody i kary (brak przywilejów jako kara),
- argumenty antyszczepionkowe: zwykłe zwątpienie w skuteczność, obawa o skutki uboczne, wiara w teorie spiskowe, konflikt z prawem do wolności (ale jest wyrok ECHR 2021 popierający obowiązek szczepień dzieci).

Spójność systemu zdrowotnego

- stare tradycje (WHO, np. HMO), ale w ostatnich latach napięcie między medycyną naprawczą i zdrowiem publicznym,
- w pandemii: niewystarczające zasoby (ludzie, sprzęt), słabość i bezradność zdrowia publicznego (brak ludzi, brak procedur wywiadu epidemiologicznego), dramatyczna presja na opiekę szpitalną, także teleporady,
- niemal zerowa zdolność szybkiego zwiększania zasobów (brak rezerw),
- koncentracja uwagi na pacjentach covidowych: zaniedbanie innych problemów zdrowotnych: PODWÓJNA EPIDEMIA,
- płaszczyzny integracji: zdrowie publiczne + medycyna naprawcza, podmioty publiczne + podmioty prywatne, centralne (rządowe) + lokalne (samorządowe).

Znaczenie rządowego przywództwa

- Francis Fukuyama: silne i zdolne do działania państwo (state capacity), społeczne zaufanie (social trust), sprawne przywództwo (leadership).

- Rada Europy (w funkcjonowaniu rządów krajów demokratycznych): odpowiedzialne przywództwo, zdolności adaptacyjne, innowacyjność,
- badacze: przywództwo empatyczne, z dobrą komunikacją, np. sprawowane przez kobiety (Niemcy, Nowa Zelandia, Norwegia, Szkocja, Korea Południowa).

Nonkonformizm polityczny – obrona przed zakusami władzy

- sprzeciw wobec instrumentalizowaniu zagrożenia pandemicznego,
- brak zgody na samowystarczalność decyzyjną polityków,
- przezwyciężanie dążenia polityków do zamykanie się na rzetelną informację,
- dystans wobec odrzucania odpowiedzialności przez decydentów.

Wnioski polityczne o tym, co jest ważne

- Henry Kissinger: demokratyczna legitymizacja rządu, ostrzeżenie przed egoistycznym nacjonalizmem, imperatyw międzynarodowej współpracy, postulat krajowych oszczędności,
- Richard Horton: konieczność przygotowywania długofalowych strategii rządowych, wbrew doktrynom neoliberalnych,
- Group of Chief Scientific Advisors to the European Commission: konieczność funkcjonowania niezależnych grup eksperckich,
- powszechne westchnienie: docenienie pozycji zdrowia publicznego (nakłady, transfer prestiżu, zmiany instytucjonalne i profesjonalizacja).

Prof. Wojciech Hanke

Informacja o stanowisku Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk w sprawie szczepień przeciw COVID-19 z dnia 10 czerwca 2021

KZP PAN zaapelował do władz Rzeczypospolitej Polskiej o zainicjowanie i przeprowadzenie następujących przedsięwzięć:

- wprowadzenie ustawowego obowiązku szczepień wszystkich osób zatrudnionych w instytucjach zaspokajających potrzeby zdrowotne, opiekuńcze i wychowawcze do przyjęcia szczepień przeciw tragicznej w skutkach i nadal rozwijającej się epidemii COVID-19,
- wdrożenie szeroko zakreślonej akcji informacyjnej nakłaniającej do poddania się szczepieniom jak najliczniejszych grup społecznych, w tym grup szczególnie narażonych, jak seniorzy, ale także młodzieży i dzieci mogących przyczyniać się do rozprzestrzeniania wirusa oraz zintensyfikowania działań ułatwiających zaszczepienie dla osób, którym jest to potrzebne,
- zachęcenie władz samorządu terytorialnego do wdrażania szerokiej gamy dostępnych bodźców i nagród zachęcających do szczepienia oraz do podjęcia współpracy w tej dziedzinie z organizacjami obywatelskimi,
- jednocześnie KZP PAN zwrócił się do samorządów zawodów medycznych o jednoznacznie krytyczne występowanie w przypadkach publicznego kwestionowania zasadności szczepień przeciw COVID-19 przez ich członków.

Po prezentacjach uczestnicy panelu przedstawili informacje rozwijające różne aspekty problemu walki z pandemią COVID-19.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 8:00:42

INNE TEMATY OMAWIANE PODCZAS PANELI

Opieka koordynowana jako ważny element budowy systemu ochrony zdrowia opartego na wartości dla pacjenta

Pod patronatem Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

Moderator: dr hab. Jarosław Fedorowski, prof. UMMSC,
prof. uniw. dr med. (USA), MBA, prof. CH, FACP, FESC

Uczestnicy: prof. Marcin Czech, prof. Iga Rudawska, Urszula Szybowicz,
Joanna Szyman, Anna Warczyńska

Koordynowana ochrona zdrowia (KOZ) oznacza zorganizowane działania uczestników systemu mające na celu osiąganie wysokiej efektywności kosztowej świadczeń, jakości opieki medycznej oraz ciągłości obsługi pacjenta.

Według Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, KOORDYNOWANA Ochrona Zdrowia powinna być:

- **KO** – KOmpleksowa oraz zintegrowana,
- **OR** – ORganizacyjnie kontrolowana,
- **DY** – DYnamicznie reagująca na potrzeby uczestników,
- **NO** – NOwoczesna i wysokiej jakości,
- **WA** – WArtościowa i efektywna,
- **NA** – NAwiązująca do rozwiązań sprawdzonych na świecie.

Transformacja systemów ochrony zdrowia w państwach na całym świecie – nie tylko w Polsce – boryka się z podobnymi problemami. Systemy te są zdominowane przez opiekę zinstytucjonalizowaną prowadzoną w dużych ośrodkach szpitalnych, a pacjent nie znajduje się w jej centrum.

Przeciwieństwem tego modelu jest opieka koordynowana, która ma zapewnić ciągłość opieki nad pacjentem i w jak największym stopniu przybliżyć ją do miejsca zamieszkania i środowiska, w którym pacjent funkcjonuje. Wymaga to m.in. wzmocnienia roli lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz pracowników opieki społecznej.

Kluczem do rozpoczęcia dyskusji na temat reorganizacji systemu ochrony zdrowia jest umieszczenie w jej centrum człowieka.

Nie jest możliwe realizowanie opieki koordynowanej bez dobrze funkcjonującego systemu informatyzacji służby zdrowia. Ten model może odnieść sukces tylko wówczas, gdy dochodzi do przepływu informacji między ekspertami zajmującymi się opieką nad pacjentem, dlatego tak ważny jest zrównoważony rozwój usług e-zdrowia w Polsce, wraz z centralnym repozytorium danych medycznych.

Obecnie w Polsce funkcjonują programy opieki kompleksowej, m.in. nad pacjentem po zawale serca, kobietą w ciąży, wdrażane są kolejne – nad pacjentem z nowotworem piersi i ze stwardnieniem rozsianym, wprowadzono także POZ plus. W oparciu o wnioski płynące z pilotaży wiemy, że organizacja świadczeń oparta o pracę zespołową, plan leczenia, dodatkowe badania, konsultacje ze specjalistą sprawia, że pacjenci objęci opieką koordynowaną czują się zdrowsi w porównaniu z tymi, którzy tak zorganizowanej opieki nie mieli. Dysponujemy już wiedzą, że pacjenci włączeni do programu KOS-Zawał w obserwacji 12-miesięcznej mają mniejszą – aż o 40% – liczbę incydentów sercowo-naczyniowych i mózgowo-naczyniowych. Osiągnięto też wyraźną redukcję śmiertelności. Takie efekty programu wynikają m.in. stąd, że włączony do niego pacjent jest prowadzony przez kolejne etapy opieki według określonego planu.

Opieka koordynowana to mnóstwo korzyści dla pacjentów, to dostęp do koordynatora specjalisty z zakresu edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, który planuje i monitoruje przebieg diagnostyki oraz terapii, a co ważne, przypomina także o nadchodzących wizytach, to zapewnienie planu leczenia, czyli kontynuacji leczenia także poza POZ, to

wzrost zaufania do ochrony zdrowia, do personelu medycznego i niemedycznego swojej poradni – pacjent poznaje proces, w którym się znajduje, rozumie go, może o wszystko zapytać – edukacja jest kluczowa do zrozumienia i współpracy z personelem, to sprawniejszy przepływ informacji, m.in. o stanie pacjenta i wynikach jego badań między lekarzem rodzinnym a lekarzami innych specjalności.

Korzyści dla systemu są bardzo oczywiste, otóż możemy wykazać poprawę i usprawnienie organizacji pracy placówek ochrony zdrowia, w wielu przypadkach pozyskanie nowych pacjentów, a od strony zarządczej – także lepsze przygotowanie placówki do procesu akredytacji i, co bardzo istotne, efektywniejsze zarządzanie zasobami, nie tylko ludzkimi, ale także finansowymi.

Wprowadzenie opieki koordynowanej do opieki to konieczność i jedyne wyjście, aby móc realnie wpływać na zdrowie społeczeństwa. Dlatego też Polskie Towarzystwo Koordynowanej Ochrony wspólnie z Polską Federacją Szpitali proponują tworzenie mechanizmów sprzyjających powstawaniu konsorcjów koordynowanej ochrony zdrowia konkurujących o wartość dla pacjenta.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 3:59:55

Rola pacjenta w badaniu klinicznym

Moderator: Kalina Gierblińska

Uczestnicy: dr n. praw. Anna Banaszewska, Urszula Jaworska, Agnieszka Ryniec, dr n. med. Rafał Staszewski

Śmiało można powiedzieć, że temat badań klinicznych jest marginalizowany nie tylko w środowisku pacjenckim, lecz także w szeroko rozumianym społeczeństwie. Badanie kliniczne nie powinno kojarzyć się pacjentom z tzw. ostatnią deską ratunku, ale z jedną z opcji terapeutycznych, po którą sięga się na początku walki z chorobą.

O korzyściach płynących z badań klinicznych (zarówno komercyjnych, jak i niekomercyjnych), ale i o ich podstawowej roli w rozwoju medycyny wciąż za mało się mówi. Dlatego też zaproszeni eksperci, którzy reprezentują różne stanowiska zawodowe, przedstawili swoją perspektywę rozumienia relacji badacza z pacjentem w procesie badań klinicznych i wyjaśnili, jak ważna jest rola pacjenta w procesie przygotowania protokołu badawczego – zwłaszcza w badaniach niekomercyjnych. Dyrektor Rafał Staszewski zobrazował różnicę między badaniami komercyjnymi i niekomercyjnymi oraz jasno przedstawił, o czym powszechnie się zapomina lub nie wie, jak znaczące korzyści branża farmaceutyczna może czerpać z badań klinicznych inicjowanych przez instytuty badawcze czy uczelnie medyczne. Warto dodać, że Polska była na szarym końcu na tle Europy i świata pod względem rozwoju badań niekomercyjnych. Dzięki dofinansowaniu tej dziedziny badawczej przez Agencję Badań Medycznych ta sytuacja diametralnie się zmieniła. „Prawie sto projektów, ponad miliard złotych. Ciągle podkreślam, że to jest dopiero początek tej drogi, więc myślę, że rozwój badań zarówno komercyjnych, jak i niekomercyjnych będzie ciągle wzrastał" – skomentowała dyrektor Agnieszka Ryniec.

Dyrektor Rafał Staszewski uzupełnił dyskusję danymi statystycznymi, które pokazują, które kraje są liderem w przeprowadzaniu badań klinicznych. W Europie wciąż wykonuje się ich najmniej, najwięcej zaś w Ameryce Północnej. W 2019 r. Polska zajmowała 10. miejsce w europejskim rankingu pod względem prowadzonych badań nad innowacyjnymi lekami. Potentatami w tej dziedzinie są takie kraje, jak Francja czy Niemcy. Zdaniem dyrektora Polska ma coraz większy potencjał, by stanąć na podium badań klinicznych. „Mamy chętnych pacjentów, których pewnie jeszcze musimy edukować. Mamy świetnie zorganizowane ośrodki badawcze, a zupełnym przełomem są Centra Wsparcia Badań Klinicznych (...) i myślę, że pewnego rodzaju uwarunkowania prawne

mogą spowodować, że dogonimy w badaniach klinicznych obszar krajów europejskich" – dodał.

Mecenas Anna Banaszewska zwróciła uwagę na ważnie aspekty prawne związane z prawami i obowiązkami pacjenta i badacza. Wyjaśniła także, na czym polega ubezpieczenie w badaniu klinicznym, również to, które dotyczy samego pacjenta.

Prezes Urszula Jaworska zaznaczyła, jak ważna jest edukacja w dziedzinie badań klinicznych i łatwy dostęp do rzetelnej wiedzy na ten temat. „Ta wiedza u nas kręci się tylko wokół tych, którzy się na tym znają. My musimy wyjść z nią na zewnątrz" – skomentowała. Jej zdaniem skorzysta na tym szeroko pojęta ekonomia społeczna. „Dopóki nie trafimy do każdego potrzebującego, nie tylko z wiedzą [...], to dalej będziemy kręcić się tylko wokół tych, którzy są zainteresowani badaniami klinicznymi". A środowisko osób znających ten temat jest wciąż za wąskie.

Prezes Urszula Jaworska przyznała, że rozmawiała o badaniach klinicznych z jedną z największych organizacji pacjentów w Polsce. Jak się okazało, lider organizacji nie wiedział, czy ich podopieczni biorą udział w takim przedsięwzięciu badawczym. Urszula Jaworska zadeklarowała, że m.in. jej rolą będzie to, by edukować na temat badań klinicznych organizacje pacjentów, których zadaniem jest przekazywać te informacje dalej. Lekarze POZ to kolejna grupa, która także powinna odpowiadać za edukowanie pacjentów w zakresie badań klinicznych.

Eksperci zgodnie stwierdzili, że zarówno organizacje pacjentów, jak i ich członkowie nie są przygotowani do tego typu rewolucji, która wkrótce będzie obowiązywała wraz z wejściem w życie ustawy o badaniach klinicznych. Wówczas będziemy musieli być przygotowani na to, aby profesjonalnie i z pełną odpowiedzialnością uczestniczyć w przygotowaniu protokołu badań klinicznych, jak i świadomie uczestniczyć w całym tym procesie, by wytrwać w nim do końca. Wszyscy goście stwierdzili, że pod auspicjami Agencji Badań Medycznych zarówno badacze, jak i pacjenci powinni zrobić wszystko, aby ten cel osiągnąć.

Opracowanie: Kalina Gierblińska, Urszula Jaworska

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 8:14:59

Aktualny stan leczenia HCV w polskim systemie penitencjarnym a perspektywa eliminacji WZW do 2030 roku

Moderator: Kalina Gierblińska

Uczestnicy: dr n. praw. Anna Banaszewska, prof. Robert Flisiak, Urszula Jaworska, Maciej Miłkowski

Wirusowe zapalenie wątroby typu C (HCV) jest powszechnie uznawane za tzw. cichego zabójcę, ponieważ w większości przypadków przebiega bezobjawowo i pacjent nie jest świadomy tego, z jaką chorobą żyje. Jedną z konsekwencji HCV jest marskość wątroby prowadząca do nowotworu tego narządu. Zgodnie z danymi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) problem ten dotyczy blisko 3% populacji. Według statystyk z 2015 r. z powodu HCV zmarło ok. 1,5 mln osób. W Polsce leczenie stosowane w tej dziedzinie stanowi przykład efektywnej i partnerskiej współpracy Ministerstwa Zdrowia, środowisk pacjentów oraz branży farmaceutycznej. Terapia, mająca prawie 100-procentową skuteczność, objęta jest refundacją. Innymi słowy, jeśli pacjent wie, że choruje na HCV, ma szansę na wyleczenie.

Czy wyeliminowanie HCV do 2030 r. to realny cel? Nad tym debatowali zaproszeni eksperci. Oprócz tego, że nadzieję zawsze warto mieć, to postawionego przez WHO wyzwania nie da się zrealizować bez wdrożenia systemu wykrywania zakażeń. Powszechne testowanie pozwoli zdiagnozować osoby z grupy ryzyka (szacuje się, że jest ich ok. 120 tys. Polaków). System testowania należy

wprowadzić w środowiskach najbardziej narażonych na zakażenia i odpowiedzialnych za rozprzestrzenianie się tzw. cichego zabójcy. „Problemem jest brak badań przesiewowych. Szukamy miejsc, w których najłatwiej byłoby nam znaleźć jak największą liczbę osób zakażonych po to, by było nam łatwiej wychwycić stosunkowo małym wysiłkiem dużo osób do leczenia", podkreślił podczas debaty prof. Robert Flisiak. Eksperci jednogłośnie wskazali, że takim miejscem są więzienia, a osoby osadzone w zakładach karnych, nieubezpieczone, stanowią strategiczną grupę społeczną, od której trzeba rozpocząć powszechne testowanie i realizację planu eliminacji HCV do 2030 r. Mec. Anna Banaszewska podała przykłady zastosowania obowiązujących prawnych rozwiązań, które mogą pomóc zaplanować diagnostykę w kierunku HCV dla osób odbywających karę. Ministerstwo Zdrowia jest gotowe, aby wspólnie ze Służbą Więzienną, Ministerstwem Sprawiedliwości i Fundacją Urszuli Jaworskiej uruchomić 5-letni pilotaż testowania osób osadzonych w zakładach karnych. Prezes Urszula Jaworska zadeklarowała, że zespół jej fundacji podejmie się edukowania więźniów i personelu medycznego z poszczególnych zakładów karnych w zakresie zagrożeń związanych z HCV i pilną potrzebą testowania.

A jak powinno wyglądać diagnozowanie i leczenie więźniów? W tej sprawie zabrał głos m.in. minister Maciej Miłkowski i wskazał na rozwiązanie ambulatoryjne: „Jeśli cokolwiek się robi, to powinno być to zrobione najmniejszym kosztem całego systemu, w związku z tym najmniejszy koszt to jest to, żeby leczenie przyszło do więzienia, a nie więzienie poszło do leczenia". Na zakończenie dyskusji prezes Urszula Jaworska powiedziała, że aby program powszechnego testowania się ziścił, trzeba za pomocą działań edukacyjnych dotrzeć z informacją o korzyściach programu nie tylko do osób przebywających w zakładach karnych i pracującego tam personelu medycznego, lecz także do całego społeczeństwa.

Opracowanie: Kalina Gierblińska, Urszula Jaworska

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 5:46:09

Zwierzęta w badaniach medycznych i doskonaleniu biegłości zabiegowej

Moderator: prof. Romuald Zabielski

Uczestnicy: prof. Stanisław J. Czuczwar, prof. Agnieszka Dobrzyń, prof. Adam Liebert, prof. Wiesław Tarnowski, prof. Krzysztof Turlejski

W Polsce bardzo mało mówi się o roli zwierząt laboratoryjnych w rozwoju biomedycyny oraz o doskonaleniu umiejętności praktykujących lekarzy. Poświęcenie zwierząt do badań umożliwia postęp w zakresie powstawania nowych leków i aparatury biomedycznej, a także pomaga ulepszać lub wprowadzać nowe procedury lecznicze, dzięki czemu nowości pojawiają się szybciej i są bezpieczniejsze. Pomimo istotnego postępu w rozwoju metod alternatywnych w części badań użycie modeli zwierzęcych jest nadal niezastąpione. Nie bez znaczenia jest także doskonalenie biegłości zabiegowej chirurgów z wykorzystaniem dużych zwierząt. W Polsce w stosunku do innych krajów o podobnym stopniu rozwoju nauk biologicznych i medycznych do badań używa się stosunkowo niewiele zwierząt laboratoryjnych, co znacznie utrudnia prowadzenie badań ukierunkowanych na wdrożenie produktu medycznego. Zaproszeni do panelu goście, uznani badacze, menedżerowie nauki i lekarze klinicyści, na przykładach ze świata nauki oraz na podstawie własnych bogatych do-

świadczeń wyrazili swoje przekonanie, że prowadzenie zaawansowanych badań biomedycznych nad nowymi lekami, sposobami leczenia i aparaturą medyczną bez użycia zwierząt jest w sumie niemożliwe. Możliwość prowadzenia szkoleń lekarzy w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych (np. w zakresie chirurgii laparoskopowej, transplantologii) bez użycia zwierząt jest o wiele trudniejsze, a oferowane symulatory są w stanie jedynie po części zastąpić działania na żywym organizmie. W podsumowaniu paneliści wyrazili pogląd, że należy skuteczniej uświadamiać decydentów i społeczeństwo o konieczności prowadzenia badań na zwierzętach.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 3:22:26

Cele i zadania Komitetu Nauk Klinicznych PAN

Moderator: prof. Michał Myśliwiec

Uczestnicy: prof. Krzysztof Kochanek, gen. bryg. prof. Marek Maruszyński, prof. Ryszard Piotrowicz, prof. Henryk Skarżyński, dr hab. Edyta Sutkowska, prof. Bożena Werner, prof. Andrzej Więcek

Wprowadzenie wygłosił prof. Michał Myśliwiec, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN.

Jednym z celów KNK jest podejmowanie działań służących rozwojowi dyscyplin naukowych, reprezentowanych przez prawie 40 jego członków – wybitnych profesorów. Prof. Michał Myśliwiec przedstawił przewodniczących sekcji i komisji, charakteryzując ich sylwetki i główne dokonania.

Prof. Andrzej Więcek, przewodniczący Sekcji Postępy farmakoterapii chorób nerek i układu sercowo-naczyniowego, wytłumaczył, że jej nazwa wynika ze ścisłego współdziałania serca i nerek. Wyrazem tego są tzw. zespoły nerkowo-sercowe i sercowo-nerkowe, w zależności od sekwencji zdarzeń. Niewydolność nerek zwiększa ryzyko uszkodzenia serca, zaś skutkiem niewydolności serca jest upośledzenie dopływu krwi do nerek. Ryzyko hospitalizacji i zgonów z powodu incydentów sercowo-naczyniowych rośnie proporcjonalnie do stadium przewlekłej choroby nerek (PChN). Wspólne dla serca i nerek czynniki ryzyka dzielimy na klasyczne oraz związane z niewydolnością nerek, czyli kalcyfikacja tętnic, anemia, hiperkaliemia i inne.

Obecnie znamy 6 zespołów wyrażających interakcję tych narządów, które dzielą się na ostre i przewlekłe. Przewlekłą chorobę nerek ma co dziesiąty dorosły Polak.

Dziś mamy wiele nowych leków stosowanych w chorobach serca i nerek. Są to:

- inhibitory nerkowego transportera sodowo-glukozowego typu 2, tzw. flozyny, które są stosowane w nadciśnieniu tętniczym i niewydolności serca,
- niesteroidowi antagoniści receptora mineralokortykoidowego (Finerenon), leki zapobiegające włóknieniu serca i nerek,
- antagoniści receptora wazopresyny (waptany),
- blokery receptora endoteliny i angiotensyny II typu AT-1 (Sparsentan),
- inhibitory neprolizyny (neutralnej endopeptydazy), np. Sakubitryl,
- stabilizatory HIF (ang. *hipoxia induced factor*) do leczenia anemii nerkowopochodnej.

Innymi zadaniami tej Sekcji są:

- współpraca z towarzystwami naukowymi polskimi i europejskimi (PTN, PTK, PTNT, ERA, ESC),
- opracowanie wspólnych wytycznych dotyczących ochrony serca i nerek,
- organizowanie wspólnych konferencji naukowych,
- publikacje wspólnych stanowisk interdyscyplinarnych w zakresie kardio- i nefroprotekcji.

Prof. Krzysztof Kochanek przedstawił cele i zadania Komisji Zaburzeń Komunikacyjnych, której

przewodniczącym jest prof. Henryk Skarżyński. Zakres działania Komisji to:

- promocja w społeczeństwie potrzeby działań profilaktycznych i prozdrowotnych,
- upowszechnienie idei badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy,
- inicjowanie działań na rzecz organizowania programów wczesnej interwencji medycznych odnośnie zaburzeń słuchu, wzroku, mowy i głosu w różnych grupach wiekowych,
- wspieranie różnych inicjatyw dotyczących badań przesiewowych,
- współpraca z władzami centralnymi, samorządowymi i pozarządowymi,
- upowszechnianie idei samodzielnej oceny słuchu za pomocą aplikacji telefonicznych,
- wspieranie działań na rzecz włączenia do medycyny szkolnej badań przesiewowych z zakresu zaburzeń komunikacyjnych.

Prof. Kochanek podkreślił potrzebę upowszechniania programów wczesnej interwencji słuchowej różnych grupach wiekowych, poczynając od noworodków do dzieci w wieku szkolnym oraz osób dorosłych. Programy te powinny obejmować: badania przesiewowe, wczesną diagnostykę, leczenie i rehabilitację.

W Polsce zaburzenia słuchu dotyczą 1–2/1000 noworodków, 14–20% dzieci w wieku szkolnym i 60–70% ludzi w wieku 60+.

W Polsce po raz pierwszy zostały przeprowadzone badania przesiewowe słuchu u noworodków przez doc. Marię Góralównę i prof. Henryka Skarżyńskiego w 1993 r. W latach 1995–1998 został na zlecenie ministra zdrowia opracowany przez prof. H. Skarżyńskiego i przedstawicieli kilkunastu ośrodków model badań przesiewowych u noworodków i niemowląt. Na początku XXI w. program badań przesiewowych rozwinęła Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy. Od 1999 r. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu rozwinął badania przesiewowe u dzieci w wieku szkolnym. Program był początkowo realizowany we współpracy z Uniwersytetem Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Brigham Young University w Provo (Utah) ze Stanów Zjednoczonych oraz Politechniką Gdańską. Kolejne programy były realizowane z KRUS-em, m.st. Warszawa, samorządem Mazowsza i innymi instytucjami, m.in. Fundacją Ronalda McDonalda, Polskim Radiem w ramach „Lata z radiem" oraz kolejnych edycji programu „Po Pierwsze Zdrowie".

Programy badań przesiewowych zaproponowane przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu upowszechniano na czterech kontynentach. Pomogła w tym Prezydencja Polski w Unii Europejskiej w 2011 r. pod przewodnictwem prof. Henryka Skarżyńskiego, podczas której podpisano konkluzję Rady Europy zalecającą wdrażanie przesiewowych badań słuchu, wzroku i mowy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym. Efektem tych działań było przyjęcie przez Radę UE pod koniec 2011 r. konkluzji „Wczesne wykrywanie i leczenie zaburzeń komunikacyjnych u dzieci z uwzględnieniem zastosowania narzędzi e-zdrowia i innowacyjnych rozwiązań".

Prof. Ryszard Piotrowicz, przewodniczący Komisji Telemedycyny, przedstawił trzy warunki wdrożenia efektywnego systemu opieki zdrowotnej: zmaksymalizować dostęp, zminimalizować dysproporcje i zoptymalizować współpracę (partnerstwo). Właśnie telemedycyna spełnia wszystkie przedstawione warunki, więc zwiastuje nadzieję dla pacjentów na lepszą opiekę medyczną.

Zadaniem Komisji Telemedycyny są:

- analiza/ ocena stanu telemedycyny oraz kreowania strategii badań naukowych i kierunków rozwoju,
- ekspertyzy oraz doradztwo naukowe,
- upowszechnianie rezultatów badań,
- działalność wydawnicza,
- wielośrodowiskowa i wszelaka współpraca w zakresie realizowania zadań,
- współpraca międzynarodowa.

Komisja wzięła udział w opracowaniu dokumentu MZ Centrum e-Zdrowia oraz strategii rozwoju telemedycyny na lata 2021–2025 i wielośrodowiskowej współpracy w ramach Telemedycznej Grupy Roboczej. Jest też zaangażowana w tworzenie interdyscyplinarnego standardu udzielania świadczeń telemedycznych White Paper dla rozwoju telemedycyny oraz współpracę w zakresie poszczególnych dyscyplin medycznych.

Ważnymi ogniwami Komisji jest teleaudiologia rozwijana wspólnie z Instytutem Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach. Komisja upowszechnia ideę wdrożenia do praktyki klinicznej zdalnych metod diagnostyki i terapii zaburzeń słuchu. Rozwijana jest telediabetologia (we współpracy z prof. Wojciechem Fendlerem z Łodzi), teleonkologia, telerehabilitacja hybrydowa i teleopieka nad pacjentami

z COVID-19. Bardzo istotny jest rozwój telemedycyny w kardiologii, szczególnie dziecięcej, w której istotny jest udział prof. Bożena Werner.

Komisja wzięła udział w organizacji pięciu sesji na 3. Kongres „Zdrowie Polaków".

Prof. Marek Maruszyński, przewodniczący Komisji zespołu ds. następstw urazów, stwierdził, że obrażenia spowodowane urazem są jedną z wiodących przyczyn umieralności na świecie. W grupie wiekowej 10–45 lat są pierwszą przyczyną zgonów. W warunkach pokoju najczęściej są one następstwem wypadków komunikacyjnych (>50%) i upadków z wysokości – łącznie to ponad 80% przyczyn. Największym wczesnym zagrożeniem dla życia, po urazie z obrażeniem wielonarządowym, jest wstrząs krwotoczny spowodowany krwotokiem wewnętrznym.

Najczęściej przyczyną zgonu na polu walki i w atakach terrorystycznych jest krwotok. Doświadczenia z wojen w Iraku i Afganistanie dowodzą, że 90% rannych umiera przed udzieleniem pomocy medycznej, a 50% wykrwawia się śmiertelnie podczas jej udzielania. Krwotok jest najczęściej rozpoznawaną post mortem przyczyną zgonów możliwych do uniknięcia. Większość zgonów w wyniku wykrwawienia z dużych naczyń następuje w ciągu 10 min. Należy więc dążyć do zamiany „złotej godziny" na „platynowe minuty"!

Nowoczesnym rozwiązaniem jest system balonowej tamponady aorty (*resuscitative endovascular ballon occlusion of the aorta*, REBOA) możliwy do zastosowania w miejscu zdarzenia. Za konieczne uważa się jego wprowadzenie do ratownictwa medycznego w Polsce.

Zadaniem Komisji ds. badań nad leczeniem następstw urazów będzie także opracowanie analityczne zalet oraz niedoskonałości centrów urazowych.

Komisja jest interdyscyplinarna. Jej członkowie reprezentują takie dziedziny jak: chirurgia ogólna, chirurgia wojskowa i urazowa, medycyna ratunkowa, neurochirurgia, ortopedia i rehabilitacja.

Dr hab. Edyta Sutkowska, przewodnicząca Komisji zespołu ds. otyłości i jej następstw, przybliżyła tematykę, którą zajmować się będzie Komisja, począwszy od definicji otyłości poprzez epidemiologię i obecne możliwości jej zapobiegania oraz leczenia. Dynamika wzrostu liczby osób cierpiących na otyłość jest niepokojąco duża od wielu już lat, co jest faktem powszechnie znanym, jednak ostatnie miesiące pandemii szczególnie ją nasiliły. Niezmiennie przyczyną jest tzw. zły behawioryzm obserwowany na poziomie indywidualnym oznaczający de facto nieprawidłowe wzorce żywieniowe, nieumiejętne wybory produktów spożywczych przez populację i brak wystarczającej aktywności fizycznej. To generuje dysproporcje między zapotrzebowaniem na kalorie a ich pozyskiwaniem i staje się przyczyną licznych chorób przewlekłych, dla których otyłość jest punktem wyjścia (jak choroby układu ruchu), a jednocześnie wpisuje się w ich obraz (nadciśnienie, choroby serca etc). Otyłość staje się w ten sposób zarówno chorobą, jak i czynnikiem ryzyka dalszych schorzeń, których leczenie nie może być w pełni skuteczne, jeśli nie będzie korygowana masa ciała.

W Polsce nadwagę ma około 60% populacji dorosłych. Poza nadal niedostateczną świadomością jednostki na temat tego, co człowiekowi szkodzi, oraz brakiem podejmowania realnych działań w kierunku poprawy przez osoby świadome, należy pamiętać, że to także zmiany środowiskowe i zmiany społeczne odpowiadają za obserwowane zjawisko wzrostu liczby osób otyłych. Konieczność artykułowania problemu odnosi się także do służby zdrowia, która z powodu m.in. przeciążenia pracą – jak się wydaje – marginalizuje problem otyłości, traktując ją często jako problem bardziej kosmetyczny niż zdrowotny. Ponadto, mimo że permanentne i realizowane na różne sposoby uświadamianie społeczeństwa na temat szkodliwości otyłości jest niezbędnym elementem walki z problemem, konieczne jest także wspieranie obywateli w podejmowanych działaniach. Wsparcie to powinno być kierowane do takich sektorów jak: zdrowie, rolnictwo, transport, urbanistyka, środowisko, przetwórstwo żywności, dystrybucja, marketing i wspomniana edukacja.

Ukazywanie problemu, wskazywanie, jak sobie z nim radzić, lub jak go uniknąć, bez umożliwienia realizowania działań, jakie jednostka może podjąć, jest dla obywateli szkodliwe i frustrujące. Jeśli mówimy o zdrowym żywieniu, sprawmy, aby było ono dostępne cenowo i promowane w sklepach czy reklamach. Jeśli mówimy o konieczności ruchu, budujmy osiedla z centrami sportowymi i promujmy pracodawców, którzy nie tylko rozdają darmowe karnety do siłowni, lecz także dają swoim pracownikom czas na podejmowanie aktywności czy też poprzez konsultacje specjalistyczne wspomagają ich w dbaniu o masę ciała, kiedy zachodzi taka potrzeba. Według danych

z badań naukowych wskazana jest także promocja bardziej zaawansowanych procedur medycznych, jakimi są zabiegi bariatryczne dla osób, które samodzielnie nie są w stanie pokonać otyłości.

Prof. Bożena Werner, przewodnicząca Komisji zespołu ds. prewencji chorób sercowo-naczyniowych, uważa, że najważniejszym zadaniem tej komisji jest edukacja na temat profilaktyki chorób układu krążenia u dzieci, czynników ryzyka, roli zdrowego stylu życia w zapobieganiu chorobom oraz zagadnień związanych z genetyką i dziedziczeniem chorób. Najczęstszymi zagrożeniami są otyłość, miażdżyca i nadciśnienie tętnicze. Profilaktyka powinna się zaczynać od wczesnego dzieciństwa.

Edukacja na temat genetycznie uwarunkowanych chorób układu krążenia jest ważnym elementem działania Komisji. Celem jest zwiększenie ich wykrywalności oraz przebadanie chorego dziecka i jego rodziny. Ma to zasadnicze znaczenie profilaktyczne w zapobieganiu nagłej śmierci sercowej spowodowanej genetyczną chorobą serca. W tym celu rozwijana jest nowoczesna metoda sekwencjonowania DNA nowej generacji. Istotnym celem Komisji jest wypracowanie standardów diagnostyki i opieki nad całymi rodzinami dziecka w ramach kompleksowego i efektywnego systemu. Oczekiwanym efektem końcowym jest zmniejszenie śmiertelności z powodu genetycznie uwarunkowanych chorób układu krążenia. Edukacja dotycząca rozwoju miażdżycy ma pogłębiać znajomość czynników ryzyka, głównie zapobiegać nadwadze i otyłości, nadciśnieniu tętniczemu, zaburzeniom lipidowym i węglowodanowym poprzez zwiększenie aktywności fizycznej, zdrowe żywienie dziecka i rodziny, a także utrzymywanie prawidłowej masy ciała i niepalenie papierosów. Ważny indywidualny udział w pracach Komisji ma jej przewodnicząca, członek Parlamentarnego Zespołu ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Profilaktyki oraz inicjatorka akcji społecznych przeciwdziałania otyłości. Prof. Aneta Gawlik jest członkiem European Childhood Obesity Group i realizatorką grantu Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej. Prof. Krzysztof Narkiewicz to były prezes Europejskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, współtwórca zaleceń i programu ds. profilaktyki nadciśnienia tętniczego i otyłości.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 7:42:22

Interdyscyplinarnie o sytuacji osób interpłciowych i transpłciowych w Polsce

Moderator: prof. Aneta Gawlik

Uczestnicy: dr hab. Agnieszka Bielska-Brodziak, prof. UŚ, dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM, Marta Dora, Wit Kania, dr Magdalena Mijas, Magda Rakita

W trakcie interdyscyplinarnej dyskusji wskazujemy na problemy, z jakimi borykają się na co dzień osoby interpłciowe i transpłciowe w Polsce oraz konieczność podjęcia działań na rzecz poprawy ich sytuacji nie tylko w zakresie opieki zdrowotnej:

- brak tolerancji społecznej, brak rzetelnej edukacji – konieczność poprawy w zakresie edukacji,
- brak dostępu do wielodyscyplinarnej opieki zdrowotnej – konieczność tworzenia ośrodków/zespołów ds. opieki wielospecjalistycznej,
- brak polskich zaleceń poprawiających jakość opieki medycznej nad młodocianymi osobami transpłciowymi – konieczność opracowania zaleceń polskich dla młodocianych osób transpłciowych,
- wykonywanie operacji „normalizujących" u małoletnich osób interpłciowych bez ICH świadomej zgody – konieczność opracowania zaleceń dla młodocianych osób interpłciowych,
- brak refundacji leczenia – konieczność poprawy dostępności leczenia refundowanego,

- trudności administracyjne w procesie korekcji płci – konieczność modyfikacji zapisów prawnych, ujednolicenia i przyspieszenia procedur administracyjnych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 6:13:34

POZOSTAŁE PANELE EKSPERCKIE

Kardiologia w dobie pandemii COVID-19

Pod partonatem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Moderatorzy: prof. Przemysław Mitkowski, prof. Adam Witkowski

Uczestnicy: prof. Mariusz Gąsior, prof. Marcin Grabowski, prof. Tomasz Hinrle, dr hab. Oskar Kowalski, prof. SUM, prof. Jacek Legutko, prof. Tomasz Zdrojewski

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 7:36:02

Neuroobrazowanie w badaniach naukowych z udziałem grup klinicznych

Moderator: dr hab. Tomasz Wolak, prof. IFPS

Uczestnicy: dr n. med. Hanna Cygan, dr n. hum. Agnieszka Pluta

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:57:44

Edukacja w czasie pandemii – zdrowotne aspekty kształcenia na odległość

Moderator: prof. Tomasz Szapiro

Uczestnicy: dr hab. Ewa Gruszczyńska, prof. Uniwersytetu SWPS, prof. Jan Łaszczyk, prof. Barbara Marcinkowska, prof. Andrzej Rokita

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 7:57:40

Dorosły z wadą wrodzoną serca – zagubiony w systemie opieki zdrowotnej

Moderatorzy: prof. Jarosław Kaźmierczak, dr n. med. Maria Miszczak-Knecht

Uczestnicy: dr hab. Grażyna Brzezińska, prof. IPCZD, prof. Piotr Hoffman, dr hab. Andrzej Kansy, prof. IPCZD

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 6:57:09

COVID-19, ale co dalej?

Moderator: Mariola Łodzińska

Uczestnicy: dr n. med. Paweł Grzesiowski, dr hab. Maciej Krawczyk, Zofia Małas, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, Małgorzata Rusak

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:21:59

Wybrane projekty naukowe realizowane w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu

Moderator: prof. Krzysztof Kochanek

Uczestnicy: prof. Wiesław W. Jędrzejczak, dr hab. Artur Lorens, prof. IFPS, dr n. med. Monika Matusiak, dr hab. Monika Ołdak, prof. IFPS dr n. med. i dr n. o zdr. Dominika Oziębło, dr n. hum. Agnieszka Pluta, dr hab. Danuta Raj-Koziak, prof. IFPS, Anna Sarosiak, dr hab. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 5:23:56

W jaki sposób powinny być realizowane duże inwestycje zdrowotne?

Moderator: Karolina Kowalska

Uczestnicy: Krzysztof Kopeć, Barbara Misiewicz-Jagielak, prof. Henryk Skarżyński

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 7:21:57

Jak naprawić adherence w procesie leczniczym po erze teleporady?

Moderator: Krzysztof Suszek

Uczestnicy: dr n. med. Leszek Borkowski, Bartłomiej Chmielowiec, dr Maria Libura, Anna Śliwińska

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 1:57:28

Strategie pomocowe dla osób z niepełnosprawnością słuchową w okresie pandemii COVID-19

Moderator: dr hab. Artur Lorens, prof. IFPS

Uczestnicy: Ewelina Grabowska, dr n. o zdr. inż. Anita Obrycka, dr n. med. Elżbieta Włodarczyk, dr n. o zdr. Małgorzata Zgoda

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:07:28

Zagrożenia zdrowotne związane z nowymi i starymi patogenami

Uczestnicy: prof. Ewa Augustynowicz-Kopeć, prof. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, prof. Miłosz Parczewski

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 1:37:27

Stan po COVID-19 – stan po burzy

Moderatorzy: prof. Jerzy Walecki, prof. Waldemar Wierzba

Uczestnicy: dr n. med. Mariusz Furmanek, dr n. med. Zbigniew J. Król, prof. Konrad Rejdak

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 5:22:26

Aktualne wyzwania zdrowotne w psychiatrii

Uczestnicy: dr Marek Balicki, prof. Maciej Pilecki

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 8:31:50

Inżynieria w walce z zagrożeniem SARS-CoV-2

Moderator: dr hab. Michał Borecki

Uczestnicy: dr n. med. Paweł Gaj, dr n. med. Monika Kolanowska, dr n. med. Marta Kotlarek-Łysakowska, prof. Marek Krawczyk, prof. Aneta Nitsch-Osuch, prof. Jan Szmidt, dr hab. Anna Wójcicka

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 7:32:28

PODSUMOWANIE PANELI EKSPERCKICH

Marta Jakubiak, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej":

To jedno z największych interdyscyplinarnych spotkań 2021 r. W ciągu dwóch dni Kongresu (25–26.10) kilkuset naukowców, specjalistów medycyny, ekspertów ochrony zdrowia, a także przedstawicieli parlamentu, mediów, środowisk akademickich i pacjenckich wzięło udział w 55 panelach eksperckich poświęconych ważkim zagadnieniom z wybranych obszarów ochrony zdrowia, dyskutując o aktualnych problemach i perspektywach na przyszłość. Wśród poruszanych zagadnień znalazły się m.in. profilaktyka i zdrowie publiczne, innowacje w medycynie, farmakoterapia w systemie opieki zdrowotnej i oczywiście sytuacja w ochronie zdrowia zdeterminowana pandemią COVID-19.

W panelu poświęconym sukcesom i wyzwaniom w różnych dziedzinach medycyny analizowano stan transplantologii, neurologii i neurochirurgii, onkologii i hematologii dziecięcej, psychiatrii dzieci i młodzieży, diagnostyki jako etapu na drodze do sukcesu terapeutycznego. Rozmawiano także o sytuacji osób z genetycznymi schorzeniami wzroku i związanych z nimi wyzwaniami dla ochrony zdrowia oraz polityki społecznej. Niezwykle ciekawie przebiegała dyskusja na temat długu zdrowotnego, określonego mianem młodszego brata pandemii.

Eksperci dyskutowali także o syndemii związanej ze współistnieniem COVID-19 z innymi chorobami, ich diagnozowaniem i leczeniem. Jak wyjaśnił prof. Michał Myśliwiec, termin „syndemia" został wprowadzony w 2017 r. przez Merrilla Singera, profesora antropologii i zdrowia publicznego z Uniwersytetu Connecticut w USA. Oznacza on naruszenie synergii bio-socjalnego kompleksu dotyczącego zdrowia, szczególnie w przypadku osób starszych i upośledzonych socjalnie oraz ekonomicznie. Odnosi się on także do kwestii zabezpieczenia opieki nad pacjentami z innymi chorobami, zwłaszcza nowotworowymi, psychicznymi i często przewlekłymi. Termin ten przywołał Richard Horton, redaktor naczelny czasopisma „Lancet", w artykule zatytułowanym „COVID-19 nie jest pandemią", w którym dowodzi, że zbyt wąskie traktowanie COVID-19 jest niewłaściwe i należy zjawisko wywołane przez tę chorobę nazwać syndemią. Za podejściem takim przemawiają według niego fakty dotyczące negatywnego oddziaływania SARS-CoV-2 na inne dziedziny medycyny, jak np. na zmniejszenie liczby wykonywanych transplantacji. Termin „pandemia" zawęża pole widzenia do jednej choroby, czyli COVID-19, dlatego w kontekście tej właśnie choroby należy mówić o syndemii.

O wpływie COVID-19 na postępowanie dotyczące pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (HCV) mówił prof. Robert Flisiak, a na jej oddziaływanie na onkologię prof. Marek Wojtukiewicz, przytaczając fakty ze statystyk świadczące chociażby o tym, że w 2020 r., w stosunku do roku 2019, zostały

ograniczone badania przesiewowe, leczenie chirurgiczne, rehabilitacja oraz diagnostyka, szczególnie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Pokazano, jak szeroki i znaczący wpływ COVID-19 ma na inne dziedziny medycyny i życia, także społecznego i gospodarczego.

Nie zabrakło stomatologii. Sesja zorganizowana przez Polskie Towarzystwo Periodontologiczne z udziałem prof. Renaty Górskiej, prof. Krzysztofa Simona oraz prof. Tomasza Konopki znalazła się w panelu poświęconemu profilaktyce i zdrowiu publicznemu. Eksperci podkreślali, jak istotne jest znaczenie zdrowia jamy ustnej dla zdrowia ogólnego, a prawidłowa higiena domowa i profesjonalna stanowi istotny element profilaktyki chorób przyzębia oraz innych chorób ogólnoustrojowych, w tym COVID-19, gdyż może przyczyniać się do zmniejszenia ryzyka wystąpienia i przebiegu powikłań oraz śmiertelności związanej z zakażeniem koronawirusem. Podkreślano, że profilaktyka chorób przyzębia to także profilaktyka chorób ogólnoustrojowych, takich jak: cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe, choroby neurodegeneracyjne jak choroba Parkinsona czy Alzheimera.

Profilaktyka a zdrowie. Cykl paneli poświęcony tej tematyce był chyba najbardziej multidyscyplinarny, gdyż poza ekspertami z obszaru medycyny głos zabierali m.in. specjaliści farmacji, nauk o kulturze fizycznej, żywności i żywienia, socjologowie, humaniści, przedstawiciele mediów i duchowieństwa. Było m.in. o tym, jak istotne dla zdrowia są naturalne metody wspierania odporności organizmu poprzez odpowiedni dobór żywności i prawidłowe żywienie – w tym rola cynku i selenu, witaminy D, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3, polifenoli, produktów pszczelich i ziół. Na jakość zdrowia przekłada się jednak nie tylko jakość żywienia – niezwykle istotna jest aktywność fizyczna i odpowiedni styl życia. Bez nich nie będzie potęgi profilaktyki. Omówiono ją więc również w kontekście aktywności fizycznej dorosłych i dzieci, jej znaczenia zdrowotnego i ogólnospołecznego. Jak podkreślał w czasie swojego wykładu prof. Andrzej Kosmol, każde dziecko ma prawo nie być mistrzem. Podążając tym tropem, śmiało można powiedzieć, że również każdy dorosły ma prawo nim nie być.

Oczywiście również tu nie zabrakło kontekstu COVID-19. Dr hab. Agnieszka Maciejewska-Skrendo opowiedziała o zespole postcovidowym i tym, jak wspierać powrót do zdrowia i pełnej aktywności u osób doświadczających długotrwałych skutków kontaktu z wirusem SARS-CoV-2. Przybliżyła, jakie ograniczenia i potrzeby fizyczne mają pacjenci po przechorowaniu infekcji. W tym kontekście nie zabrakło też tematu zdrowia psychicznego. Dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak oraz prof. Monika Guszkowska podkreślały to, jak duże znaczenie ma aktywność fizyczna w profilaktyce i terapii negatywnych następstw psychicznych pandemii COVID-19 w przypadku dzieci i młodzieży, takich jak obniżenie nastroju, depresja, zaburzenia rozwoju społecznego i problemy dotyczące samooceny oraz postrzegania własnego ciała. Mówiono o możliwościach i obowiązkach, jakie spoczywają na reprezentowanych instytucjach w kontekście krzewienia promocji zdrowia wśród Polaków, w tym o roli pracodawców, mediów i Kościoła.

Innowacje. Jako że gospodarz Kongresu – prof. Henryk Skarżyński i zespół specjalistów ze Światowego Centrum Słuchu w Kajetanach – już nie raz zapisali się na kartach historii medycyny dzięki wdrażaniu pionierskich rozwiązań terapeutycznych, wśród paneli nie zabrakło obszernego bloku tematów poświęconych innowacjom w medycynie. Jak zauważali eksperci, innowacje mogą wypełnić luki w systemie ochrony zdrowia. Dr Jarosław Górski odwołał się do Global Innovation Index, w którym Polska zajmuje 39. miejsce w rankingu światowym i 26. wśród krajów europejskich, a poziom innowacyjności medycyny w Polsce oceniany jest jako porównywalny do całościowego wskaźnika innowacyjności w kraju. Nie jest to wynik zadowalający, aczkolwiek za pozytyw uznaje się podwojenie w ostatnich pięciu latach poziomu eksportu rodzimych produktów z obszaru sprzętu medycznego, którego wartość obecnie wynosi 2,5 mld euro. Dr Jarosław Górski podkreślił, że aby podnosić poziom innowacyjności polskiej medycyny, należy przede wszystkim prawidłowo rozpoznać potrzeby społeczne i wyznaczyć cele strategiczne. Według danych Narodowego Testu Zdrowia Polaków, w ramach którego przeprowadzono badanie ankietowe na próbie 400 tys. respondentów, Polacy nisko oceniają swój stan zdrowia (na 62 punkty w 100-stopniowej skali), mają problemy z nadwagą, nie stosują się do zaleceń zdrowego stylu życia i odżywiania, za często sięgają po używki, za mało jedzą warzyw i owoców, a za dużo przyjmują suplementów, nie korzystają z badań profilaktycznych i przesiewowych. Uważają, że nie stać ich na zdrowe życie. W kontekście takich wyników wyznaczenie strategicznych celów oraz dobre zidentyfikowanie i zdefiniowanie potrzeb

społecznych może być kluczowe. Tu rozpościera się ogromne pole do wdrażania innowacyjnych rozwiązań, skoro te stosowane dotychczas owocują takim stanem rzeczy. Według Krzysztofa Przybyła innowacje w medycynie stanowią papierek lakmusowy stopnia zaawansowania rozwoju gospodarki opartej na wiedzy. Bez innowacyjności nie ma postępu – w nauczaniu medycyny, w technologiach wytwarzania produktów i preparatów leczniczych, a także w diagnostyce i terapiach.

Omówiono też sposoby wykorzystania telemedycyny, a także innowacyjne rozwiązania problemów pojawiających się w dobie pandemii COVID-19, jak np. w rehabilitacji oddechowej chorych po przebytym zakażeniu wirusem SARS-CoV-2, zwracając szczególną uwagę na edukację i wsparcie samodzielnej rehabilitacji pacjentów. Zespół z Politechniki Gdańskiej zaprezentował bezkontaktowy monitor oddechowo-krążeniowy, który z powodzeniem przeszedł już cykl badań klinicznych w Gdańskim Uniwersytecie Medycznym.

Nie sposób przybliżyć wszystkich zagadnień, które znalazły się w panelach 3. Kongresu „Zdrowie Polaków". Program był tak bogaty, że spokojnie można byłoby jedną ciekawą dyskusją wypełnić każdy dzień z 365 dni w roku. Dzięki sprawnej organizacji i dobrej współpracy słuchacze i uczestnicy Kongresu wszystko to otrzymali w pigułce – podczas dwudniowego spotkania hybrydowego ze stałym łączem pomiędzy centrum nadawania w Kajetanach a wieloma ośrodkami naukowymi, medialnymi, kulturowymi w kraju. Było o onkologii, kardiologii, psychiatrii, neurologii, periodontologii, ale też o sytuacji osób interpłciowych i transpłciowych w Polsce, o zwierzętach i pacjentach w badaniach klinicznych. Bogactwo i różnorodność tematów imponowały. Było to nie lada wyzwanie intelektualne i merytoryczna uczta.

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

SYMPOZJA SATELITARNE

Podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" miało miejsce 12 sympozjów satelitarnych z udziałem przedstawicieli instytutów naukowo-badawczych, uczelni medycznych i samorządów z całej Polski. Podczas spotkań online uczestnicy zaprezentowali spektrum ważnych z ich punktu widzenia problemów związanych ze zdrowiem Polaków i systemem ochrony zdrowia.

Dla przedstawicieli samorządów sympozja były okazją m.in. do podsumowania lokalnych działań prowadzonych na rzecz zdrowia mieszkańców (licznych akcji, programów i jeszcze niezrealizowanych projektów), w szczególności w okresie pandemii – organizacji punktów testowania i szpitali tymczasowych oraz opieki nad pacjentami w wieku podeszłym, najbardziej zagrożonych zakażeniem koronawirusem. Za jeden z przykładów podobnych rozwiązań podawano „Małopolski Tele-Anioł", który jest największym projektem teleopiekuńczym w Polsce – dzięki opaskom bezpieczeństwa monitorującym parametry życiowe podopiecznych w sytuacji zagrożenia możliwe jest szybkie wezwanie pomocy.

Podczas sympozjów poruszano także kwestię uregulowań prawnych dotyczących zwalczania chorób zakaźnych. Jak zaznaczano, przepisy wydawane przez rząd w okresie pandemii niestety nie były w pełni respektowane. Jednocześnie samorządowcy podkreślali, że rząd powinien słuchać głosu ekspertów, którzy wiedzą, jakich błędów należy unikać – dzięki temu kolejne fale pandemii mogą mieć łagodniejszy przebieg. Z kolei eksperci ubolewali, że lockdown i lęki ludzi przed opuszczaniem domu sprawiły, że profilaktyka zdrowia mocno podupadła.

Jednym z ważniejszych tematów poruszanych podczas sympozjów było wsparcie zdrowia pracowników. Akcentowano, że w ramach medycyny pracy należy zaproponować wdrożenie dodatkowych działań profilaktycznych i diagnostycznych w celu identyfikacji chorób pośrednio związanych z pracą oraz cywilizacyjnych. Zwracano też uwagę na zagrożenia wynikające z nowych form pracy (praca zdalna, hybrydowa, telepraca), zagrożenia wynikające z ekspozycji na obecne w środowisku pracy substancje chemiczne, w tym zaburzające gospodarkę hormonalną i promieniowanie jonizujące. Jak podkreślano, badania biomarkerów wrażliwości genetycznej mogą stanowić istotne źródło informacji w ocenie narażenia na czynniki chemiczne przydatne do opracowania indywidualnych działań profilaktycznych podnoszących jakość opieki zdrowotnej nad pracownikiem. To jednak temat – jak zaznaczali eksperci – budzący wątpliwości natury etycznej i wymagający skutecznych zabezpieczeń prawnych.

Dla przedstawicieli uczelni medycznych sympozja satelitarne stały się okazją do dyskusji nad sposobem kształcenia przyszłych kadr medycznych, w tym na kierunku lekarskim (profil ogólnoakademicki czy praktyczny?) i pielęgniarskim. Przedstawiono m.in. wyniki badań sondażowych wskazujących, że kompetencje pielęgniarek i położnych powinny zostać rozszerzone, np. o możliwość zlecania badań diagnostycznych, wydłużenie listy leków, na które pielęgniarka może wystawić receptę. Odnosząc się do niedoboru kadr medycznych oraz oczekiwań społecznych dotyczących medyków, podkreślano, że konieczna jest analiza programów studiów, specjalizacji i kursów.

Jak powtarzano podczas sympozjów, opieka zdrowotna to sektor stawiający ogromne wyzwania, zwłaszcza w obecnym czasie dynamicznych zmian społeczno-gospodarczych, technologicznych oraz zagrożenia epidemiologicznego.

Model funkcjonowania opieki zdrowotnej na szczeblu lokalnym – maj 2021

Organizator: Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Uczestnicy: lek. Artur Asztabski, prof. Andrzej Budzyński, dr hab. Anna Chrapusta, lek. Joanna Dąbrowska, prof. Grzegorz Gajos, dr n. med. Beata Jakubowska-Zając, Wiesława Jasińska, Witold Kozłowski, dr n. med. Grzegorz Kwiatkowski, Gabriela Michalska, lek. Mariusz Rąbalski, lek. Stanisław Rusek, lek. Stanisław Stępniewski, dr hab. Mariusz Szuta, Lidia Zelek

Ochrona zdrowia w Małopolsce – wyzwania i rozwiązania zastosowane przez wojewódzkie władze samorządowe

Tematyka przedmiotowego sympozjum skupiała się przede wszystkim na ochronie zdrowia w Małopolsce. Zwrócono uwagę na wyzwania, przed jakimi stoi polski sektor ochrony zdrowia, oraz przedstawiono rozwiązania stosowane przez wojewódzkie władze samorządowe.

Małopolska to region nastawiony na interdyscyplinarny rozwój, wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań oraz wdrażanie nowych koncepcji i technologii, szczególnie w dziedzinie opieki zdrowotnej. Wszystkie te działania mają na celu poprawę jakości życia Małopolan.

Wojewódzkie podmioty lecznicze (WPL)

Województwo Małopolskie jako podmiot tworzący nadzoruje działalność 17 podmiotów leczniczych o zróżnicowanym charakterze, w tym:

- 13 szpitali (1 spółka) – 5 szpitali wieloprofilowych, 8 monospecjalistycznych (2 szpitale psychiatryczne, 3 rehabilitacyjne, 1 dziecięcy, 1 okulistyczny, 1 udzielający świadczeń w zakresie chorób płuc);
- 1 pogotowie ratunkowe;
- 3 jednostki opieki ambulatoryjnej.

Każdą z wyżej wspomnianych instytucji tworzą ludzie. Wykwalifikowana kadra medyczna jest jedną z najważniejszych wartości, jaką mogą poszczycić się wojewódzkie podmioty lecznicze. W 2020 r. zatrudnionych było 1145 lekarzy (1058,01 etatów). Pozostały personel medyczny WPL – lekarze rezydenci, lekarze stażyści, psychologowie, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni i inni – liczył 8633 osoby (8335,70 etatów). W 2020 r. aż 430 młodych lekarzy ukończyło staż, wybierając nasz region do kształcenia się w zawodzie.

Istotną kwestią dla władz województwa małopolskiego jest tworzenie warunków przyjaznych oraz otwartych na potrzeby każdego pacjenta. Została tu zaznaczona aktywność jednostek w drodze do zdobywania certyfikatów, takich jak np. „Szpital bez bólu". Program polega na wprowadzeniu na oddziały pooperacyjne i zabiegowe standardów uśmierzania bólu pooperacyjnego. Na dzień sympozjum takim wyróżnieniem mogły poszczycić się następujące wojewódzkie podmioty lecznicze:

- Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka;
- Wojewódzki Szpital Okulistyczny w Krakowie;
- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, którego wizytówką stała się przede wszystkim kardiochirurgia – wyspecjalizowana kadra medyczna do tej pory wykonała ponad 600 przeszczepów serca; szpital ten – jako jedyny w Małopolsce – stał się wiodącym ośrodkiem w kraju.

Do istotnych kwestii należy również opieka okołoporodowa. Ważne jest, aby każda kobieta mogła urodzić dziecko w godnych i przystosowanych do tego warunkach, otoczona opieką ze strony zarówno personelu, jak i bliskich. Wśród wojewódzkich podmiotów leczniczych 3 szpitale posiadają oddziały ginekologiczne:

- Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu;
- Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie;
- Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. – w rankingu Fundacji „Rodzić po ludzku" za 2019 rok znalazł się wśród 6 najlepszych szpitali w Krakowie.

Województwo Małopolskie poświęca dużo uwagi również sprawie psychiatrii. Rangę problemu, jakim są zaburzenia psychiczne (coraz częściej postrzegane jako choroba XXI w.), podniosła trwająca pandemia spowodowana wirusem SARS-CoV-2. Województwo Małopolskie nadzoruje działalność jednej z największych w regionie placówek lecznictwa psychiatrycznego – Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SP ZOZ w Krakowie. Szpital przez 24 godziny na dobę zapewnia pomoc pierwszego kontaktu dla osób potrzebujących natychmiastowej interwencji. W 2020 r. doszło do 7,5 tys. takich interwencji – ponad 20 dziennie. Z kolei Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. św. Ludwika w Krakowie jako jedyny w Małopolsce świadczy opiekę stacjonarną dla dzieci od 3. do 14. roku życia, nieustannie rozwija się i wprowadza innowacyjne rozwiązania, jak np. lecznictwo środowiskowe w zakresie psychiatrii.

Województwo Małopolskie wspiera budowanie i systematyczne zwiększanie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, skupiając uwagę m.in. na profilaktyce onkologicznej. Przyczyniamy się do zwiększenia liczby wcześnie wykrytych nowotworów, czyli w stadium umożliwiającym pomyślne rokowanie oraz wyleczenie. Przykładem kształtowania postaw prozdrowotnych jest realizacja X edycji programu edukacyjnego „Prozdrowotne oddziaływania edukacyjne na rzecz zmniejszenia umieralności na nowotwory w Małopolsce" przez m.in. Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza w Tarnowie. Szpital Specjalistyczny im. dr. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o. posiada pierwszy w Małopolsce ośrodek kompleksowego leczenia raka jelita grubego – Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej. Placówka rejestruje najwięcej przyjęć w całym województwie, dzięki czemu jest przodownikiem w walce z tą chorobą. Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu w ramach Oddziału Onkologii Klinicznej posiada Oddział Chemioterapii Jednego Dnia, na który przyjmowani są pacjenci, którzy mogą otrzymać chemioterapię i wszelkie świadczenia z nią związane w ciągu jednego dnia. Taki rodzaj leczenia ma pozytywny wpływ na poczucie komfortu pacjenta, który swój wolny czas może spędzić np. w domu.

Małopolska Tarcza Antykryzysowa

W związku z szybkim rozprzestrzenianiem się pandemii samorząd województwa małopolskiego podjął szereg działań w celu zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej. Sprawnie uruchomiono pakiet medyczny w ramach:

- Małopolskiej Tarczy Antykryzysowej 1 (na kwotę 114 056 850,00 zł),
- Małopolskiej Tarczy Antykryzysowej 2 (na kwotę 87 335 670,39 zł),

o łącznej wartości: 201 392 520,39 zł przeznaczonych dla małopolskich szpitali i jednostek oraz służb działających na rzecz bezpieczeństwa i ratownictwa.

Inwestycje

Samorząd Województwa Małopolskiego w 2020 r. na inwestycje dla małopolskich placówek rozdysponował:

- ze środków budżetu Województwa Małopolskiego – prawie 67 mln zł (w tym na działania związane z COVID-19 – ponad 3,6 mln zł),
- dofinansowanie z Rządowego Funduszu Inwestycji Lokalnych – prawie 2,4 mln zł,
- środki z budżetu państwa – ponad 4,5 mln zł (w tym na działania związane z COVID-19 – prawie 4 mln zł),
- pomoc finansową dla Województwa Małopolskiego z innych źródeł – prawie 138 700 zł (w tym działania związane z COVID-19 – 60 tys zł).

Na przestrzeni ostatniego dziesięciolecia, sumując inwestycje w ochronie zdrowia ze środków własnych, Województwo Małopolskie przeznaczyło 210 907 087 zł oraz z innych źródeł – 6 061 081 zł.

Programy prozdrowotne/ polityka zdrowotna

Wojewódzkie podmioty lecznicze realizują wieloletnie programy zdrowotne/ polityki zdrowotnej mające na celu wykrywanie schorzeń należących do najpoważniejszych zagrożeń dla zdrowia Małopolan oraz kształtowanie zachowań prozdrowotnych poprzez edukację. W ciągu ostatnich 10 lat na ten cel przekazano ze środków własnych blisko 15 mln zł. Władze województwa szczególną wagę przykładają do problematyki chorób układu krążenia, chorób nowotworowych oraz innych ważnych problemów zdrowia publicznego, w tym do:

- programów w zakresie prewencji i wykrywania chorób układu krążenia;
- prozdrowotnej edukacji celem zmniejszenia umieralności na nowotwory w Małopolsce;

- programów służących zapobieganiu nadwadze i otyłości wśród mieszkańców województwa małopolskiego;
- działań edukacyjnych policji małopolskiej w obszarze uzależnienia od internetu i nowych technologii, adresowanych do dzieci szkół podstawowych i ponadpodstawowych oraz ich rodziców i wychowawców;
- szczepień ochronnych dla dzieci przeciwko meningokokom typu B;
- działań wspierających zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży.

Realizacja innych projektów:
- program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń pneumokokowych w Małopolsce (zakończony w związku z wprowadzeniem szczepień obowiązkowych);
- program zdrowotny profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Małopolsce (realizacja czasowo zawieszona z powodu braku pełnej dostępności produktów leczniczych).

W ramach środków finansowanych dostępnych z Europejskiego Funduszu Społecznego przygotowana została oferta programów ukierunkowana na podtrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej osób pracujących, celem jak najdłuższego utrzymania ich na rynku pracy, oraz programów umożliwiających wczesne wykrycie wszelkich rozwojowych deficytów u dzieci:
- profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej;
- realizacja programu profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego na lata 2019–2021 z perspektywą kontynuacji;
- wczesne wykrywanie wad rozwojowych u dzieci: „Leczenie i rehabilitacja wad rozwojowych u dzieci" oraz „Edukacja w zakresie wad rozwojowych dzieci";
- zwiększenie dostępu do wczesnej interwencji i rehabilitacji w regionie.

Projekt „Małopolski Tele-Anioł"

Małopolska jako pierwsza postawiła na wdrożenie opieki zdalnej połączonej z tradycyjnymi usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania seniorów. Dzięki opaskom bezpieczeństwa monitorującym parametry życiowe podopiecznych możliwe jest natychmiastowe wezwanie pomocy w sytuacji zagrożenia życia i zdrowia, co ma niebagatelne znaczenie w czasie, kiedy dostęp do lekarza rodzinnego jest utrudniony ze względu na obciążenie służby zdrowia ratowaniem pacjentów dotkniętych koronawirusem. „Małopolski Tele-Anioł" jest największym projektem teleopiekuńczym w Polsce. To projekt partnerski, realizowany przez Województwo Małopolskie, które pełni funkcję lidera, wspólnie z Caritas Diecezji Kieleckiej oraz Stowarzyszeniem Europejski Instytut Rozwoju Regionalnego z Suchej Beskidzkiej.

Projekt „Małopolskie tężnie solankowe"

Projekt zainicjowany przez Zarząd Województwa Małopolskiego. Gminy z terenu województwa małopolskiego mogą otrzymać dofinansowanie na budowę ogólnodostępnych tężni solankowych. Celem projektu jest wsparcie lokalnych samorządów w działaniach na rzecz poprawy zdrowia i jakości życia mieszkańców.

Budżet Obywatelski Województwa Małopolskiego

Budżet obywatelski (BO) pozwala mieszkańcom województwa decydować o tym, na co wydać pieniądze. Mieszkańcy mogą nie tylko wybierać zadania, które mają być zrealizowane, lecz także sami mogą zostać ich autorami. BO pozwala Małopolanom kształtować ich najbliższe otoczenie, umożliwia określenie potrzeb, daje możliwość wskazania, co jest dla nich szczególnie ważne. Dzięki niemu mieszkańcy określają priorytety dla rozwoju powiatów, subregionów oraz całej Małopolski.

Rekomendacje i postulaty

Powyższe dane są jedynie zarysem całej działalności samorządu województwa małopolskiego na rzecz ochrony zdrowia. Opieka zdrowotna to sektor stawiający ogromne wyzwania – zwłaszcza w obecnym czasie, który charakteryzuje się przede wszystkim dynamicznymi zmianami społeczno-gospodarczymi, technologicznymi oraz wciąż istniejącym zagrożeniem epidemiologicznym.

Województwo Małopolskie, realizując swoje ustawowe zadania z zakresu promocji i ochrony zdrowia, wychodzi naprzeciw obecnym potrzebom. Oferta dla szpitali jest nieustannie akutalizowana, ponieważ wciąż zmienia się profil potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa, co pociąga

za sobą konieczność przekształceń w podmiotach leczniczych. Wraz z rozwojem i postępem wiedzy medycznej zachodzi potrzeba systematycznego monitorowania i wdrażania nowych metod leczniczych i nowych metod diagnostycznych. Województwo w tym zakresie nie tylko nie zamierza pozostawać w tyle, lecz dąży do zajęcia pozycji lidera. Ponadto należy pamiętać o innowacyjności i usprawnieniach w często pomijanych obszarach, takich jak administracja czy dokumentacja medyczna. Wyzwaniami w ochronie zdrowia są także: rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej, digitalizacja dokumentacji pracowniczej i elektronizacja procesów kadrowych, elektronizacja obiegu dokumentów.

Opracowanie własne Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 3:26:1

Opieka Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu nad zdrowiem mieszkańców Dolnego Śląska w dobie COVID-19

Organizator: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Uczestnicy: dr hab. Beata Jankowska-Polańska, prof. UMW, prof. Brygida Knysz, Barbara Korzeniowska, dr hab. Katarzyna Madziarska, prof. Leszek Szenborn, dr hab. Tomasz Zatoński, prof. UMW

Dr hab. Tomasz Zatoński, prorektor ds. budowania relacji i współpracy z otoczeniem, omówił ponadroczną historię doświadczeń UMW związanych z realizowaniem procesów dydaktycznych, naukowych, jak i leczniczych w okresie pandemii COVID-19. W sesji zostały omówione działania UMW podjęte w celu ograniczenia rozprzestrzeniania się pandemii, monitorowania bezpieczeństwa epidemiologicznego oraz organizowania akcji szczepień prowadzonych wspólnie z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym. Sympozjum obejmuje 5 wystąpień.

Pierwszy wykład wygłosiła prof. Brygida Knysz, przewodnicząca Zespołu ds. Zarządzania Kryzysowego UMW, w którym omówiła aktywności zespołu oraz wyzwania, przed jakimi został on postawiony w okresie pandemii.

Następnie wystąpiła dr hab. Katarzyna Madziarska, która kierowała i nadzorowała pod względem merytorycznym organizację i funkcjonowanie szpitala tymczasowego we Wrocławiu na potrzeby hospitalizacji osób zakażonych COVID-19.

Z kolei wykład poświęcony akcji szczepień przedstawiła dyrektor ds. lecznictwa otwartego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Barbara Korzeniowska – przewodnicząca zespołu zajmującego się szczepieniami.

Prof. Leszek Szenborn omówił przebieg, następstwa i zapobieganie zakażeniom COVID-19 wśród dzieci i młodzieży. W swoim wystąpieniu opisał doświadczenia Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych UMW.

Ostatni wykład przedstawiła dr hab. Beata Jankowska-Polańska, będąca jednocześnie członkiem Zespołu ds. Zarządzania Kryzysowego UMW. W swoim wykładzie opisała opiekę nad pacjentami w wieku podeszłym. Wskazała miejsca szczególnie narażone na rozprzestrzenianie COVID-19 oraz omówiła działania podejmowane w celu ochrony osób starszych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 2:57:47

Kompleksowe podejście do wsparcia zdrowia pracownika – aktualne zagrożenia środowiskowe i zawodowe

Organizator: Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Moderatorzy: prof. Edyta Reszka, prof. Jolanta Walusiak-Skorupa

Uczestnicy: dr Joanna Domienik-Andrzejewska, dr hab. Ewa Jabłońska, prof. Joanna Jurewicz

Dokonujące się w ostatnich latach zmiany na rynku pracy, dotyczące zarówno obszaru społecznego, systemu pracy, a przede wszystkim narażeń zawodowych, sprawiają, że podejście do zdrowia i bezpieczeństwa pracowników wymaga zmian. Istotne zmniejszenie ekspozycji na wiele czynników chemicznych i fizycznych zmieniło strukturę problemów zdrowotnych związanych z pracą, pojawiają się jednak nowe zagrożenia dla zdrowia wymagające poznania m.in. pod kątem potencjalnych skutków zdrowotnych i możliwości ich zapobiegania.

Pandemia COVID-19 zmieniła obraz rynku pracy oraz spowodowała pojawienie się nowych problemów zdrowotnych, tym samym odwróciła uwagę od innych, równie ważnych zagadnień, dlatego też podczas sympozjum przedstawiono współczesne zagrożenia dla pracownika, ale o innym charakterze niż te związane z pandemią.

Główne rekomendacje

1. Dążenie do optymalnego wykorzystania systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami w kompleksowym wzmocnieniu zdrowia populacji osób pracujących.
2. Wykorzystanie potencjału naukowego, w tym nowych narzędzi badawczych łączących wiele dyscyplin naukowych, do identyfikacji, oceny wpływu nowych zagrożeń w środowisku pracy oraz podejmowania skutecznej interwencji.

Prof. Jolanta Walusiak-Skorupa

Wyzwania opieki profilaktycznej nad pracownikami

System ochrony zdrowia pracujących w Polsce, oparty na świadczeniach realizowanych przez służbę medycyny pracy, obejmuje opieką niemal 12,5 mln pracowników, u których rocznie wykonuje się ponad 4,5 mln obowiązkowych badań profilaktycznych do celów określonych w *Kodeksie pracy*.

Misją służby medycyny pracy w Polsce jest ochrona zdrowia pracujących przed wpływem niekorzystnych warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej, czyli zapobieganie powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy.

Badania profilaktyczne, orzecznictwo do celów *Kodeksu pracy* i pozostałe zadania przynależne służbie medycyny pracy powinny być ukierunkowane zarówno na zawodowe czynniki ryzyka, jak i pozazawodowe aspekty zdrowia, które mogą wpływać na możliwość wykonywania pracy. Ponieważ na obligatoryjne badania lekarskie zgłaszają się osoby często niekorzystające na co dzień z opieki zdrowotnej, lekarz medycyny pracy ma unikalną możliwość wykrycia zaburzeń w stanie zdrowia pracownika na ich wczesnym etapie, dzięki czemu może zapobiegać rozwojowi powikłań – z jednej strony obciążających zdrowie samego pracownika, a z drugiej powodujących dodatkowe obciążenie finansowe dla całego systemu ochrony zdrowia. Dlatego też w ramach działań służby medycyny pracy należy zaproponować wdrożenie dodatkowych działań profilaktycznych i badań diagnostycznych celem identyfikacji chorób pośrednio związanych z pracą i/ lub chorób cywilizacyjnych.

Potrzebę realizacji skutecznej profilaktyki wśród pracowników podkreśla się także w aspekcie makroekonomicznym, szczególnie

w kontekście starzenia się społeczeństwa i potrzeby utrzymywania dłuższej aktywności zawodowej. Osoby starsze stanowią bowiem rosnący zasób siły roboczej i kapitału ludzkiego, który powinien mieć swój udział w tworzeniu PKB i wzroście gospodarczym.

Rekomendowane działania w ramach opieki profilaktycznej powinny objąć:

- włączenie w system opieki profilaktycznej nad pracownikami programów profilaktycznych i wspierających powroty do pracy;
- czynne włączanie w badania profilaktyczne elementów programów prozdrowotnych finansowanych przez NFZ/ Ministerstwo Zdrowia oraz stworzenie możliwości bezpośredniego kierowania pacjentów do poradni specjalistycznych finansowanych przez NFZ;
- ustalenie finansowania ze środków publicznych badań przesiewowych, tak by nie obciążać pracodawców całością kosztów;
- stworzenie systemu zachęt finansowych dla pracodawców zainteresowanych inwestowaniem w zdrowie pracowników;
- dalszą pracę nad stworzeniem nowoczesnego systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami w Polsce – współdziałanie środowiska służby medycyny pracy, pracodawców, ekspertów ds. zdrowia publicznego, ubezpieczeń społecznych i przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.

Prof. Edyta Reszka

Praca a zegar biologiczny człowieka

W Polsce w ostatnim okresie obserwujemy duże zróżnicowanie i dynamikę zatrudnienia, co wiąże się z aktualizacją potrzeb zdrowotnych w populacji pracujących w Polsce. Możemy wyróżnić grupy zawodowe w aspekcie nowych form pracy (m.in. praca zdalna, praca hybrydowa, telepraca), zatrudnienia (m.in. *gig economy* z szerokim zakresem alternatywnych form zatrudnienia), charakteru pracy (m.in. praca siedząca), czasu pracy (m.in. praca zmianowa) itd.

Praca zmianowa z jej różnymi rodzajami wykonywana jest w Polsce od wielu lat i dotyczy wielu sektorów zatrudnienia. Na podstawie badań Eurostat, w 2015 r. wykonywanie pracy zmianowej w Polsce deklarowało 30% populacji czynnej zawodowo. Badania naukowe wskazują, że wykonywanie pracy w nocy z wielogodzinnym narażeniem na sztuczne oświetlenie czy również jej nieregularność, w tym pracy na zmiany, może zaburzać zegar biologiczny człowieka. Rytm okołodobowy reguluje procesy fizjologiczne i behawioralne u człowieka, m.in. wzorzec snu/ czuwania – pracy, zachowania żywieniowe, uwalnianie hormonów (melatonina, kortyzol), ciśnienie krwi, temperatura ciała, uwaga/ czujność, które cechuje cykliczność dobowa. Wewnętrzny zegar biologiczny człowieka wyznacza osobniczą tolerancję zakłóceń synchronizacji funkcji ustrojowych, z uwzględnieniem czynników biologicznych takich jak: wiek, płeć, chronotyp itd. Główną rolą tego systemu biologicznego jest adaptacja, synchronizacja i resetowanie ww. procesów do zmieniających się cykli dzień/ noc, temperatury i posiłków; w ciągu doby i/ lub w ciągu roku.

Przeprowadzone do tej pory badania wskazują jednoznacznie, że praca zmianowa, która zaburza zegar biologiczny człowieka, prowadzi do negatywnych konsekwencji zdrowotnych u pracowników. Ich lista jest bardzo długa. U wybranych grup zawodowych pracujących na zmiany obserwuje się: większą wypadkowość w pracy, nadużywanie alkoholu, leków, papierosów, problemy społeczne czy rodzinne, zaburzenia snu (62%), starzenie się i przedwczesną śmierć (20%), nowotwory: rak piersi, prostaty, endometrium, jelita grubego i okrężnicy, płuc, jajników, białaczki itd. (19–41%), zaburzenia układu sercowo-naczyniowego (17%), syndrom metaboliczny (47%), cukrzyca, zaburzenia łaknienia (17–25%), wrzody żołądka, zaburzenia nastroju, choroby psychiczne, zaburzenia poznawcze, depresję (43%), dysfunkcje immunologiczne, nieprawidłowości reprodukcji.

Stąd postulujemy zwrócenie uwagi i aktualizację następujących aspektów potrzeb zdrowotnych populacji pracujących w Polsce:

1. Istniejące, a także nowe wyzwania w systemie pracy powodujące deregulację zegara biologicznego (praca zmianowa, praca w nocy, nieregularność czasu pracy) mogą prowadzić do chronozaburzenia i chronopatologii.

2. Tolerancja czasu pracy zmianowej, zdalnej, hybrydowej itd. (wiek, chronotyp, genotyp, system zmianowy oraz dostosowanie czasu pracy do indywidualnych możliwości).
3. Wypracowanie rekomendacji/ algorytmów dla określonych grup zawodowych pracujących w różnych systemach pracy.

Prof. Joanna Jurewicz

Substancje endokrynnie czynne – narażenie środowiskowe oraz nowe wyzwania w środowisku pracy

Związki zaburzające gospodarkę hormonalną to substancje, które wykazują zdolność do interakcji z układem hormonalnym (zakłócając jego prawidłowe działanie, prowadząc do zaburzenia syntezy, funkcji i/ lub metabolizmu hormonów) i mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie. Związki te zalicza się do szerokiej grupy nazwanej w piśmiennictwie angielskim *endocrine disrupting chemicals* (EDCs). Wzrost światowej aktywności przemysłowej doprowadził do zwiększenia ekspozycji ludzi na liczne nowe substancje chemiczne zaburzające gospodarkę hormonalną, takie jak: ftalany, bisfenol A, triklosan, polibromowane estry difenylowe i wiele innych. Związki te ze względu na ich masową produkcję użytkową znalazły się nie tylko w środowisku pracy, lecz także są powszechne w środowisku naturalnym. Narażenie następuje poprzez kontakt z tymi związkami znajdującymi się w pożywieniu, wodzie, powietrzu, poprzez kontakt przy produkcji plastików, kosmetyków czy pestycydów. Ze względu na to, że są to nowe związki, których wykorzystanie w niewielkim stopniu jest regulowane przez przepisy prawne, istotne staje się poznanie ich właściwości oraz wpływu na zdrowie.

Ponieważ wiedza na temat wpływu czynników z grupy zaburzających funkcję endokrynną jest nadal ograniczona oraz ze względu na fakt, że tylko w przypadku niektórych z badanych czynników dysponujemy danymi, które w sposób jednoznaczny wskazują na ich negatywny wpływ na zdrowie, niezbędna wydaje się:

- wiarygodna ocena narażenia zarówno zawodowego, jak i środowiskowego;
- ocena ryzyka związana z narażeniem na substancje z grupy zaburzających gospodarkę hormonalną;
- wprowadzenie jednolitej klasyfikacji substancji zaburzających gospodarkę hormonalną;
- wprowadzenie regulacji dotyczących stosowania tych substancji;
- rozszerzenie wykazu NDS o kolejne związki endokrynnie czynne występujące na stanowiskach pracy;
- rozszerzenie zakresu dyrektywy 2004/37/WE o substancje działające szkodliwie na rozrodczość (Repr.) kategorii 1A lub 1B oraz o substancje endokrynne niezaklasyfikowane jako Repr.

Dr hab. Ewa Jabłońska

Biomarkery wrażliwości genetycznej w środowiskowym i zawodowym narażeniu na czynniki chemiczne

Indywidualne uwarunkowania genetyczne, które wynikają z występowania zmian polimorficznych w obrębie genów (różnic w sekwencji DNA), mogą być związane z nadwrażliwością na substancje chemiczne. Z tego względu badania biomarkerów wrażliwości genetycznej mogą stanowić istotne źródło informacji w ocenie narażenia zawodowego na czynniki chemiczne. Warto zaznaczyć, że przyczyną ponad połowy zgonów związanych z pracą są choroby nowotworowe, a spośród wszystkich czynników – uznanych przez Międzynarodową Agencję ds. Badań nad Rakiem za rakotwórcze dla człowieka – prawie 40% stanowią czynniki pochodzenia zawodowego, przy czym są to głównie czynniki chemiczne. Badania nad indywidualnymi predyspozycjami w kierunku nadwrażliwości na działanie określonych substancji chemicznych wydają się przydatne do opracowania indywidualnych działań profilaktycznych podnoszących jakość opieki zdrowotnej nad pra-

cownikiem. Warto jednak zaznaczyć, że badania genetyczne pracowników są obarczone ryzykiem dyskryminacji ze strony pracodawcy, dlatego stanowią duże wyzwanie natury etycznej, wymagające z tego względu skutecznych zabezpieczeń prawnych. Szereg państw w Europie i na świecie wprowadziło odpowiednie regulacje prawne w obszarze badań genetycznych, które w sposób jednoznaczny zakazują dyskryminacji w zatrudnieniu ze względu na dane genetyczne. W Polsce badania genetyczne (w tym również w obszarze zatrudnienia) pozostają wciąż nieuregulowane, pomimo że zobowiązuje nas do tego podpisana w 1999 r. Europejska Konwencja Bioetyczna. Z tego względu postuluje się:

- przyspieszenie prac legislacyjnych nad zapowiadaną od dawna ustawą o badaniach genetycznych i biobankowaniu;
- zawarcie w przedmiotowej ustawie zapisów dotyczących badań genetycznych w zatrudnieniu.

Dr Joanna Domienik-Andrzejewska

Promieniowanie jonizujące jako czynnik ryzyka w miejscu pracy, środowisku oraz ekspozycji medycznej

Z punktu widzenia narażenia na promieniowanie jonizujące i jego skutki zdrowotne należy zwrócić szczególną uwagę na problem radonu. Radon jest gazem emitującym promieniowanie jonizujące, które może powodować uszkodzenia komórek i prowadzić do nowotworów płuc. Jest obecny wszędzie w środowisku. W otwartej przestrzeni jego stężenie jest małe, natomiast w zamkniętych, źle wietrzonych pomieszczeniach jego stężenie może osiągać wysokie wartości przekraczające rekomendowane, właściwe dla danego kraju poziomy odniesienia. W Polsce poziom odniesienia, zgodnie z *Ustawą z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe* (Dz. U. 2021 poz. 1941) wynosi 300 Bq/m^3. W nawiązaniu do obowiązujących przepisów prawa oraz *Krajowego planu działania w przypadku długoterminowych zagrożeń wynikających z narażenia na radon w budynkach przeznaczonych na pobyt ludzi oraz w miejscach pracy* (M.P. 2021, poz. 169) rekomendujemy:

- uwzględnienie problematyki radonu w szkoleniu inżynierów budownictwa,
- przeprowadzenie zakrojonej na szeroką skalę kontroli stężenia radonu w lokalach i pomieszczeniach mieszkalnych.

Zgłaszamy następujące postulaty:

1. Uwzględnienie w budżetach państwa i lokalnych strukturach administracyjnych funduszy wspierających działania mające na celu obniżenie stężenia radonu szczególnie w powiatach wymienionych w *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 18 czerwca 2020 r. w sprawie terenów, na których średnioroczne stężenie promieniotwórcze radonu w powietrzu wewnątrz pomieszczeń w znacznej liczbie budynków może przekraczać poziom odniesienia* (Dz. U. 2020 poz. 1139).
2. Uruchomienie w Polsce programów badawczych w zakresie epidemiologii mających na celu oszacowanie wpływu radonu na zdrowie człowieka ze szczególnym uwzględnieniem czynnika ryzyka związanego z paleniem papierosów.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 2:57:31

Spojrzenie lokalne na bezpieczeństwo zdrowia publicznego w czasach pandemii COVID-19

Organizator: Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Uczestnicy: dr n. o zdr. Małgorzata Andryszczyk, Daniel Dziekoński, dr n. o zdr. Jolanta Gładczuk, Dawid Harasim, dr n. o zdr. Emilia Harasim-Piszczatowska, Arleta Beata Jurczykowska, dr hab. Ewa Kleszczewska, prof. PUZ w Suwałkach, Grażyna Kruszniewska, dr Andrzej Sęk, dr Marta Wiszniewska, prof. PUZ w Suwałkach

Sympozjum satelitarne „Spojrzenie lokalne na bezpieczeństwo zdrowia publicznego w czasach pandemii COVID-19", przygotowane głównie przez pracowników i studentów Wydziału Ochrony Zdrowia PUZ, odbyło się 28 czerwca 2021 r. Sympozjum zrealizowano w ramach ogólnopolskiego 3. Kongresu „Zdrowie Polaków". Na sympozjum poruszono kwestie dotyczące systemu ochrony zdrowia oraz kształcenia jego pracowników.

Dr Emilia Harasim-Piszczatowska, na podstawie indeksu GHS oraz danych GUS, przedstawiła zagadnienie bezpieczeństwa zdrowotnego w kontekście pandemii COVID-19, kwestie instytucjonalizacji bezpieczeństwa zdrowia publicznego oraz zwróciła uwagę na słabe międzynarodowe przygotowanie na epidemie/ pandemie. W kolejnym wystąpieniu dr Jolanta Gładczuk poruszyła złożoną problematykę chorób cywilizacyjnych jako chorób współistniejących z COVID-19. Omówiła istotę zachowań zdrowotnych w kształtowaniu zdrowia społeczeństwa oraz zwróciła uwagę na fakt, że pandemia negatywnie wpłynęła na zachowania zdrowotne Polaków. Na koniec wskazała, że dzięki profilaktyce i działaniom interwencyjnym można prowadzić działania wspierające zdrowie. Prof. Ewa Kleszczewska przedstawiła przykładowe – lokalne – działania w zakresie postępu naukowo-technicznego i postępu technologicznego, kładąc nacisk na ich priorytetowe znaczenie nie tylko w okresie pandemii COVID-19. Z kolei dr Andrzej Sęk poruszył kwestie uregulowań prawnych w zakresie zwalczania chorób zakaźnych oraz nowych działań przeciwepidemicznych, a także wpływu pandemii COVID-19 na zarządzanie państwem.

Podczas sympozjum omówiono kwestię kształcenia na kierunkach ratownictwo medyczne oraz pielęgniarstwo. Mgr Dawid Harasim przedstawił wykorzystywane na uczelni rozwiązania technologiczne umożliwiające rozwój, zdobywanie wiedzy oraz umiejętności, także na nowych kierunkach studiów podyplomowych, ważnych w okresie pandemii. Swoim doświadczeniem zawodowym oraz drogą od ratownika medycznego i opiekuna medycznego do pielęgniarki, podzielili się także obecnie już absolwenci uczelni: Arleta B. Jurczykowska przedstawiła proces pielęgnowania pacjenta z SM jako chorobą współistniejącą z COVID-19, a Grażyna Kruszniewska – opiekę onkologiczną w pandemii COVID-19. Obie prezentacje bazowały na opisach przypadków. W panelu studenckim Daniel Dziekoński omówił kwestię działań społecznych z zakresu ratownictwa medycznego na przykładzie Fundacji Ratownictwo Motocyklowe Polska; w prezentacji zwrócił uwagę na liczne ograniczenia w ich prowadzeniu wynikające z sytuacji epidemiologicznej.

Rekomendacje

Trwająca od marca 2020 r. sytuacja epidemiologiczna w Polsce sprawiła, że tak jak w ubiegłym roku, tak w roku akademickim 2020/2021 szeroko rozumiana działalność dydaktyczna w Państwowej Uczelni Zawodowej w Suwałkach realizowana jest z zachowaniem aktualnie obowiązujących wymogów bezpieczeństwa sanitarno-epidemiologicznego. Zgodnie z obowiązującą zasadą autonomii władze uczelni PUZ w Suwałkach podejmują adekwatne do bieżącej sytuacji decyzje dotyczące organizacji kształcenia studentów zarówno na kierunkach już istniejących, jak i na nowo organizowanych studiach podyplomowych. Priorytetem są kierunki prowadzone przez Wydział Ochrony Zdrowia (pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne oraz bezpieczeństwo wewnętrzne), jak również studia podyplomowe realizowane przez uczelniane Centrum Studiów Podyplomowych i Kształcenia Ustawicznego (bezpieczeństwo i higiena pracy; bezpieczeń-

stwo ochrony danych osobowych; wyzwania wobec nowych regulacji prawnych; interwencje kryzysowe; nowoczesne zarządzanie kadrami; ochrona i obrona ludności; promocja zdrowia; zarządzanie kryzysowe; zarządzanie w ochronie zdrowia). Wymienione kierunki zostały utworzone w odpowiedzi na zapotrzebowanie naszego regionu. Wiadomo, że narastającym problemem ochrony zdrowia jest nie tylko niedobór personelu medycznego czy bezpieczeństwo kadr medycznych, lecz także warunki pracy. Należy generować nowe kadry podstawowe, aby odciążyły kadry wysoko wyspecjalizowane. Przygotowanie nowych kierunków na studiach podyplomowych stanowi aktualizację oraz uzupełnienie wiedzy, umiejętności i kompetencji zawodowych.

Działania proedukacyjne PUZ w Suwałkach oraz otwieranie nowych kierunków są wspierane przez całą kadrę akademicką uczelni, co sprzyja pogłębianiu kompetencji osób zaangażowanych w ten proces, a jednocześnie jest inwestycją w dalszą profesjonalizację działań.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 58:31

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Uczestnicy: dr hab. Andrzej Krupienicz, prof. UTH w Radomiu,
płk dr hab. Leszek Markuszewski, prof. UTH w Radomiu,
prof. Kamal Morshed, prof. Krzysztof Paśnik

Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu jest uczelnią akademicką, która powstała w 1950 r. jako uczelnia techniczna. Obecnie tę tradycję kontynuują wydziały: Mechaniczny; Transportu, Elektrotechniki i Informatyki; Inżynierii Chemicznej i Towaroznawstwa. Rozwój środowiska naukowego oraz wzrastające potrzeby społeczne doprowadziły do utworzenia wydziałów nietechnicznych: Ekonomii i Finansów; Filologiczno-Pedagogicznego; Prawa i Administracji; Sztuki oraz Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu.

Uniwersytet stanowi prężny ośrodek akademicki promieniujący na lokalną społeczność poprzez działalność badawczą, dydaktyczną i popularyzatorską, o czym świadczą liczne wyróżnienia, w tym Nagroda Prezydenta RP „Dla dobra wspólnego". Uczelnia kształci 3900 studentów na studiach I i II stopnia, jednolitych studiach magisterskich oraz w Szkole Doktorskiej UTH Radom. Kadra naukowa to 352 nauczycieli akademickich oraz 223 pracowników administracji.

Pierwotnie (2009–2012) na uczelni funkcjonował Instytut Zdrowia. Następnie został przekształcony w Wydział Nauk o Zdrowiu i Kultury Fizycznej. Kiedy uczelnia uzyskała uprawnienia do kształcenia na kierunku lekarskim (2017), zmieniono strukturę i nazwę na Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu (2019). Podstawową misją tego wydziału jest poprawa jakości życia lokalnej społeczności przez działania naukowe, popularyzatorskie oraz zapewnienie wysoko wyspecjalizowanej kadry. Kształci się tu 783 studentów, w tym 362 na kierunku lekarskim. Strukturę Wydziału tworzą katedry: Medycyny, Pielęgniarstwa, Fizjoterapii i Kosmetologii, w ramach których działa 11 zespołów badawczo-dydaktycznych. Nowo powstałe Collegium Anatomicum oraz Pracownia Diagnostyki Obrazowej otwierają szerokie możliwości kształcenia medycznego, prowadzenia badań naukowych oraz świadczenia usług leczniczych.

W ramach 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" naukowcy z Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu przygotowali sympozjum satelitarne zawierające cztery referaty, których streszczenia znajdują się poniżej.

Płk dr hab. Leszek Markuszewski, prof. UTH w Radomiu

Nadciśnienie tętnicze, otyłość, cukrzyca, miażdżyca i choroby naczyniowe

Choroby cywilizacyjne, zwane inaczej chorobami społecznymi, stanowią epidemię XXI w. i odpowiadają za ponad 80% przedwczesnych zgonów. Są pochodną niepohamowanego uprzemysłowienia, zanieczyszczenia środowiska oraz niezdrowego stylu życia. To cena, którą płacimy za wszystko, co osiągnęliśmy w poszczególnych etapach ewolucji oraz rozwoju społecznego.

Dziś trudno sobie wyobrazić życie bez smartfonu, komputera oraz samochodu. Żyjemy ze świadomością, że świat przyśpieszył i trudno nam za nim nadążyć. Wszystko to powoduje, że przy natężeniu towarzyszących nam bodźców oraz wszechogarniającym szumie informacyjnym dochodzi do zaburzenia homeostazy. Z jednej strony łatwość dostępu do dobrodziejstw cywilizacji daje poczucie, że życie pozornie stało się łatwiejsze, z drugiej zaś niekontrolowane korzystanie z tego, co te dobrodziejstwa niosą, prowadzi do utrwalania nawyków, które mają negatywny czy nawet destrukcyjny wpływ na nasz organizm (tak się dzieje w przypadku otyłości).

To właśnie otyłość, będąca następstwem braku ruchu oraz niewłaściwej diety, stanowi jedno z największych współczesnych zagrożeń cywilizacyjnych. Co czwarty Polak choruje na otyłość, a tylko 13% jest świadoma zagrożeń, jakie pociąga za sobą to schorzenie. Ponad 80% osób, które cierpi na otyłość, traktuje ją jako defekt kosmetyczny, nie zdając sobie sprawy z tego, że jest to przewlekła, ciężka choroba z wieloma powikłaniami wielonarządowymi, o bardzo złożonej etiologii i mechanizmie patogenetycznym. Jest to choroba, która „nie wygasa" samoistnie, a wręcz przeciwnie – ma tendencję do rozwoju i przynosi wiele różnych skutków o charakterze: medycznym, społecznym, jak również psychologicznym. Świadomość tych zagrożeń nabiera szczególnego znaczenia z uwagi na fakt, że staliśmy się w Europie „liderem" w obszarze rozwoju choroby otyłościowej, co najlepiej widać na przykładzie polskich dzieci, które pośród dzieci z innych krajów europejskich plasują się na pierwszym miejscu tej niechlubnej statystyki. Pomimo wielu akcji informacyjnych otyłość nadal kojarzona jest przede wszystkim z obszarem wizualnym, a w dalszej kolejności – zdrowotnym. I pomimo że otyłość wpisana jest na listę chorób przewlekłych o kodzie E66, to statystycznie jest chorobą pomijaną w rozpoznaniach, a przecież stanowi ona rdzeń patogeniczny wielu współczesnych chorób uznawanych za choroby cywilizacyjne, tj. choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby wieńcowowej, niewydolności serca, zaburzeń rytmu serca, udarów, chorób nowotworowych, cukrzycy oraz nadciśnienia tętniczego.

Jeśli chodzi o nadciśnienie tętnicze, to szacuje się, że ok. 10 mln Polaków zmaga się z tym problemem. Nie zawsze jednak chorzy mają świadomość choroby, co ma miejsce chociażby w przypadku cukrzycy, gdyż spośród 4 mln chorych na cukrzycę, aż 2 mln z nich nie ma świadomości choroby i jest zagrożona wieloma powikłaniami – od ostrych, takich jak kwasica i śpiączka ketonowa, kwasica mleczanowa, hiper- i hipoglikemia, po przewlekłe, do których zaliczamy m.in. retinopatię cukrzycową, nefropatię cukrzycową, neuropatię cukrzycową, udary mózgu oraz zawały mięśnia sercowego.

Cukrzyca – podobnie jak otyłość – jest współczesnym „tsunami". Stanowi poważne zagrożenie, ponieważ w organizmie tworzy powikłania o charakterze mikro- i makronaczyniowym.

Zatem ze względu na fakt, że choroby cywilizacyjne są ogromnym problemem, należy zintensyfikować działania edukacyjno-informacyjne, którym powinien tworzyć zintegrowany system prewencyjny mający na względzie dbałość o życie i zdrowie Polaków – system opierający się na dostępności do badań profilaktycznych, w tym badań przesiewowych, oraz dostępności do specjalistycznej opieki medycznej.

Prof. Kamal Morshed

Choroby cywilizacyjne a nowotwory głowy i szyi

Choroby cywilizacyjne to choroby XXI w., a ich przyczyną jest znaczny skok cywilizacyjny w dziedzinie technologii i przemysłu. W wyniku postępu cywilizacyjnego nasz styl życia uległ znacznym

zmianom, co ma negatywny wpływ na nasze zdrowie. Głównie dotyczy to takich chorób jak: choroby układu oddechowego, choroby układu sercowo-naczyniowego, choroby układu pokarmowego i otyłość, choroby psychiczne oraz choroby nowotworowe. Choroby te stanowią najczęstszą przyczynę przedwczesnych zgonów, zwłaszcza w krajach wysokorozwiniętych.

Do najważniejszych czynników ryzyka związanych z postępem cywilizacyjnym zaliczamy: zanieczyszczenie środowiska, palenie tytoniu, nadmierne spożycie alkoholu oraz złe nawyki żywieniowe (dieta uboga w błonnik, witaminy, sole mineralne) oraz stres związany z postępem cywilizacyjnym. Czynniki te uznawane są także za bardzo istotne czynniki przyczynowe powstawania nowotworów złośliwych głowy i szyi.

Do innych czynników biorących udział w powstawaniu nowotworów głowy i szyi, oprócz czynników ryzyka związanych z postępem cywilizacyjnym, zaliczamy: czynniki genetyczne, środki konserwujące, sztuczne barwniki zawarte w pokarmie, zanieczyszczenie środowiska spalinami samochodowymi, dym papierosowy, promienie rentgenowskie, ekspozycja na silne promieniowanie słoneczne, kontakt z substancjami rakotwórczymi, niedobór lub brak witamin i minerałów. Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu zdają się działać synergistycznie i zwielokrotniać ryzyko zachorowania.

Etiopatogeneza nowotworów potwierdza, że komórki nowotworowe to komórki powstające w wyniku nieprawidłowych procesów wewnątrzkomórkowych. Procesy te zachodzą w wyniku długotrwałego działania czynników mutagennych.

Dane epidemiologiczne wskazują, że nowotwory głowy i szyi stanowią ok. 10% wszystkich nowotworów występujących u ludzi. W Polsce najczęściej występującymi nowotworami złośliwymi – wśród nowotworów złośliwych głowy i szyi – są: rak krtani (49,5%), rak jamy ustnej (17,4%), rak części ustnej gardła (11,8%), rak gardła dolnego (3,66%).

Do najczęściej występujących objawów dotyczących pacjentów z nowotworami głowy i szyi należą:

- ból języka, niegojące się owrzodzenia jamy ustnej i/ lub czerwone lub białe wykwity w jamie ustnej;
- ból gardła;
- nieustępująca chrypka o charakterze stałym;
- ból i/lub trudności w przełykaniu;
- guz/ guzek na szyi;
- zatkany nos z jednej strony lub krwawienie z nosa.

Objawy te, jeśli pomimo leczenia utrzymują się powyżej 2–3 tygodni, powinny być konsultowane przez laryngologa. Wczesne zgłoszenie się pacjentów do diagnostyki i rozpoznanie nowotworów w zakresie głowy i szyi daje dobre wyniki leczenia. We wczesnych stadiach choroby nowotworowej, dzięki zastosowaniu nowoczesnych małoinwazyjnych endoskopowych metod leczenia, pacjenci mają szansę na całkowite wyleczenie. Jedną z metod jest endoskopowe laserowe wycięcie guza. W zależności od lokalizacji guza nowotworowego wykonujemy:

- chordektomię – częściowe lub całkowite usunięcie fałdu głosowego;
- usunięcie nagłośni;
- częściową laryngektomię;
- faryngektomię częściową.

Do głównych zalet tych metod należą:

- bardzo dobre wyniki leczenia – w okresie 5-letniej obserwacji u ponad 90% chorych stwierdzono brak wznowy nowotworowej;
- krótki okres leczenia – ok. 2 tygodnie;
- szybki powrót do pracy;
- szybki powrót do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie.

W zaawansowanych stadiach chirurgiczne leczenie nowotworów złośliwych w obrębie głowy i szyi wymaga stosowania coraz doskonalszych metod uzupełniania pooperacyjnych ubytków anatomicznych i funkcjonalnych. Ubytek tkanek w jamie ustnej i gardle środkowym może dotyczyć języka, bocznej ściany gardła, dna jamy ustnej, żuchwy, policzka i wargi. Celem rekonstrukcji jest zachowanie artykulacji mowy, żucia i połykania pokarmów.

Zbyt późne zgłaszania się pacjentów do diagnostyki i leczenia powoduje pogorszenie rokowania i konieczność zastosowania bardziej radykalnych metod leczenia skojarzonego – chirurgicznego i radioterapii i/ lub chemioterapii.

Prof. Krzysztof Paśnik

Chirurgia leczenia otyłości, nowotwory w chirurgii

Otyłość sama w sobie jest problemem w Polsce. Otyłość i nadwagę ma około 60% populacji, co stanowi olbrzymi problem epidemiologiczny. To, co zadecydowało o zastosowaniu chirurgii w leczeniu otyłości, to fakt, że leczenie zachowawcze u osób z dużym stopniem otyłości, których wskaźnik masy ciała przekracza 35 BMI, jest mało skuteczne. Dlatego też w sprawy leczenia otyłości włączyli się chirurdzy. Miało to miejsce po raz pierwszy w latach 50. ubiegłego wieku. W latach 60. wykonywano już na dużą skalę zabiegi znacznego skrócenia przewodu pokarmowego. Ponieważ skutkiem tych zabiegów były pewnego typu niedogodności i powikłania, poszukiwano także innych metod leczenia, które byłyby skuteczne, a zarazem bezpieczne. Modyfikując pewne zabiegi operacyjne, doszliśmy do etapu, w którym do chirurgicznego leczenia otyłości zaczęto stosować laparoskopię, która wręcz zrewolucjonizowała zabiegi chirurgiczne. Dla chorych z otyłością miało to ogromne znaczenie ze względu na uraz pooperacyjny – w przypadku tradycyjnego zabiegu chirurgicznego leczenie wiązało się z ogromnym cięciem i raną pooperacyjną.

W latach 90. ukazały się pierwsze prace na temat tego, że chirurgiczne leczenie otyłości jest metodą skuteczną i ma dużą wartość. Wprowadzenie laparoskopii do podstawowego kanonu leczenia otyłości jako techniki i dotarcie do narządów spowodowało znaczny wzrost zainteresowania wykonywaniem zabiegów z zakresu chirurgii bariatrycznej. Otyłość generuje wiele innych schorzeń z zakresu zespołu metabolicznego, np. cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, problemy z narządem ruchu oraz obniżenie jakości życia u chorych. Zabiegi chirurgii bariatrycznej i metabolicznej przedłużają życie chorych.

Chirurgia metaboliczna jest stosowana u chorych z otyłością, u których występują choroby metaboliczne. Natomiast chirurgia bariatryczna dotyczy osób z otyłością, u których nie stwierdzono chorób z zespołu metabolicznego. Zabiegi operacyjne chirurgii metabolicznej i bariatrycznej są identyczne. Są one wykonywane na samym żołądku lub na żołądku i przewodzie pokarmowym. Zabiegi przynoszą istotną poprawę kontroli cukrzycy typu II i nadciśnienia tętniczego. Chirurgia metaboliczna jest chirurgią perspektywistyczną i będzie się rozwijała, ponieważ jest to jedyny skuteczny sposób zapobiegania chorobom metabolicznym. Wykonywanie powyższych operacji jest konieczne, by poprawić jakość życia oraz zabezpieczyć chorego przed następstwami i powikłaniami chorób zespołu metabolicznego.

Dr hab. Andrzej Krupienicz, prof. UTH w Radomiu

Przewlekła niewydolność krążenia

Przewlekła niewydolność krążenia to choroba znana od czasów starożytnych. Obecnie niewydolność krążenia zyskała na znaczeniu i uzyskała miano „światowej pandemii". Nie jest to oczywiście pandemia zakaźna, lecz obejmuje cały świat w dużym nasileniu od około 30 lat. Związane jest to z postępem medycyny. Pamiętamy czasy, kiedy były takie szpitale, w których ostra śmiertelność w zawale wynosiła ponad 50%, a więc co drugi chory z zawałem umierał w szpitalu. Te osoby, które przeżyły, były w stosunkowo lepszej formie niż chorzy obecnie, kiedy ta śmiertelność powinna wynosić mniej niż 10%. Czyli paradoksalnie poprawa leczenia ostrych stanów zagrażających życiu w kardiologii przyczyniła się do epidemii niewydolności krążenia. Jeżeli chory, pomimo ciężkiego uszkodzenia mięśnia lewej komory serca, przeżywa zawał, ostrą fazę zawału, to komora nie zostaje w sposób cudowny przywrócona do stanu pierwotnego, tylko dalej jest poważnie uszkodzona. Oznacza to, że chory prędzej czy później wchodzi w spektrum przewlekłej niewydolności krążenia. Mówiąc inaczej, ratując życie z doraźnie zagrażających życiu chorób kardiologicznych, tworzymy grupę chorych, którymi trzeba się potem zająć, ponieważ mają przewlekłą niewydolność krążenia. Liczba tych chorych rośnie.

Wydawać by się mogło, że zawał serca, udar mózgowy, nowotwory to przerażające rozpoznania zagrażające życiu. Tymczasem obecnie

śmiertelność w przypadku przewlekłej niewydolności krążenia jest większa niż w większości chorób nowotworowych. Stwierdzenie to wydawać się może absurdalne, jednak postęp w leczeniu nowotworów jest bardzo duży i nowotwory kiedyś zabijające w ciągu kilku miesięcy obecnie są chorobami przewlekłymi bądź można je wyleczyć. Przykładem jest ziarnica złośliwa – kiedyś śmiertelna, chory umierał w ciągu kilku miesięcy, a obecnie, przy prawidłowym leczeniu, można uzyskać całkowite wyleczenie, co nie jest możliwe w przypadku przewlekłej niewydolności krążenia.

Rysują się zatem dwa kierunki działań. Po pierwsze trzeba się starać, żeby chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia było jak najmniej, a po drugie, by chorzy z przewlekłą niewydolnością krążenia żyli jak najdłużej oraz by jakość ich życia była jak najlepsza. Liczbę chorych z przewlekłą niewydolnością krążenia można ograniczyć poprzez optymalne korzystanie z dostępnych środków leczenia w kardiologii. Trzeba jasno powiedzieć, że dość często bywa tak, że mamy rozpoznanie, wiemy, jak trzeba leczyć chorego, a on zgody na to leczenie nie wyraża. Oczywiście w pewnym sensie jest to porażka lekarzy, którzy nie potrafią tego chorego do leczenia przekonać. Dużą rolę odgrywają również pewnego rodzaju uprzedzenia, dotyczące zwłaszcza zastawkowych wad serca. Zastawkowa wada serca jest z definicji chorobą przewlekłą i powinna być na którymś etapie leczona operacyjnie. W Polsce problem operacyjny nie wynika z kwestii dostępności tego typu leczenia, lecz z tego, że na leczenie operacyjne lekarze nie kierują chorego w odpowiednim czasie bądź chory nie chce wyrazić zgody na takie leczenie. U bardzo wielu osób, zwłaszcza w podeszłym wieku, wady zastawkowe wymagają operowania w wieku podeszłym. Operacja kardiochirurgiczna wydaje się czymś absurdalnym, kosmicznym, niebezpiecznym. Takie przekonanie panuje np. wśród osób mających 67 lat. Skutkiem jest to, że wada zastawkowa wchodzi w taki etap, że ryzyko operacyjne jest bardzo wysokie i przekracza powiedzmy 50%. Wtedy operowanie takiego pacjenta jest skrajnie ryzykowne.

W tym momencie pacjent wchodzi w nieodwracalną niewydolność krążenia, którą leczymy. Pamiętajmy jednak, że chory tej niewydolności mógłby uniknąć, gdyby został w odpowiednim momencie zoperowany. Następny problem polega na tym, że niewydolność krążenia zdarza się bardzo często. W obecnym systemie funkcjonuje niedowład części diagnostycznej działalności szpitali, ponieważ szpitalowi nie opłaca się diagnozować chorego, czyli ustalać prawidłowego rozpoznania. W konsekwencji spotyka się chorych, którzy mają ogromne obrzęki nóg i są leczeni na niewydolność krążenia, a w rzeczywistości mają np. dnę moczanową bądź inną chorobę, która również daje takie objawy, ale nie jest niewydolnością krążenia. Czyli należałoby poprawić część diagnostyczną naszego systemu – uznać, że najtrudniej chorobę rozpoznać i zwrócić większą uwagę na kwestie związane z postawieniem prawidłowego rozpoznania.

Istotnym problemem jest *compliance* – chodzi o przestrzeganie przez chorego zaleceń lekarskich, pielęgniarskich, dietetycznych i wszystkich innych. Dobre rozpoznanie choroby oraz leczenie nie przyniesie odpowiedniego rezultatu w momencie, gdy chory nie będzie np. przyjmował leków i przestrzegał zaleceń. Jest to bardzo istotne w leczeniu zespołów przewlekłych, czyli właśnie niewydolności krążenia. Nie da się jej wyleczyć, ale można z nią żyć i jakość tego życia może być dobra. Warunkiem jest: redukcja wagi ciała, regularne przyjmowanie leków, odpowiednio dobrany wysiłek fizyczny, dostosowany do możliwości układu krążenia. Żeby to osiągnąć, można napotkać wiele problemów, poczynając nawet od dostępności recept. Chory z niewydolnością krążenia bardzo często ma również inne choroby, najczęściej są to: cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, dna moczanowa, niewydolność nerek. Osoba taka musi przyjmować więcej leków, co prowadzi do polipragmazji, czyli do przyjmowania dużej ilości leków jednocześnie.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 1:01:48

Kształcenie kadr medycznych w województwie pomorskim

Organizator: Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie

Uczestnicy: Anna Czarnecka, Jarosław Filipczak, MBA, Agnieszka Kapała-Sokalska, dr Dariusz Kostrzewa, Marzena Mrozek, Jolanta Sobierańska-Grenda, MBA, prof. Krystyna Strzała

Powiślańska Szkoła Wyższa z siedzibą w Kwidzynie oraz filią w Gdańsku pod przewodnictwem pani rektor prof. Krystyny Strzały zorganizowała sympozjum eksperckie na temat problemu kształcenia kadr medycznych (pielęgniarek, ratowników medycznych, położnych) w kontekście zapotrzebowania systemu ochrony zdrowia i sytuacji na medycznym rynku pracy województwa pomorskiego.

Podczas sympozjum zostały poruszone m.in. takie tematy jak: kadry medyczne Pomorza w obliczu pandemii COVID-19, profesjonalizm w aspekcie zatrudnienia i wykonywania pracy w jednostkach systemu opieki zdrowotnej na Pomorzu, wysoki standard kształcenia kadr medycznych, analiza rynku pracy w sektorze zdrowia województwa pomorskiego w ujęciu statystycznym, braki kadrowe pomorskich pracodawców w sektorze opieki zdrowotnej, lokalizacja ośrodków kształcenia kadr medycznych w województwie pomorskim, główne problemy grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, zagrożenia związane z brakiem efektywnych systemowych rozwiązań w zakresie edukacji i procesów dokształcania kadr medycznych, nowe zawody w systemie ochrony zdrowia, zagadnienie nowoczesnej profilaktyki zdrowotnej oraz problem finansowania opieki zdrowotnej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 1:02:56

Zdrowie Polaków w aspekcie kształcenia przyszłych lekarzy, pielęgniarek i położnych

Organizator: Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku

Uczestnicy: prof. Maciej Banach, dr hab. Mariola Głowacka, prof. MUP, prof. UMK, dr hab. Jacek Jóźwiak, prof. UO, prof. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prof. Andrzej Matyja, prof. Maciej Słodki

Prof. Maciej Słodki
Kierunek lekarski – profil ogólnoakademicki czy praktyczny?

Kształcenie na kierunku lekarskim regulują zapisy ustawy o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. 2918 poz. 1668 ze zmianami) oraz standardu kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza (Dz. U. 2019 poz. 1573 ze zmianami) wskazujące profil ogólnooakademicki tych studiów. Zgodnie z zapisami obu ustaw wszystkie kierunki studiów, poza kierunkiem lekarskim, mogą mieć profil praktyczny lub ogólnoakademicki. Profil praktyczny obejmuje moduły zajęć służących zdobywaniu przez studenta umiejętności praktycznych, a profil ogólnoakademicki obejmuje moduły zajęć służących zdobywaniu przez studenta pogłębionej wiedzy teoretycznej.

Zgodnie z zapisami *Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 1997 Nr 28 poz. 152; tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 790) wykonywanie zawodu lekarza polega przede wszystkim na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich (Art. 2.1).

Za wykonywanie zawodu lekarza uważa się także:

- prowadzenie przez lekarza badań naukowych lub prac rozwojowych w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub promocji zdrowia;
- nauczanie zawodu lekarza;
- kierowanie podmiotem leczniczym;
- zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, urzędach obsługujących te podmioty lub urzędach i instytucjach, w ramach których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty nie wskazuje obligatoryjności prowadzenia badań naukowych przez lekarza, podaje tę aktywność jako alternatywną do realizacji świadczeń zdrowotnych. Określa natomiast jednoznacznie, że: lekarz ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością (Art. 4). Lekarz może więc bazować na doniesieniach naukowych z wiarygodnych źródeł i dokonywać ich implementacji do praktyki zawodowej w ramach kompetencji na zajmowanym stanowisku pracy.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r., (Dz. U. 2019, poz. 1573), Załącznik nr 1. Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza:

- standard ma zastosowanie do kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza prowadzonego na studiach na kierunku lekarskim (Rozdz. I. Sposób organizacji kształcenia, pkt 1. Wymagania ogólne, podpunkt 1.1);
- studia mają profil ogólnoakademicki (Rozdz. I. Sposób organizacji kształcenia, pkt 1. Wymagania ogólne, podpunkt 1.7);
- program studiów obejmuje zajęcia lub grupy zajęć związane z prowadzoną na uczelni działalnością naukową w dyscyplinie naukowej, do której jest przyporządkowany kierunek studiów, którym przypisano punkty ECTS w wymiarze większym niż 50% liczby punktów ECTS koniecznej do ukończenia studiów i uwzględnia udział studentów w zajęciach przygotowujących do prowadzenia działalności naukowej lub udział w tej działalności (Rozdz. I. Sposób organizacji kształcenia, pkt 2. Zajęcia i grupy zajęć, podpunkt 2.2).

Natomiast jako bazowe standard wskazuje, że proces kształcenia jest realizowany w postaci (Rozdz. I. Sposób organizacji kształcenia, pkt 2. Zajęcia i grupy zajęć, podpunkt 2.1):

1. zajęć lub grup zajęć odpowiadających poszczególnym zagadnieniom z dyscypliny naukowej, do której jest przyporządkowany kierunek studiów (np. anatomii, mikrobiologii, chirurgii, okulistyce);
2. grup zajęć zintegrowanych łączących dwa lub więcej zagadnień z dyscypliny naukowej, do której jest przyporządkowany kierunek studiów (np. choroby wewnętrzne i diagnostykę laboratoryjną, choroby zakaźne i mikrobiologię);
3. wielodyscyplinarnych grup zajęć poświęconych określonym zagadnieniom (np. mechanizm i leczenie bólu, choroby autoimmunologiczne).

W załączniku nr 1. Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza określono efekty uczenia się powiązane bezpośrednio lub pośrednio z badaniami naukowymi (Rozdz. III. Efekty uczenia się):

Ogólne efekty uczenia się

1.1. W zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

1. rozwój, budowę i funkcje organizmu człowieka w warunkach prawidłowych i patologicznych;
2. objawy i przebieg chorób;
3. sposoby postępowania diagnostycznego i terapeutycznego właściwe dla określonych stanów chorobowych;

4. etyczne, społeczne i prawne uwarunkowania wykonywania zawodu lekarza oraz zasady promocji zdrowia, a swoją wiedzę opiera na dowodach naukowych;
5. metody prowadzenia badań naukowych.

1.2. W zakresie umiejętności absolwent potrafi:
1. rozpoznać problemy medyczne i określić priorytety w zakresie postępowania lekarskiego;
2. rozpoznać stany zagrażające życiu i wymagające natychmiastowej interwencji lekarskiej;
3. zaplanować postępowanie diagnostyczne i zinterpretować jego wyniki;
4. wdrożyć właściwe i bezpieczne postępowanie terapeutyczne oraz przewidzieć jego skutki;
5. planować własną aktywność edukacyjną i stale dokształcać się w celu aktualizacji wiedzy;
6. inspirować proces uczenia się innych osób;
7. komunikować się z pacjentem i jego rodziną w atmosferze zaufania, z uwzględnieniem potrzeb pacjenta oraz przekazać niekorzystne informacje;
8. komunikować się ze współpracownikami w zespole i dzielić się wiedzą;
9. krytycznie oceniać wyniki badań naukowych i odpowiednio uzasadniać stanowisko.

1.3. W zakresie kompetencji społecznych absolwent jest gotów do:
1. nawiązania i utrzymania głębokiego oraz pełnego szacunku kontaktu z pacjentem, a także okazywania zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych;
2. kierowania się dobrem pacjenta;
3. przestrzegania tajemnicy lekarskiej i praw pacjenta;
4. podejmowania działań wobec pacjenta w oparciu o zasady etyczne, ze świadomością społecznych uwarunkowań i ograniczeń wynikających z choroby;
5. dostrzegania i rozpoznawania własnych ograniczeń oraz dokonywania samooceny deficytów i potrzeb edukacyjnych;
6. propagowania zachowań prozdrowotnych;
7. korzystania z obiektywnych źródeł informacji;
8. formułowania wniosków z własnych pomiarów lub obserwacji;
9. wdrażania zasad koleżeństwa zawodowego i współpracy w zespole specjalistów, w tym z przedstawicielami innych zawodów medycznych, także w środowisku wielokulturowym i wielonarodowościowym;
10. formułowania opinii dotyczących różnych aspektów działalności zawodowej;
11. przyjęcia odpowiedzialności związanej z decyzjami podejmowanymi w ramach działalności zawodowej, w tym w kategoriach bezpieczeństwa własnego i innych osób.

Szczegółowe efekty uczenia się

Dotyczące badań naukowych – z puli wszystkich określonych w standardzie: w zakresie wiedzy absolwent zna i rozumie:

- B.W29. zasady prowadzenia badań naukowych, obserwacyjnych i doświadczalnych oraz badań in vitro służących rozwojowi medycyny;
- B.U11. dobierać odpowiedni test statystyczny, przeprowadzać podstawowe analizy statystyczne, posługiwać się odpowiednimi metodami przedstawiania wyników, interpretować wyniki metaanalizy i przeprowadzać analizę prawdopodobieństwa przeżycia;
- B.U12. wyjaśniać różnice między badaniami prospektywnymi i retrospektywnymi, randomizowanymi i kliniczno-kontrolnymi, opisami przypadków i badaniami eksperymentalnymi oraz szeregować je według wiarygodności i jakości dowodów naukowych;
- B.U13. planować i wykonywać proste badania naukowe oraz interpretować ich wyniki i wyciągać wnioski;
- D.W23. podstawy medycyny opartej na dowodach;
- G.W8. regulacje prawne i podstawowe metody dotyczące eksperymentu medycznego oraz prowadzenia innych badań medycznych, z uwzględnieniem podstawowych metod;
- analizy danych.

Częściowo dotyczące badań naukowych:

- B.W26. podstawowe narzędzia informatyczne i biostatystyczne wykorzystywane w medycynie, w tym medyczne bazy danych, arkusze kalkulacyjne i podstawy grafiki komputerowej;
- B.W27. podstawowe metody analizy statystycznej wykorzystywane w badaniach populacyjnych i diagnostycznych;
- D.W23. podstawy medycyny opartej na dowodach;

- D.U13. przestrzegać wzorców etycznych w działaniach zawodowych;
- D.U16. wykazywać odpowiedzialność za podnoszenie swoich kwalifikacji i przekazywanie wiedzy innym;
- D.U17. krytycznie analizować piśmiennictwo medyczne, w tym w języku angielskim, i wyciągać wnioski;
- G.W1. metody oceny stanu zdrowia jednostki i populacji, różne systemy klasyfikacji chorób i procedur medycznych;
- G.W2. sposoby identyfikacji i badania czynników ryzyka, wady i zalety różnego typu badań epidemiologicznych oraz miary świadczące o obecności zależności przyczynowo-skutkowej;
- G.U1. opisywać strukturę demograficzną ludności i na tej podstawie oceniać problemy zdrowotne populacji;
- G.U2. zbierać informacje na temat obecności czynników ryzyka chorób zakaźnych i przewlekłych oraz planować działania profilaktyczne na różnym poziomie zapobiegania.

Zawód lekarza jest profesją praktyczną, a jednym z jej obszarów jest działalność naukowa. Naukowość profesji lekarskiej nie zasadza się tylko i wyłącznie na prowadzeniu badań. Dotyczy również realizacji praktyki zawodowej w oparciu o dowody naukowe na zasadach *evidence based medicine* (EBM). Jak wynika z raportu pn. *Szkolnictwo wyższe w Polsce w latach 2012–2018*, sporządzonego przez Ośrodek Przetwarzania Informacji Państwowego Instytutu Badawczego, liczba doktorantów w państwowych uczelniach publicznych w roku 2018 wynosiła 3768 i nieznacznie wzrosła w porównaniu z rokiem 2014, w którym liczba ta wynosiła 3051, przy czym ośrodek wymienia tylko trzy państwowe uczelnie medyczne, w których liczba doktorantów przekroczyła 500 w 2018 r., tj. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Śląski Uniwersytet Medyczny i Warszawski Uniwersytet Medyczny. Należy podkreślić, że w liczbie ww. doktorantów byli lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci itd. W ocenianych rocznikach 2014 i 2018 zaobserwowano również spadek liczby doktorantów w wieku poniżej 30. roku życia. Obniżyła się również liczba nadawanych stopni doktorskich w publicznych uczelniach medycznych z 923 w 2014 r. do 904 w 2018 r. Wszystko to potwierdza, że absolwenci kierunku lekarskiego podejmują praktyczną działalność zawodową, a działalnością naukową zajmuje się nieznaczny ich odsetek.

Aktualna sytuacja epidemiologiczna w kraju i na świecie, a w szczególności pandemia SARS-CoV-2, jeszcze bardziej uwidoczniła narastające niedobory kadrowe w grupie zawodowej lekarzy w polskich podmiotach leczniczych, co przekłada się na eskalujące trudności w zapewnieniu bezpieczeństwa hospitalizacji pacjentów. Potwierdza to konieczność poszukiwania rozwiązań systemowych prowadzących w najbliższej perspektywie czasowej do wykorzystania zasobów szkolnictwa wyższego w celu wykształcenia na właściwym poziomie adeptów praktyki lekarskiej.

W Polsce występuje jeden z najniższych w Unii Europejskiej wskaźników zatrudnienia lekarzy, niekorzystna struktura wiekowa tej grupy zawodowej, emigracja zawodowa oraz nadmierne obciążenie pracą. Również Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2016 roku, dotyczący kształcenia i przygotowania kadr medycznych, wykazał, że polski system kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza nie zapewnia wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych absolwentów. Z kolei raport pn. *Niedobór talentów w branży medycznej* Polskiej Federacji Szpitali i Manpower podaje, że obecnie 68% szpitali poszukuje lekarzy.

Dotychczasowe próby rozwiązania przedmiotowych problemów miały charakter doraźny. Także wprowadzenie uproszczonych procedur uzyskania przez lekarzy spoza UE (w tym lekarzy ukraińskich) prawa wykonywania zawodu lekarza na określony zakres czynności zawodowych, określony czas i miejsce zatrudnienia na terytorium RP oraz warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza na terytorium RP również stanowi krótkoterminowe i znikome niwelowanie niedoboru lekarzy w polskim systemie opieki zdrowotnej. Obarczone jest także dodatkowymi problemami organizacyjnymi.

Aktualnie część uczelni wyższych (niebędących uniwersytetami) prezentuje bardzo wysoki poziom jakości kształcenia na kierunkach studiów przyporządkowanych do dyscyplin naukowych mieszczących się w dziedzinie nauki medyczne i nauki o zdrowiu, stosuje nowoczesne metody, technologie

i wykorzystuje dowody naukowe w realizacji procesu dydaktycznego. Posiada nowoczesną, rozbudowaną bazę dydaktyczną, dobrą współpracę z podmiotami leczniczymi, wsparcie samorządów terytorialnych, kadrę dydaktyczną i naukową, wieloletnie doświadczenie oraz rozwiniętą współpracę z innymi ośrodkami akademickimi krajowymi i zagranicznymi.

Kierunek lekarski na uczelniach wyższych (nieuniwersyteckich). Głównym celem takiego rozwiązania jest zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów w dostępie do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy. Poza tym zgodnie z poszanowaniem równości podmiotów szkolnictwa wyższego to uczelnia winna decydować o profilu studiów na kierunku lekarskim, analogicznie jak na innych kierunkach studiów. Wprowadzenie profilu praktycznego jako profilu alternatywnego dla ogólnoakademickiego umożliwi także zintegrowanie działalności dydaktyczno-naukowej instytutów naukowo-badawczych lub uniwersytetów kształcących na kierunku lekarskim z uczelniami wyższymi o wysokim potencjale kadrowym, organizacyjnym i infrastruktury oraz pozwoli na implementację na uczelniach wyższych dobrych praktyk w zakresie kształcenia uniwersyteckiego przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza. Zwiększy też identyfikację absolwentów kierunku lekarskiego z lokalnym rynkiem świadczeń zdrowotnych poprzez kształcenie praktyczne realizowane, m.in. w lokalnych podmiotach leczniczych, zapewni kadrę lekarską dla potrzeb zdrowotnych społeczeństwa regionu i lokalnego rynku pracy. Pozwoli także na implementację osiągnięć klinicznych w lokalnych podmiotach leczniczych oraz wprowadzenie zasad EBM do świadczeń zdrowotnych realizowanych w lokalnych podmiotach leczniczych. O uprawnieniach do prowadzenia studiów na danym kierunku, w tym również lekarskim, winna decydować jakość kształcenia, a nie typ uczelni.

Dr hab. Mariola Głowacka, prof. MUP, prof. UMK

Nowe kompetencje pielęgniarek i położnych w kontekście potrzeb społecznych

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

1. Starzejące się społeczeństwo.
2. Niedobory kadrowe.
3. Zagrożenia zdrowotne.
4. Struktura pracowników medycznych.
5. Niszowe specjalizacje.
6. Zdarzenia niepożądane.
7. Pandemia SARS-CoV-2.
8. Pacjent świadomy i/ lub trudny.
9. Wysokie koszty świadczeń zdrowotnych i zasady ich finansowania.

Cele podejmowanych działań

1. Dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych/ krótszy okres oczekiwania.
2. Bezpieczeństwo zdrowotne i terapeutyczne pacjentów.
3. Zmniejszenie liczby zdarzeń niepożądanych, przewinień zawodowych, błędów medycznych.
4. Niższe koszty świadczeń zdrowotnych.
5. Łatwiejsza organizacja realizacji świadczeń zdrowotnych na poziomie podmiotu leczniczego.
6. Wyższy poziom satysfakcji pacjentów.
7. Wyższy poziom satysfakcji zawodowej pracowników medycznych, w tym m.in. pielęgniarek i położnych.
8. Wykorzystanie zasobów kompetencyjnych pielęgniarek i położnych.

Działania zaradcze

1. *Evidence Based Practice Nursing* (EBPN).
2. *Evidence Based Medicine* (EBM).
3. Doskonalenie jakości kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
4. Kształcenie międzykierunkowe.
5. Rozwój kształcenia podyplomowego – racjonalizacja.
6. Substytucja usług (lekarz – pielęgniarka/ położna – ratownik medyczny – opiekun medyczny).
7. Pielęgniarka/ położna zaawansowanej praktyki, np. leczenie ran (od 2003).
   a. ordynacja leków i wystawianie recept (od 2016),
   b. wystawianie zleceń/ recept na wyroby medyczne i środki specjalnego przeznaczenia żywieniowego (od 2016),

c. wykonywanie badania fizykalnego (od 2003 i 2012),
d. wykonywanie i interpretacja wyniku EKG (od 2003),
e. opieka nad pacjentem wentylowanym mechanicznie (od 2003),
f. zlecanie i nadzór nad realizacją zadań przez opiekuna medycznego (od 2013).

8. Wprowadzanie nowych zawodów pomocniczych do systemu opieki zdrowotnej.

Zapotrzebowanie na nowe kompetencje pielęgniarek, położnych i kosmetologów. Wyniki badań przeprowadzonych wśród mieszkańców subregionu płockiego

Badania przeprowadzono w ramach projektu pn. *Podniesienie jakości kształcenia w odpowiedzi na potrzeby społeczno-gospodarcze* (POWR.03.05.00-00-z050/18, współfinansowanego z EFS, w ramach Programu Operacyjnego PO WER, działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych). Badania zrealizowane zostały przez Ośrodek Badań Społecznych INDEKS z Poznania na zlecenie Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku w okresie od stycznia do lutego 2021 r.

Celem badania było zdiagnozowanie zapotrzebowania na lokalnym rynku pracy na nowe kompetencje absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku. Badanie potrzeb lokalnego rynku pracy przeprowadzone zostało wśród pięciu grup respondentów:

- dorosłych mieszkańców subregionu płockiego;
- kadry zarządzającej przedsiębiorstw subregionu płockiego;
- kadry zarządzającej instytucji publicznych subregionu płockiego;
- kadry zarządzającej instytucji służby zdrowia subregionu płockiego;
- kadry zarządzającej instytucji edukacyjnych subregionu płockiego.

Ponadto celem projektu badawczego było uzyskanie informacji z rynku pracy niezbędnych do projektowania kształcenia dopasowanego do potrzeb otoczenia, a także uzyskanie informacji dotyczących kompetencji pracowników (w tym absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku) zatrudnianych przez pracodawców. Ocenie respondentów podlegały m.in. kompetencje, umiejętności i kwalifikacje, takie jak: kompetencje osobiste, umiejętności interpersonalne, zdolności intelektualne, umiejętności praktyczne, kompetencje zawodowe. Poza oceną kompetencji posiadanych przez pracowników będących absolwentami Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku pracodawcy oraz badane podmioty (instytucje publiczne, instytucje ochrony zdrowia, podmioty kosmetyczne/ kosmetologiczne, instytucje edukacyjne i opiekuńcze) dokonali oceny stopnia, w jakim poszczególne kompetencje są potrzebne w wykonywanej pracy (poziom oczekiwań wobec poszczególnych kompetencji), co pozwoliło określić ewentualną lukę pomiędzy kompetencjami oczekiwanymi a posiadanymi przez absolwentów. Możliwe również stało się stworzenie rankingu kompetencji najbardziej poszukiwanych przez pracodawców oraz kompetencji posiadanych przez zatrudnionych absolwentów, które są najlepiej i najsłabiej oceniane.

W celu uzyskania jak najbardziej wiarygodnych wyników w projekcie badawczym została zastosowana triangulacja metodologiczna, polegająca na wykorzystaniu w toku badań różnych metod i technik oraz źródeł pozyskiwania informacji. Z uwagi na to, że badanie było złożone i składało się z kilku niezależnych części, należało je zrealizować poprzez równoległe użycie różnych metod, dlatego w badaniu zastosowano różne techniki badawcze.

Zgodnie z zaakceptowaną koncepcją metodologiczną badanie zrealizowano z wykorzystaniem dwóch komplementarnych technik CATI (badanie telefoniczne wspomagane komputerowo) oraz CAWI (wspomagany komputerowo wywiad za pomocą strony WWW). Poniżej przedstawiono technikę wykorzystaną do realizacji danego badania:

- dorośli mieszkańcy subregionu płockiego – technika realizacji badań CAWI/CATI;
- kadra zarządzająca przedsiębiorstw subregionu płockiego – technika realizacji badań CATI;
- kadra zarządzająca instytucji publicznych subregionu płockiego – technika realizacji badań CATI;
- kadra zarządzająca instytucji służby zdrowia subregionu płockiego – technika realizacji badań CATI;
- kadra zarządzająca instytucji edukacyjnych subregionu płockiego – technika realizacji badań CATI.

Celem badania w zakresie zapotrzebowania na nowe kompetencje pielęgniarek, położnych i kosme-

tologów była społeczna percepcja tych zawodów. Respondenci z subregionu płockiego oceniali m.in.: społeczne znaczenie zawodów, status analizowanych zawodów, zakres obowiązujących kompetencji, a także oczekiwanych kompetencji i kwalifikacji oraz dostępność do usług świadczonych przez osoby wykonujące analizowane zawody. Badanie wśród mieszkańców subregionu płockiego zostało przeprowadzone na dobranej próbie badawczej. Wielkość próby wynosiła *N* = 600. Dobór próby do badania opierał się na doborze kwotowo-celowym.

W badanej grupie respondentów dominowały kobiety (*N* = 312; 52,0 %), osoby w wieku 25–44 lata (*N* = 210; 35,0%), zarówno wśród kobiet i mężczyzn. Najmniej licznie była reprezentowana grupa wiekowa 18–24 lata (*N* = 72, 12%), w tym po 36 kobiet i 36 mężczyzn. Respondenci w większości posiadali wykształcenie średnie (N = 221, 36,8%), średnie ogólnokształcące (*N* = 136, 22,7%) i wyższe magisterskie (*N* = 109, 18,2%). Głównie mieszkańcy Płocka (*N* = 216, 36,0%) i powiatu płockiego (*N* = 205, 34,2%). Pozostali respondenci byli mieszkańcami powiatu sierpeckiego i gostynińskiego, przy czym w ogólnej grupie badanych dominowały osoby z regionów miejskich (*N* = 450, 75%), osoby pracujące (*N* = 397, 66,1%), korzystające z usług zdrowotnych (*N* = 557, 92,1%) oraz nigdy niekorzystające z usług kosmetologicznych (*N* = 387, 64,5%).

Opinie na temat zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza

Zdaniem zdecydowanej większości respondentów (*N* = 408; 68,0%) znaczenie społeczne zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza jest duże przy średniej (*N* = 303; 50,5%) lub wysokiej (*N* = 222; 37%) ocenie w odniesieniu do pozostałych zawodów medycznych. W ocenie społecznej (*N* = 313; 52,2%) uprawnienia posiadane przez pielęgniarki/ pielęgniarzy w systemie opieki zdrowotnej są wystarczające, przy czym – według 31,8% (*N* = 191) badanych – wymagają poszerzenia. Najbardziej oczekiwane przez badanych mieszkańców subregionu płockiego są: szersze kompetencje pielęgniarki/ pielęgniarza w zakresie zlecania badań diagnostycznych (*N* = 320; 53,3%), większy zakres leków do samodzielnego podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego (*N* = 233; 38,8%), większy zakres leków, na które pielęgniarka/ pielęgniarz mogą wystawiać receptę (*N* = 185; 30,8%). Co czwarty badany (*N* = 148; 24,7%) oczekuje możliwości dokonania oceny stanu pacjenta przed szczepieniem, a co piąty ankietowany (*N* = 130; 21,7%) wskazał na kompetencje w zakresie wstępnej oceny stanu pacjentów i ich segregacji w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wykonanie intubacji pacjenta wskazało *N* = 117 (19,5%) respondentów.

Najbardziej pożądane cechy współczesnej pielęgniarki/ pielęgniarza jako pracownika systemu opieki zdrowotnej to przede wszystkim: empatia (*N* = 442; 73,7%), życzliwość (*N* = 425; 70,8%) oraz profesjonalizm (*N* = 383; 63,8%), sumienność (*N* = 235; 39,2%), poczucie odpowiedzialności za pacjenta (*N* = 177; 29,5%), odporność emocjonalna (*N* = 174; 29,0%), przestrzeganie praw pacjenta (*N* = 174; 29,0%), opanowanie (*N* = 171; 28,5%) oraz radzenie sobie ze stresem (*N* =162; 27,0%).

Opinie na temat liczby pielęgniarek/ pielęgniarzy w systemie opieki zdrowotnej oraz dostępności do świadczeń pielęgniarskich

W opinii większości badanych (*N* = 391; 65,2%) liczba pielęgniarek/ pielęgniarzy nie jest wystarczająca, a w konsekwencji dostęp do świadczeń pielęgniarskich (opieki pielęgniarskiej) jest mocno oganiczony – niewystarczający (*N* = 371; 61,8%). Bardzo duży odsetek badanych jest przekonany (*N* = 423; 70,5%), że liczba zatrudnionych pielęgniarek/ pielęgniarzy w podmiotach opieki zdrowotnej nie jest wystarczająca i powinna ulec zwiększeniu.

Opinie na temat zawodu położna/ położny

Uczestnicy badania wysoko pozycjonują społeczne znaczenie zawodu położna/ położny, a 70,5% badanych uważa, że ten zawód ma duże znaczenie społeczne. Blisko połowa badanych (*N* = 299; 49,8%) postrzega obecny status zawodu położnej/ położnego jako średni – w porównaniu z pozostałymi zawodami medycznymi. W opinii połowy uczestników badania (*N* = 302; 50,3%) aktualne uprawnienia posiadane przez położne/ położnych w systemie opieki zdrowotnej są wystarczające, ale co czwarta badana osoba (*N* = 155; 25,8%) uznała uprawnienia posiadane przez położne/ położnych jako niewystarczające i wymagające poszerzenia.

Społecznie oczekiwane cechy i kompetencje położnej/ położnego

Kompetencje najbardziej oczekiwane od położnej/ położnego to przede wszystkim: szersze kompe-

tencje w zakresie zlecania badań diagnostycznych (*N* = 312; 52,0%), większy zakres leków do samodzielnego podania pacjentowi bez zlecenia lekarskiego (*N* = 210; 35,0%). Do nowych i społecznie oczekiwanych kompetencji położnych należą także: szerszy zakres specjalistycznych porad położniczo-ginekologicznych (*N* = 185; 30,8%), wykonanie badania ginekologicznego (*N* = 159; 26,5%), prowadzenie ciąży fizjologicznej (*N* = 155; 25,8%) oraz większy zakres leków, na które położna/ położny mogą wystawiać receptę (*N* = 142; 23,7%).

Do najbardziej oczekiwanych cech współczesnej położnej/ położnego jako pracownika systemu opieki zdrowotnej ankietowani zaliczyli takie, jak: empatia (*N* = 410; 68,3%), życzliwość (*N* = 393; 65,5%) oraz profesjonalizm. (*N* = 370; 61,7%). Znaczna grupa respondentów wskazała na: poczucie odpowiedzialności za kobietę i/ lub jej dziecko (*N* = 229; 38,2%), sumienność położnej/ położnego (*N* = 206; 34,3%), opanowanie (*N* = 177; 29,5%), odporność emocjonalną (*N* = 171; 28,5%), dyspozycyjność (*N* = 176; 27,3%), radzenie sobie ze stresem (*N* = 160; 26,7%) oraz zdolność do samodzielnego podejmowania decyzji (*N* = 148; 24,7%).

Badanie kadry zarządzającej instytucji ochrony zdrowia i podmiotów kosmetologicznych/ kosmetycznych subregionu płockiego

Celem badania było zdiagnozowanie zapotrzebowania rynku na kompetencje absolwentów Wydziału Nauk o Zdrowiu Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku. Badanie dotyczyło kompetencji absolwentów w ochronie świadczeń zdrowotnych i usług kosmetologicznych/ kosmetycznych oraz planów kształcenia kadry dla potrzeb środowiska lokalnego. Dobór próby do badania miał charakter celowy. Lista uczestników została wskazana przez zamawiającego. Badanie przeprowadzono na oczekiwanej próbie *N* = 20.

W badaniach wzięło udział 13 (65,0%) podmiotów kosmetycznych/ kosmetologicznych oraz 7 (35,0%) podmiotów leczniczych. Struktura tych podmiotów była zróżnicowana: gabinet kosmetologiczny/ kosmetyczny (*N* = 12; 60,0%), przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej (*N* = 3; 15,0%), szpital wojewódzki (*N* = 1; 5,0%), szpital powiatowy (*N* = 1; 5,0%), szpital miejski (*N* = 1; 5,0%), przychodnia specjalistyczna (*N* = 1; 5,0%), ośrodek odnowy biologicznej/ hotel SPA (*N* = 1; 5,0%). Były to podmioty zlokalizowane w Płocku (*N* = 11; 55,0%), w powiecie płockim (*N* = 4; 20,0%), w powiecie gostynińskim (*N* = 3; 15,0%), w powiecie sierpeckim (*N* = 2; 10,0%). Dominowała lokalizacja w miastach subregionu płockiego (85,0%), a pozostała grupa podmiotów (15,0%) mieści się na obszarach wiejskich tego subregionu. Ankietowane podmioty zatrudniły absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku z tytułem licencjata kosmetologii (*N* = 9; 45%), z tytułem licencjata pielęgniarstwa (*N* = 5; 25,0%). Z kolei 20,0% (*N* = 4) badanych podmiotów zatrudnia magistrów pielęgniarstwa. Absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku kierunek pielęgniarstwo (licencjat) zatrudnia 71,4% badanych podmiotów leczniczych, a absolwentów kierunek pielęgniarstwo (magister) – 57,1% badanych podmiotów.

W poszukiwaniu pracy do badanych podmiotów najczęściej zgłaszają się absolwenci kierunku studiów: kosmetologia (licencjat) – 50,0% wskazań, głównie ukończonego w Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku – 76,9% wskazań. Do badanych podmiotów sporadczynie zgłaszają się także absolwenci kierunku położnictwo – 15,4%, oraz pielęgniarstwo (studia magisterskie) – 7,7% wskazań. Do badanych podmiotów leczniczych w poszukiwaniu pracy najczęściej zgłaszają się absolwenci Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku kierunku pielęgniarstwo (studia licencjackie) – 85,7%, oraz absolwenci kierunku pielęgniarstwo (studia magisterskie) – 57,1%.

Aktualne zapotrzebowanie podmiotów leczniczych na absolwentów kierunków medycznych jest wysokie w przypadku kierunków: lekarski, pielęgniarski (magister) oraz średnie w przypadku kierunków: pielęgniarstwo (magister) oraz położnictwo (magister i licencjat).

W ocenie badanych podmiotów najbardziej poszukiwani na rynku pracy w okresie kolejnych 10 lat będą absolwenci kierunków: lekarski, ratownictwo medyczne (licencjat) oraz pielęgniarstwo (magister), położnictwo (licencjat), pielęgniarstwo (licencjat), położnictwo (magister), a rzadziej kierunku kosmetologia. Natomiast w opinii przedstawicieli podmiotów leczniczych zapotrzebowanie rynku pracy na absolwentów kierunków medycznych i kosmetologicznych w perspektywie 10 lat będzie dotyczyło głównie kierunków: pielęgniarstwo

(licencjat) (*N* = 4; 20,0%), pielęgniarstwo (magister) (*N* = 7; 35,0%), położnictwo (licencjat) (*N* = 4; 20,0%), położnictwo (magister) (*N* = 4; 20,0%) oraz lekarski (*N* = 18; 90,0%).

Ocena przygotowania do zawodu absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo

Zdecydowana większość badanych (*N* = 6; 85,7%) jednakowo wysoko (pozytywnie) oceniła przygotowanie do zawodu absolwentów kierunku pielęgniarstwo (magister, licencjat) Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku.

Ocena przygotowania absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku w zakresie kompetencji standardowych na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo

Ocenie badanych podlegało przygotowanie absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku w zakresie kompetencji standardowych (wiedza, umiejętności, kompetencje społeczne (podstawy). Zdaniem zdecydowanej większości badanych (85,7%) wiedza absolwentów kierunku pielęgniarstwo (licencjat, magister) oceniona została wysoko, a 14,3% wskazało średnią ocenę wiedzy posiadanej przez absolwentów. Umiejętności zostały nieznacznie niżej ocenione niż wiedza absolwentów omawianych kierunków.

Mocne strony absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku – kierunek pielęgniarstwo

Mocne strony absolwentów kierunku pielęgniarstwo (licencjat) wskazane przez przedstawicieli placówek leczniczych to: wysoki poziom wiedzy, chęć do nauki, kompetencje społeczne, profesjonalne wykształcenie kierunkowe, umiejętność promowania zdrowia, umiejętność realizacji świadczeń zdrowotnych, szybkość uczenia się. Natomiast mocne strony absolwentów kierunku pielęgniarstwo (magister) wskazane przez przedstawicieli placówek leczniczych to: chęć do nauki, duża wiedza, pozytywne nastawienie, prowadzenie edukacji zdrowotnej, uczestnictwo w programach zdrowotnych, umiejętność organizacji konferencji naukowych, współpraca międzynarodowa.

Znaczenie zawodów medycznych w sektorze usług zdrowotnych

Wszystkie badane podmioty (*N* = 7; 100,0%) wskazały na duże znaczenie zawodów w sektorze usług zdrowotnych: pielęgniarka – licencjat (*N* = 6; 85,7%), pielęgniarka – magister (*N* = 7; 100%), położna – licencjat (*N* = 6; 85,7%), położna – magister (*N* = 7; 100%), lekarz (*N* = 7; 100%), lekarz oraz ratownik medyczny – licencjat (*N* = 7; 100%).

Ocena aktualnych kompetencji pracowników (pielęgniarki/ położnej) – absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku

Ankietowani przedstawiciele instytucji bardzo wysoko ocenili wiedzę absolwentów kierunków pielęgniarstwo – magister (100,0%), pielęgniarstwo – licencjat (85,7%). Umiejętności absolwentów analizowanych kierunków zostały ocenione nieco niżej, przy czym zdecydowana większość badanych uznała, że umiejętności te są częściowo wystarczające. Kompetencje społeczne (postawy) ocenione zostały najwyżej w odniesieniu do absolwentów kierunku pielęgniarstwo – magister (57,1%).

Propozycje nowych kompetencji, które będą oczekiwane w ciągu najbliższych 10 lat

Zdecydowana większość badanych nie potrafiła określić i zaproponować nowych kompetencji dla pracowników, w tym również absolwentów Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku, które okażą się przydatne w ciągu najbliższych 10 lat w systemie usług ochrony zdrowia. Respondenci wskazywali pojedyncze kompetencje:

- dla pielęgniarki z tytułem licencjata: „promocja zdrowia i profilaktyki chorób, opieka nad osobami starszymi, pomoc w nagłych przypadkach, zdolność komunikacji z pacjentem, szczepienia, leczenie ran";
- dla pielęgniarki z tytułem magistra: „współpraca międzynarodowa, zabiegi pielęgnacyjne, pomoc w nagłych przypadkach, szczepienia, komunikacja z pacjentem, radzenie sobie ze stresem";
- dla położnej z tytułem licencjata: „opieka paliatywna dzieci, prowadzenie kompleksowego wywiadu, bardziej skomplikowana komunikacja z pacjentem, udział w programach i wdrażanie nowych standardów, nauka nowych rzeczy";

Tabela 1. Oczekiwane umiejętności i kompetencje społeczne pielęgniarki/ pielęgniarza (*N* = 7, w %)

Umiejętności i kompetencje	Wysokie		Średnie		Niskie		Nie mam zdania	
	N	%	*N*	%	*N*	%	*N*	%
Realizacja obowiązujących standardów i procedur w opiece zdrowotnej; uczestniczenie w ich opracowywaniu i wdrażaniu	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Samodzielne udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, terapeutycznych rehabilitacyjnych i ratunkowych	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Podejmowanie decyzji o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych do realizacji przez inne grupy zawodowe, np. opiekuna medycznego	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Przeprowadzanie badania przedmiotowego i podmiotowego	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Udzielanie porad i e-porad	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wystawianie recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wystawianie zleceń/ skierowań na badania diagnostyczne	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0
Dokonywanie analizy jakości opieki pielęgniarskiej	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Organizowanie pracy własnej i podległego personelu	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Stosowanie nowoczesnych metod, technik i narzędzi pracy	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wykorzystywanie metod i technik e-pielęgniarstwa, e-medycyny, e-dokumentacji	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wykonywanie zadań zawodowych w sytuacjach niestandardowych, trudnych i niebezpiecznych	4	57,1	1	14,3	0	0,0	2	28,6
Wdrażanie dowodów naukowych do praktyki pielęgniarskiej i realizacja świadczeń zdrowotnych w oparciu o te dowody	4	57,1	1	14,3	0	0,0	2	28,6
Podejmowanie aktywnego uczestnictwa w kształceniu przed – i podyplomowym pielęgniarek i położnych	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Kreatywne zarządzanie na różnych szczeblach organizacyjnych	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Umiejętność współpracy w zespołach opieki zdrowotnej	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Kierowanie się dobrem pacjenta	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Poszanowanie godności i autonomii osób objętych opieką oraz innych praw pacjentów; postępowanie zgodne z *Kodeksem etyki pielęgniarki i położnej RP*	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Okazywanie zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych; umiejętność współpracy z osobami różnych narodowości	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Okazywanie empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Postawa odpowiedzialności za siebie i za innych	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wdrażanie adeptów zawodu do praktyki pielęgniarskiej	6	85,7	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Otwartość na zmiany	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kreowanie pozytywnego wizerunku zawodu i zakładu pracy	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Dokonywanie konstruktywnej krytyki i merytorycznej oceny w sprawach zawodowych w kontekście merytorycznym, organizacyjnym i etycznym; formułowanie opinii w tym zakresie	6	85,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3
Gotowość do podejmowania działań w zakresie własnego rozwoju i doskonalenia zawodowego	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Przestrzeganie obowiązującego prawa	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kreatywne zarządzanie na różnych szczeblach organizacyjnych	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0

Tabela 2. Oczekiwane umiejętności i kompetencje społeczne położnej/ położnego (*N* = 7, w %)

Umiejętności i kompetencje	Wysokie		Średnie		Niskie		Nie mam zdania	
	N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Realizacja obowiązujących standardów i procedur w opiece zdrowotnej. Uczestniczenie w ich opracowywaniu i wdrażaniu	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Samodzielne udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, terapeutycznych rehabilitacyjnych i ratunkowych	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Podejmowanie decyzji o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych do realizacji przez inne grupy zawodowe, np. opiekuna medycznego	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Przeprowadzanie badania przedmiotowego i podmiotowego	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Udzielanie porad i e-porad	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wystawianie recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wystawianie zleceń/ skierowań na badania diagnostyczne	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Dokonywanie analizy jakości opieki położniczej	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Organizowanie pracy własnej i podległego personelu	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Stosowanie nowoczesnych metod, technik i narzędzi pracy	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Wykorzystywanie metod i technik e-pielęgniarstwa, e-medycyny, e-dokumentacji	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wykonywanie zadań zawodowych w sytuacjach niestandardowych, trudnych i niebezpiecznych	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wdrażanie dowodów naukowych do praktyki położniczej i realizacja świadczeń zdrowotnych w oparciu o te dowody	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Podejmowanie aktywnego uczestnictwa w kształceniu przed – i podyplomowym położnych i pielęgniarek	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Kreatywne zarządzanie na różnych szczeblach organizacyjnych	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Umiejętność współpracy w zespołach opieki zdrowotnej	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Kierowanie się dobrem pacjenta	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Poszanowanie godności i autonomii osób objętych opieką oraz in. praw pacjentów. Postępowanie zgodne z Kodeksem etyki pielęgniarki i położnej RP	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Okazywanie zrozumienia dla różnic światopoglądowych i kulturowych; umiejętność współpracy z osobami różnych narodowości	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Okazywanie empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0
Postawa odpowiedzialności za siebie i za innych	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wdrażanie adeptów zawodu do praktyki położnej	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Otwartość na zmiany	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Kreowanie pozytywnego wizerunku zawodu i zakładu pracy	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0
Dokonywanie konstruktywnej krytyki i merytorycznej oceny w sprawach zawodowych w kontekście merytorycznym, organizacyjnym i etycznym; formułowanie opinii w tym zakresie	5	71,4	1	14,3	0	0,0	1	14,3
Gotowość do podejmowania działań w zakresie własnego rozwoju i doskonalenia zawodowego	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Przestrzeganie obowiązującego prawa	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Wykonywanie zadań zawodowych z należytą starannością	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0

- dla położnej z tytułem magistra: „opieka paliatywna dzieci, radzenie sobie po śmierci dziecka, komunikacja z pacjentem, stosowanie nowoczesnych metod pracy".

Pożądane cechy pracownika

Respondenci wskazali jako pożądane następujące cechy:

- u pielęgniarki z tytułem licencjata – „chęć do nauki nowych rzeczy, uprzejmość, dyscyplina, umiejętność organizacji pracy własnej";
- u pielęgniarki z tytułem magistra – „nauka nowych rzeczy, kultura osobista, wiedza praktyczna, radzenie sobie z trudnymi sytuacjami";
- u położnej z tytułem licencjata – „odporność na stres, wiedza, praktyka, kultura osobista., brak stresu, odporność psychiczna";
- u położnej z tytułem magistra – „odporność na stres, wiedza".

Oczekiwane kompetencje pielęgniarki/ pielęgniarza

Przedstawiciele podmiotów leczniczych wskazali 27 umiejętności i kompetencji społecznych, które mogą być niezbędne w ciągu kolejnych 10 lat (tab. 1).

Oczekiwane kompetencje położnej/ położnego

Badani wysoko ocenili 28 kompetencji położnej/ położnego, które mogą być oczekiwane i pożądane w perspektywie kolejnych 10 lat (tab. 2).

Wnioski

1. Dla obszaru kształcenia przed- i podyplomowego:
   - dokonanie analizy programów studiów, specjalizacji, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych w kontekście zapotrzebowania społecznego/ rynku pracy na kwalifikacje zawodowe pielęgniarek i położnych;
   - zajęcia międzykierunkowe, np. w CSM, uwzględniające aspekt współpracy i odrębności kompetencji między poszczególnymi grupami zawodowymi (np. lekarski – pielęgniarstwo – położnictwo);
   - kontynuacja badania w kolejnych latach.
2. Dla rozwiązań systemowych:
   - w ramach współpracy z interesariuszami zewnętrznymi skierowanie propozycji poszerzenia kompetencji pielęgniarki/ pielęgniarza np. do samorządu zawodowego, resortu zdrowia (MZ);
   - przygotowanie wniosków aplikacyjnych, np. pilotażu poszerzenia kompetencji (POWER 3,5), jako projektu integracji między uczelnią a pomiotami leczniczymi.
3. Dla podmiotów leczniczych:
   - różnicowanie kompetencji według kwalifikacji pielęgniarek i położnych (kwalifikacje, zakres zadań, wynagrodzenia);
   - wdrażanie i/ lub poszerzanie modelu pielęgniarki/ położnej zaawansowanej praktyki, np. konsultant leczenia ran, edukacji diabetologicznej, koordynator planów opieki (ICNP), koordynator zmiany/ dyżuru itd.;
   - pozytywne motywowanie zatrudnionych pielęgniarek/ położnych do podwyższania kwalifikacji zgodnie ze stanowiskiem pracy/ potrzebami podmiotu leczniczego/ profilem pacjentów – ścieżki rozwoju zawodowego, plany strategiczne.
4. Podejmowanie i wdrażanie rozwiązań, których nadrzędnym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów, wysokiej jakości i efektywności realizowanych świadczeń zdrowotnych wraz z ich dostępnością oraz satysfakcji zawodowej pielęgniarek i położnych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 1:02:24

XII Kongres Kobiet „Życie po życiu, czyli czego nauczyła nas pandemia"

Organizator: Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego

Prowadzenie: Katarzyna Kozińska

Uczestnicy: Agnieszka Chyrc, Katarzyna Barna, Elżbieta Anna Polak, dr n. med. Róża Poźniak-Balicka, prof. Krzysztof Simon

Pierwszym punktem kongresu był panel dyskusyjny „Życie po życiu, czyli czego nauczyła nas pandemia". Niczego – rozpoczęła nieco gorzko gospodyni spotkania – Elżbieta Anna Polak, marszałek województwa lubuskiego, i podkreśliła, że właśnie w Lubuskiem pojawił się pacjent zero i tutaj rozpoczęto przygotowania do walki z koronawirusem najwcześniej. – Niczego nie nauczyła nas pandemia, skoro dziś musimy walczyć o podstawowe rzeczy. Samorząd od lat szykował się do kryzysowej sytuacji, dlatego tak mocno postawiliśmy na rozwój służby zdrowia. Przeprowadziliśmy operację oddłużanie szpitali, kupowaliśmy wyposażenie. Pamiętam, że gdy minister Łukasz Szumowski mówił, że Wuhan jest daleko, my zabiegaliśmy o kombinezony.

Prof. Krzysztof Simon swoją ocenę rozpoczął od stwierdzenia, że przepisy wydawane przez rząd były lepsze i gorsze, ale niestety w większości nie były egzekwowane. – Epidemia zaatakowała kraj, w którym polityka i martyrologia są ważniejsze niż zdrowie obywateli, społeczeństwo, w którym szeptane poglądy dominują nad nauką, gdzie kontestuje się wszystko. Na początku mówiono o 3 tys. dedykowanych łóżek, ale nie zaznaczono, że wiele nie miało dostępu do tlenu, a gdy pojawił się pacjent zero, znaczna część z nich była zajęta.

Róża Poźniak-Walicka ubolewała nad tym, że w dobie pandemii praktycznie zamarła profilaktyka, na czym zaważył *lockdown* i lęk ludzi przed opuszczaniem domu. Dziś zdecydowanie więcej chorych onkologicznie zgłasza się do lekarza w zaawansowanym stadium choroby.

Z kolei Agnieszka Chyrc mówiła o kolejnej sferze życia dotkniętej przez pandemię. – Życie młodych ludzi przeniosło się do internetu. Badania pokazują, że młodzi ludzie nie tylko nie mogą spać, uzależniają się od internetu, doskwiera im brak kontaktu z rówieśnikami – wymieniała. – Ale świadomość, że jest się wciąż obserwowanym przez kamerę, powoduje brak poczucia bezpieczeństwa i gwałtowne obniżenie samooceny. A jaka jest w Polsce opieka psychologiczna i psychiatryczna młodych ludzi, każdy widzi. Tymczasem spotkań online z psychologami i psychiatrami nie było, mimo że były bardziej potrzebne niż realizacja podstawy programowej.

Co zatem należy zrobić, aby kolejna fala była mniej niszczycielska?

– Rząd powinien słuchać ekspertów, którzy wiedzą dokładnie, jakich błędów należy unikać – podsumowała tę część dyskusji marszałek Elżbieta Anna Polak. – Właśnie rząd, gdyż na to potrzebne są pieniądze, a służba zdrowia to sfera odpowiedzialności rządu. Tymczasem to my – samorząd – inwestujemy gros pieniędzy. Oddłużamy, kupujemy sprzęt, organizujemy kształcenie kadry medycznej i finansujemy je za pomocą systemu stypendiów. Do tego sytuacja ratowników medycznych, którzy protestują od miesięcy, a nikt z nimi nie rozmawia. Rząd obiecuje podwyżki kwot przypadających na karetki, a już wiadomo, że wystarczy ich na kilka miesięcy. Jako społeczeństwo i samorząd zdaliśmy ten trudny egzamin i zasłużyliśmy na większe zaufanie.

Wszyscy uczestnicy spotkania apelowali o szczepienie się i w tym przypadku nie była to sztuka dla sztuki. Przy okazji kongresu można było się zaszczepić.

Debata „Gruntowanie cnót niewieścich"

Drugi temat do dyskusji uczestniczki kongresu „zawdzięczają" Pawłowi Skrzydlewskiemu, doradcy MEiN, który ogłosił, że od września szkoła zajmie się „właściwym wychowaniem kobiet, a mianowicie ugruntowaniem dziewcząt do cnót niewieścich". Dla prof. Magdaleny Środy pojęcie „cnoty" jest istotne i w zasadzie przez wieki nie tak bardzo się zmieniało, a w przypadku kobiet

z reguły chodziło o... opanowanie namiętności. – Dziś, gdy pytam studentów o niewieście cnoty, słyszę, że to coś takiego, co kobieta powinna mieć do ślubu, choć niekoniecznie. Tradycyjne cnoty kobiece zostały bardzo utrwalone przez początki kapitalizmu. W XVII w. nastąpił podział na sferę publiczną, zastrzeżoną dla mężczyzn, i prywatną, do której zostały delegowane kobiety. Ówczesny poradnik Klementyny Hoffmanowej „Pamiątka po dobrej matce, czyli ostatnie jej rady dla córki" traktuje o tym, jak należy wychowywać dziewczynki. I tak dziewczynka ma być wychowana do cnót niewieścich, co oznacza, że ma być „skromna, cierpliwa, słodka, rozsądna i uprzejma"... Zdaniem prof. M. Środy obecne władze promują postrzeganie kobiet, w którym dążenie do autonomii jest egoizmem, a poczucie własnej wartości – pychą.

Posłanka Krystyna Sibińska stwierdziła: – Panowie próbują ułożyć życie innym, a zwłaszcza kobietom, dyktować, jak się nosić, w jakich miejscach bywać, jak się odzywać. Jednak kobiety są już na tyle świadome, że na to nie pozwolimy. (...) W parlamencie mamy 130 pań na 460 osób. Najwięcej jest ich w KO i Lewicy – około 40 proc. I mamy o co walczyć. Luka płacowa między kobietami i mężczyznami wynosi około 19 proc, stąd nasz stosowny projekt złożony w Sejmie. Dziwię się, że trafił do zamrażarki, przecież marszałkiem jest kobieta. I jeszcze jedno. Lubuskie jest dowodem na to, że kobieta potrafi doskonale zarządzać województwem.

Zdaniem Doroty Zmarzlak minister Przemysław Czarnek jest idealnym bohaterem serii memów, ale raczej powinniśmy pochylić się nad tym, kto w wyborach głosuje na ludzi takich jak Czarnek. Kobiety pragną zmian, ale nie widać tego po wynikach wyborów. To zapewne efekt komplikacji współczesnego świata i wynikającego z niego braku bezpieczeństwa. Fatalnie, że wygrywają ci, którzy strach przelewają na nas. Tymczasem rolą polityków, liderów opinii publicznej jest próba takiego poukładania świata, aby Polacy czuli się bezpiecznie. I takiego zbudowania świata, aby mężczyźni tworzący chaos, nie dochodzili do władzy...

Magdalena Czarzyńska-Jachim dodała: – Dla mnie ugruntowaniem cnót niewieścich jest bezpłatna praca opiekuńcza. Budujemy przedszkola, żłobki, domy starców, a nie pracujemy nad mentalnością. W efekcie wiele młodych kobiet ma wyrzuty sumienia, że oddały dziecko do żłobka. Czyli zgodnie z cnotami niewieścimi kobiety powinny zajmować się dziećmi, rodzicami, bo ich osobiste ambicje, marzenia nie są ważne. Dziewczyny mają ambicje, ale są ściągane w dół – ciocie, matki, babcie... A to, co szykuje nam szkolnictwo, pozostawię bez komentarza. Protestujmy. Zobaczmy, w Afganistanie tylko kobiety miały odwagę wyjść na ulice.

O konieczności protestów, a nawet budowy odrębnego systemu edukacji czy alternatywnego państwa mówiły również inne uczestniczki panelu. Chociażby Bogna Czałczyńska, która martwiła się edukacją polskich dziewcząt, które są dziś najbardziej zagubione w Europie. W państwie, w którym nawet etyki będą uczyć katecheci i głównym walorem kobiety będzie wciąż płodność. W dyskusji kilkakrotnie porównywano nasze czasy do średniowiecza i dodawano, że nasza rzeczywistość robi się coraz bardziej ponura.

Wręczenie Odznak Honorowych za Zasługi dla Województwa Lubuskiego

Honorowe Odznaki „Za zasługi dla Województwa Lubuskiego" otrzymały: Hanna Paluszkiewicz, dziekan Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Zielonogórskiego; Małgorzata Bukowicz, artystka, która publikuje teksty krytyczne oraz projektuje wydawnictwa, zajmuje się także rzeźbą; Teresa Chromińska, wieloletnia nauczycielka i działaczka społeczna; Maria Hanna Brzózka, naukowiec, zaangażowana w obronę demokracji; Stanisława Kołodyńska, przewodnicząca Komitetu Pamięci Polaków Przybyłych z Kresów Wschodnich; Anna Joanna Michalczuk, wicestarosta i radna powiatowa; Ewa Maria Sowa, członkini kapituły Stowarzyszenia „Zachowaj Trzeźwy Umysł"; Bożena Krystyna Osińska, dyrektor Wielospecjalistycznego Szpitala SP ZOZ w Nowej Soli.

– Kobiety muszą mieć więcej determinacji i siły, bo więcej celów muszą zrealizować – stwierdziła Bożena Krystyna Osińska.

Opracowanie: Dariusz Chajewski

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 1:02:26

POZOSTAŁE SYMPOZJA SATELITARNE

Wyzwania w zdrowiu publicznym w latach 2020–2021 z perspektywy Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego

Moderator: Anna Dela

Uczestnicy: dr hab. Rafał Gierczyński, prof. NIZP-PZH-PIB, dr hab. Grzegorz Juszczyk, dr n. przyr. Bogdan Wojtyniak, prof. NIZP-PZH-PIB, dr n. roln. Katarzyna Wolnicka

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 2:57:30

70-lecie Instytutu Matki i Dziecka

Uczestnicy: prof. Anna Fijałkowska, dr n. med. Alicja Karney, dr n. med. Tomasz Maciejewski

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas nagrania 2:57:25

Program profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia

Organizator: Urząd Miasta Wrocławia

Uczestnicy: mgr położnictwa Ewa Krawczyńska, Joanna Nyczak, Kamila Majchrzak, prof. Rafał Matkowski, dr Marek Rząca, dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 2:57:56

Opieka farmaceutyczna jako integralny element procesu terapeutycznego. Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?

Organizator: Narodowy Instytut Leków

Moderator: Marta Markiewicz

Uczestnicy: mgr farm. Michał Byliniak, prof. Marcin Czech, Magdalena Kołodziej, dr n. farm. MBA Anna Kowalczuk, Stanisław Maćkowiak, dr n. farm. Piotr Merks

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 1:03:38

PODSUMOWANIE SYMPOZJÓW SATELITARNYCH

Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny":

Odbywające się podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" sympozja satelitarne stały się platformą wymiany doświadczeń. Ich uczestnicy – przedstawiciele uniwersytetów medycznych, instytutów naukowych, uczelni wyższych, samorządów lokalnych – prezentowali konkretne rozwiązania, tworząc tym samym mapę sytuacji zdrowotnej kraju.

Lokalne potrzeby inspirują do szukania rozwiązań. Pandemia uświadomiła, jak ważne jest ciągłe poszukiwanie lepszych rozwiązań w organizacji opieki nad pacjentami i nowych metod przeciwdziałania rozprzestrzenianiu się wirusa. Po ponadrocznej walce można dokonać analizy doświadczeń i tworzyć gotowe scenariusze.

Zespół specjalistów z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu przedstawił podejmowane przez tę uczelnię działania mające na celu kompleksową opiekę nad zdrowiem mieszkańców Dolnego Śląska w dobie COVID-19. W pięciu wystąpieniach zawarto analizę kluczowych obszarów: zorganizowanie szpitala tymczasowego, akcje promowania szczepień, przebieg i następstwa zakażeń koronawirusem wśród dzieci i młodzieży, a także sposoby zapobiegania infekcjom w tej populacji i bezpiecznego realizowania programów dydaktycznych, działania podejmowane w celu ochrony zdrowia osób starszych.

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego zaprezentował możliwości oddziaływania na zdrowie publiczne na szczeblu samorządowym. Mówiono o rozwiązaniach z zakresu profilaktyki, telemedycyny, o działalności podmiotów leczniczych i inwestycjach w ochronę zdrowia. Wystąpienia prelegentów uświadomiły, jak wiele elementów składa się na sprawnie działający system opieki zdrowotnej, w którym podstawą powinno być słuchanie głosów wszystkich jego uczestników.

O kwestii bezpieczeństwa zdrowia publicznego mówili także specjaliści z Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach. Zwrócono m.in. uwagę na fakt, że pandemia negatywnie wpłynęła na zachowania zdrowotne Polaków. Wskazano kierunki wzmocnienia aktywności w zakresie profilaktyki i działań interwencyjnych, wspierających zdrowie. Przykłady lokalne dotyczyły postępu naukowo-technicznego i technologicznego, mającego priorytetowe znaczenie nie tylko w okresie pandemii COVID-19.

Czy kadry medyczne zabezpieczają zdrowie Polaków? Pandemia koronawirusa jaskrawo pokazała, że nie łóżka, lecz ludzie leczą. Podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" nie mogło więc zabraknąć wystąpień poruszających problemy związane z niedoborem personelu medycznego. Na ten temat mówili też prelegenci wspomnianej Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach, wskazując np. na konieczność przygotowywania nowych podstawowych kadr medycznych, aby odciążyć wysoko wyspecjalizowane. Powiślańska Szkoła Wyższa z siedzibą w Kwidzynie oraz filią w Gdańsku zorganizowała sympozjum eksperckie poświęcone kształceniu kadr medycznych (pielęgniarek, ratowników medycznych, położnych) w kontekście zapotrzebowania systemu ochrony zdrowia i sytuacji na medycznym rynku pracy województwa pomorskiego. Podobnym zagadnieniem zajęła się Mazowiecka Uczelnia Publiczna w Płocku, przygotowując sympozjum „Zdrowie Polaków w aspekcie kształcenia przyszłych lekarzy, pielęgniarek i położnych". Eksperci przypomnieli, że „w Polsce występuje jeden z najniższych w Unii Europejskiej wskaźników zatrudnienia lekarzy, ich niekorzystna struktura wiekowa, emigracja zawodowa oraz nadmierne obciążenie pracą. Również Raport Najwyższej Izby Kontroli z 2016 r., dotyczący kształcenia i przygotowania kadr medycznych, wykazał, że polski system kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza nie zapewnia wystarczającej liczby odpowiednio wykształconych absolwentów". Podkreślono znaczenie, jakie ma w tej sytuacji tworzenie kierunków lekarskich w szkołach wyższych niebędących uniwersytetami i przeanalizowano, jak uczelnie te radzą sobie z tym wyzwaniem.

Zagrożenia cywilizacyjne, środowiskowe i zawodowe. Kolejni prelegenci skupili się na czynnikach determinujących zdrowie Polaków, uświadamiając, jak wiele zależy od naszych zachowań. Specjaliści z Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu ujęli zagadnienie w czterech referatach. Płk dr hab. Leszek Markuszewski zwrócił uwagę na zagrożenie ze strony wciąż groźnych chorób cywilizacyjnych, takich jak otyłość, cukrzyca, miażdżyca, nadciśnienie tętnicze. Z tymi epidemiami nadal się nie uporaliśmy, są nieustająco w fali wzrostowej.

Prof. Kamal Morshed omówił środowiskowe czynniki ryzyka wystąpienia nowotworów głowy i szyi związane z postępem cywilizacyjnym. Prof. Krzysztof Paśnik wskazywał, jak w leczeniu otyłości mogą pomóc chirurdzy. Dr hab. Andrzej Krupniewicz prezentował możliwości zmniejszenia zapadalności na przewlekłą niewydolność krążenia.

Pandemia COVID-19 zmieniła wiele aspektów naszego życia, w tym nasze miejsce i czas pracy. Wiele osób pracuje w domu, co stwarza poczucie, jakby nigdy nie wychodzili z pracy. Tak rodzą się nowe problemy zdrowotne. Eksperci z Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera ostrzegali przed ignorowaniem także wcześniej zdiagnozowanych zagrożeń zawodowych. Przedstawili je podczas sympozjum „Kompleksowe podejście do wsparcia zdrowia pracownika – aktualne zagrożenia środowiskowe i zawodowe".

Sympozja odbywające się w ramach 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" były okazją do wymiany doświadczeń specjalistów zajmujących się zdrowiem w różnych aspektach i w różnych regionach Polski. To nowatorskie podejście organizatorów Kongresu z pewnością pozwoliło poszerzyć zasięg przekazywanych treści.

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

WYKŁADY EKSPERTÓW

Podobnie jak w latach poprzednich eksperci przedstawiali nowatorskie metody diagnostyki i leczenia chorób w różnych dziedzinach medycyny oraz wskazywali największe wyzwania. Wielu specjalistów skupiło się na zagadnieniu, które obecnie należy do najważniejszych – walce z SARS-CoV-2. Omówiono m.in. zasadę działania dostępnych szczepionek, leków przeciw COVID-19 oraz techniki pozaustrojowego natlenowania krwi. Wskazano także wirusowe czynniki ryzyka zdrowia w czasie pandemii, tzw. zespół SIT (seated immobility thromboembolism), czyli zwiększenie ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej również u ludzi młodych, zdrowych, ale spędzających wiele godzin przy komputerze, m.in. podczas pracy zdalnej. Pandemia COVID-19 unaoczniła – podkreślano – że trwałym elementem zdrowia publicznego jest zdrowie psychiczne. Dla zilustrowania, jak w ostanim czasie pogorszył się stan psychiczny Polaków, przedstawiono dane ZUS, z których wynika, że w 2020 roku odsetek zaświadczeń wystawionych z powodu zaburzeń psychicznych wzrósł w porównaniu do roku 2019 o 25,3 proc. Wskazując na dotychczasowe zaniedbania w organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej, prognozowano, że zapotrzebowanie na usługi w zakresie zdrowia psychicznego wzrośnie, a psychiczne konsekwencje pandemii będą dłużej odczuwalne niż jej wpływ na zdrowie fizyczne.

Eksperci zwracali uwagę na problem niedostatecznych w Polsce możliwości rehabilitacji. „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego a jego warsztatem pracy", „Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach, i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało", mówili specjaliści, podkreślając, że kompleksowa rehabilitacja powinna stać się w Polsce, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej. Pierwszy raz podczas Kongresu tak dużo miejsca poświęcono zdrowiu środowiskowemu. Za niepokojący uznano fakt, iż w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 czynniki środowiskowe zostały zredukowane do środowiska pracy, z pominięciem istotnie rzutujących na ludzkie zdrowie czynników środowiska naturalnego. Według Health and Environment Alliance w Polsce – przypominali eksperci – zbyt mało uwagi poświęca się tym zagadnieniom.

Jednym z najważniejszych tematów poruszanych podczas wykładów było bezpieczeństwo pacjenta. Jak podkreślano, bywa ono ujmowane jako zapobieganie i ograniczanie ryzyka, błędów oraz szkód, które mogą zostać wyrządzone pacjentom podczas świadczeń opieki zdrowotnej. Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia, odnosząc się do bezpieczeństwa pacjenta, kładzie nacisk na ciągłe doskonalenie (oparte na uczeniu się na błędach i zdarzeniach niepożądanych) oraz promocję kultury bezpieczeństwa obejmującą instytucje, pracowników medycznych i pacjentów.

Wielu ekspertów odnosiło się do finansowania ochrony zdrowia oraz ekonomii. „Jeśli poprzez swój sposób myślenia doszliśmy do katastrofy, to najlepiej zmienić myślenie", te słowa Alberta Einsteina mogą stanowić – zdaniem specjalistów – wstęp do dyskusji dotyczącej wprowadzenia w polskim systemie ochrony zdrowia rozwiązań typu Value-Based Health Care (VBHC), opartych na medycynie personalizowanej. To rozwiązania, w których płatność za terapię jest odroczona do czasu uzyskania zadowalających, zdefiniowanych na początku terapii wyników zdrowotnych, uzyskanych w odpowiednim czasie. VBHC jest szeroko dyskutowane w wielu krajach, czy może znaleźć zastosowanie także w polskim systemie? Jak podkreślano, wprowadzane zmiany powinny umożliwiać pacjentom poprawę stanu zdrowia przy minimalizacji kosztów uzyskania tej poprawy – aby uniknąć jakiegokolwiek marnotrawstwa.

Prof. Janusz Bohosiewicz

Współczesne możliwości diagnostyki i terapii wad płodu. Własne doświadczenia w operacjach wad płodu z przepukliną oponowo-rdzeniową na otwartej macicy

Do połowy ubiegłego wieku lekarz ginekolog dysponował tylko stetoskopem, którym mógł wysłuchać tętno płodu, czasem zaburzenia tego tętna, dwa tętna lub stwierdzić brak tętna. Wprowadzenie ultrasonografii pozwoliło na poznanie zarówno fizjologii rozwoju płodu, jak i rozpoznawanie ewentualnych nieprawidłowości.

Rozpoznanie prenatalne wady płodu pozwala na podjęcie szeregu działań, dzięki którym leczenie noworodka po urodzeniu może być bardziej skuteczne. Rozpoznawane są jednak także wady, które prowadzą do śmierci płodu, nie dają się wyleczyć po urodzeniu lub prowadzą do trwałego kalectwa. Rozpoznanie tych wad, najczęściej około 20. tygodnia ciąży, stwarza dla przyszłej matki bardzo trudną sytuację oczekiwania przez kilka miesięcy na urodzenie dziecka, które najprawdopodobniej nie będzie zdolne do życia lub pozostanie na całe życie kaleką. Również dla lekarza rozpoznanie wady i przekazanie przyszłej matce informacji, że nic nie można zrobić, jest trudne do zaakceptowania. Pierwszym, który postanowił podjąć próby leczenia strukturalnych wad rozwojowych już w życiu płodowym, był amerykański chirurg dziecięcy dr Michael R. Harisson.

Rozpoznanie prenatalne wady pozwala na:

1. Ustalenie najwłaściwszej drogi i terminu porodu.
2. Przeprowadzenie porodu w ośrodku przygotowanym do najlepszego leczenia wady po urodzeniu (maternal transport).
3. W wybranych przypadkach podjęcie próby leczenia płodu.
4. Zaplanowanie i uzgodnienie z rodzicami sposobów terapii.
5. Zaniechanie jakichkolwiek działań.

Oto wybrane przykłady:

1. Guz krzyżowo-ogonowy, często wielkości dziecka. Łatwy do usunięcia dla doświadczonego chirurga dziecięcego. Jednak brak rozpoznania przed urodzeniem i poród drogami natury może doprowadzić do pęknięcia guza i śmierci płodu.
2. Naczyniak limfatyczny szyi. Również możliwy do usunięcia. Ale dziecko musi urodzić się tam, gdzie będzie doświadczony anestezjolog potrafiący wykonać trudną intubację i chirurg, który potrafi ewentualnie błyskawicznie wykonać tracheotomię.
3. Wady powłok brzucha: przepuklina pępowinowa i wrodzone wytrzewienie. W przypadku wrodzonego wytrzewienia jelita znajdują się w bezpośrednim kontakcie z płynem owodniowym. To prowadzi do zmian zapalnych ściany jelita. Jednocześnie wiemy, że wrodzone wytrzewienie bardzo rzadko wiąże się z innymi wadami rozwojowymi. Dlatego poród może odbyć się nieco wcześniej, a operacja musi odbyć się bezpośrednio po urodzeniu, zanim jelito wypełni się powietrzem, ponieważ wypełnione powietrzem jelita ulegają znacznemu rozdęciu, co może uniemożliwić umieszczenie ich w jamie brzusznej. Przeciwnie w przypadku przepukliny pępowinowej – dziecko może wymagać trudnego, wieloetapowego leczenia. Wiemy też, że przepuklinie pępowinowej towarzyszą inne poważne wady, np. serca. Dlatego im ciąża będzie trwała dłużej, a tym samym dojrzałość dziecka będzie większa, to szanse na wyleczenie takiego dziecka rosną.
4. Są wreszcie sytuacje, głównie związane z wadami genetycznymi, kiedy podjęcie intensywnego leczenia po urodzeniu skazane jest na niepowodzenie. Pełne rozpoznanie, przedstawione lekarzom obecnym przy porodzie i rodzicom rokowania pozwalają na niepodejmowanie nadmiernych działań reanimacyjnych. Oczywiście dziecko otrzyma inkubator, tlen, będzie ewentualnie karmione. Takie postępowanie zaoszczędza rodzicom wielu stresów i niepotrzebnych nadziei. A jednocześnie ogranicza niepotrzebne koszty i cierpienie dziecka.

Zakres interwencji płodowych stale się rozszerza. Ilość publikacji w światowym piśmiennictwie na temat terapii płodu osiąga liczbę jednego miliona. Współcześnie interwencje płodowe podejmowane

są w przypadku wad zagrażających życiu: przepuklina przeponowa, guz krzyżowo-ogonowy, torbielowatość płuc, zastawka cewki tylnej, wybrane wady serca, zespół podkradania w ciąży bliźniaczej; oraz w przypadku wad grożących trwałym kalectwem: wrodzone wytrzewienie, wodogłowie, przepuklina oponowo-rdzeniowa, przewężenia amniotyczne, duże torbiele jajnika.

Kryteria kwalifikacji do interwencji płodowej muszą być oparte o ścisłe przestrzeganie obowiązujących aktualnie zasad:

1. Precyzyjne rozpoznanie wady i wykluczenie wad towarzyszących, prawidłowy kariotyp.
2. Dobrze udokumentowana historia naturalna wady i znana prognoza.
3. Brak możliwości leczenia po urodzeniu lub leczenie po urodzeniu obciążone trwałym kalectwem.
4. Operacje przeprowadzone wcześniej doświadczalnie na zwierzętach.
5. Interwencja wyłącznie w wyspecjalizowanych, wielodyscyplinarnych ośrodkach terapii płodu, ścisłe przestrzeganie przyjętych protokołów postępowania.
6. Zgoda lokalnej Komisji Etycznej.
7. Pełna akceptacja i świadoma zgoda matki lub obojga rodziców.

Mamy obecnie trzy możliwości interwencji płodowych: szantowanie, fetoskopia, operacje na otwartej macicy.

1. **Szantowanie** polega na założeniu drenu łączącego patologicznie powiększoną jamę ciała z owodnią. Taki szant zakłada się w przypadku olbrzymich zmian torbielowatych w płucach. W przypadkach stwierdzonej obecności zastawki cewki tylnej płodowi grozi nie tylko uszkodzenie dróg moczowych, ale przede wszystkim niedorozwój płuc spowodowany brakiem dostatecznej objętości wód płodowych. Dyskutowane jest szantowanie w przypadkach wodogłowia lub izolowanego wodonercza.
2. **Fetoskopia** to zabieg stosowany w przypadkach przepukliny przeponowej oraz przepukliny oponowo-rdzeniowej. W przepuklinie przeponowej głównym problemem nie jest brak przepony, ale spowodowany obecnością trzew i narządów jamy brzusznej (śledziona, nerka, część wątroby) w klatce piersiowej niedorozwój płuc i nadciśnienie płucne. Doświadczalny drenaż zewnętrzny płynu produkowanego w płucach prowadzi do zahamowania rozwoju płuc i w konsekwencji do ich hipoplazji. Przeciwnie, zamknięcie tchawicy znacznie przyspiesza rozwój płuc, prowadząc nawet do ich hiperplazji. Wprowadzenie na kilka tygodni balonu zamykającego tchawicę poprawia rozwój płuc, a czasem prowadzi nawet do powrotu części przemieszczonych jelit i narządów do jamy brzusznej.
3. **Operacje na otwartej macicy** wykonywane są w przypadku stwierdzenia u płodu obecności przepukliny oponowo-rdzeniowej.

Warto wspomnieć też o tzw. **procedurze EXIT** (*ex utero intrapartum treatment*). Polega ona na wyjęciu płodu z macicy i utrzymaniu go na krążeniu płodowym. Pozwala to na wykonanie natychmiastowych interwencji, np. w przypadku guza jamy ustnej uniemożliwiającego oddychanie. W piśmiennictwie światowym opisywane jest utrzymanie krążenia płodowego ponad 60 minut.

Tak więc płód stał się pacjentem, a w piśmiennictwie światowym pojawiło się pojęcie „Fetal surgeon".

Przepuklina oponowo-rdzeniowa

Przepuklina oponowo-rdzeniowa (MMC) jest najczęściej występującą wadą rozwojową centralnego systemu nerwowego. Ocenia się, że w Polsce rodzi się 2 dzieci z przepukliną oponowo-rdzeniową na 1000 żywych urodzeń. Konsekwencją MMC jest trwałe kalectwo polegające na porażeniu kończyn dolnych oraz zwieraczy odbytu i pęcherza moczowego. Zakres porażeń mięśni obręczy biodrowej i dna miednicy zależy od poziomu przepukliny. Najczęściej przepuklina obejmuje kręgosłup lędźwiowy i krzyżowy, rzadziej piersiowy. W ponad 85% przypadków przepuklinie oponowo-rdzeniowej towarzyszy wodogłowie. Uważa się obecnie, że wada powstaje w dwu etapach *(two hit theory)*. Pierwszy to zaburzenia rulonizacji rdzenia pomiędzy 4. a 8. tygodniem życia płodowego. Drugi to wtórne uszkodzenie odsłoniętego rdzenia kręgowego narażonego na działanie płynu owodniowego oraz bezpośrednie urazy o ścianę macicy. Można więc przyjąć, że operacja płodowa zapobiegnie tej drugiej fazie uszkodzeń, zdając sobie jednak sprawę, że leczenie płodowe nie może przynieść pełnego ustąpienia wady. Jest to pierw-

sza wada nieletalna, której leczenie podejmowane jest w życiu płodowym. Celem interwencji prenatalnej jest zmniejszenie zakresu uszkodzeń rdzenia oraz zmniejszenie częstości występowania wodogłowia. Po niezachęcających próbach leczenia fetoskopowego pierwszą operację przepukliny oponowo-rdzeniowej drogą otwarcia macicy przeprowadził Scott Adzick w 1997 roku, a kolejne J. Brunner w 1998 roku w USA. Pierwszą operację w Polsce wykonano w 2005 roku. Operację wykonuje się między 21.–26. tygodniem życia płodowego, do której określono ścisłe kryteria kwalifikacyjne. Konieczne jest stwierdzenie prawidłowego kariotypu płodu, wykluczenie innych wad rozwojowych oraz potwierdzenie w obrazie rezonansu magnetycznego zespołu Chiari II, czyli zagrożenia rozwojem wodogłowia. Niezbędna jest też wyrażona przez matkę chęć (to więcej niż zgoda) na podjęcie leczenia po przedstawieniu jej zarówno korzyści, jak i ryzyka proponowanego leczenia.

Zespół ginekologów z Kliniki Ginekologii i Położnictwa w Bytomiu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (SUM): prof. Anita Olejek i dr hab. Jacek Zamłyński wraz z zespołem chirurgów dziecięcych z Kliniki Chirurgii Dziecięcej Górnośląskiego Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach SUM: prof. Janusz Bohosiewicz, prof. Tomasz Koszutski, dr hab. Agnieszka Pastuszka (pierwsza na świecie kobieta wykonująca operacje na otwartej macicy, obecnie główny operator zespołu). Po wymianie doświadczeń z dr. J. Brunnerem i uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej rozpoczęliśmy wykonywanie operacji płodowych w 2005 roku. Do 2020 roku wykonaliśmy 168 operacji przepukliny oponowo-rdzeniowej na otwartej macicy. Jest to największa liczba w Europie.

Przebieg operacji w skrócie jest następujący: otwarcie jamy brzusznej matki, otwarcie macicy nad zlokalizowaną za pomocą śródoperacyjnego USG przepukliną, operacja płodu wewnątrz jamy macicy przebiegająca podobnie jak operacja u noworodka, zamknięcie macicy, uzupełnienie objętości płynu owodniowego, zamknięcie powłok brzucha matki. Otwarcie i zamknięcie macicy wykonują ginekolodzy, a operację płodu wykonują chirurdzy dziecięcy z użyciem lup i mikronarzędzi.

Operacja odbywa się w znieczuleniu ogólnym połączonym ze znieczuleniem nadoponowym. W ten sposób można najskuteczniej zapobiec największemu zagrożeniu, czyli skurczom macicy. Poważnym problemem w okresie pooperacyjnym są przedwczesne porody. Wraz z nabieraniem doświadczenia czas trwania ciąży po operacji płodowej stopniowo się wydłuża. To eliminuje największe zagrożenie dla płodu, jakim jest niska masa urodzeniowa i związane z tym możliwe powikłania. Wobec pojawiających się wątpliwości odnośnie korzyści z operacji płodu oraz zagrożeń dla matki i dziecka w Stanach Zjednoczonych przeprowadzono MMC trial. Porównano wyniki leczenia prawie 200 płodów z wynikami podobnego leczenia po urodzeniu. Wyniki trialu opublikowano w 2011 roku. W przedstawionym przez niezależną komisję raporcie stwierdzono: „Operacja płodowa przepukliny oponowo-rdzeniowej zmniejsza częstość występowania wodogłowia zastawkozależnego oraz poprawia stan motoryczny dzieci badanych w wieku 30 miesięcy, jednak łączy się z ryzykiem dla matki i dziecka". Po przedstawieniu wyników trialu operacje płodowe przepukliny oponowo-rdzeniowej są oferowane ciężarnym zarówno w Stanach Zjednoczonych, jak i w Polsce, a w ostatnich latach również w innych krajach europejskich. Nasz zespół uczestniczył w wykonaniu pierwszej operacji płodowej w Turcji. Plany wykonania takiej operacji w Indiach zostały zawieszone z powodu pandemii.

Analiza naszych wyników potwierdza korzyści wynikające z operacji płodowej przepukliny oponowo-rdzeniowej.

Konieczność założenia zastawki z powodu wodogłowia u dzieci w wieku 12 miesięcy po urodzeniu uległa istotnemu ograniczeniu.

Wprawdzie w badaniu urodynamicznym nie stwierdza się istotnych różnic między dziećmi z obu badanych grup, to jednak socjalne trzymanie moczu oraz częstość występowania zaparć wyraźnie różnią się na korzyść dzieci operowanych prenatalnie.

Wspólnie z koleżankami z Niderlandów porównaliśmy sprawność sensoryczną w grupie dzieci operowanych po urodzeniu z naszą grupą dzieci operowanych prenatalnie. Wyniki wykazały poprawę zdolności sensorycznych tylko o jeden poziom rdzeniowy. Jest to jednak poziom bardzo istotny, bo często decydujący o stabilności miednicy, a więc może zapobiegać skrzywieniom kręgosłupa oraz poprawić w przyszłości sprawność w zakresie np. samodzielnego przechodzenia z łóżka na wózek itp.

Tę istotność poprawy stabilizacji miednicy potwierdziły również badania chodu u dzieci operowanych prenatalnie.

Niestety nie zawsze stawiane jest prawidłowe rozpoznanie prenatalne, nie wszyscy lekarze kierują pacjentki do nas lub kierują je zbyt późno, kiedy nie ma już czasu na przygotowanie pacjentki i wykonanie operacji przed końcem 26. tygodnia ciąży.

Podsumowanie

1. Brak rozpoznania wady strukturalnej płodu w badaniu ultrasonograficznym współcześnie nie powinien się zdarzyć.
2. Podejrzenie wady jest wskazaniem do przekazania pacjentki do ośrodka zajmującego się terapią płodu (Fetal Therapy Center).
3. Najlepszy czas dla leczenia wad to nadal czas po urodzeniu.
4. Interwencje płodowe muszą być ograniczone do przypadków zagrożenia życia lub poważnego kalectwa płodu.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 25:17

Prof. Henryk Skarżyński, prof. Piotr H. Skarżyński

Implanty słuchowe w leczeniu zaburzeń słuchu

Profesor Piotr H. Skarżyński przybliżył temat związany z implantami słuchowymi w leczeniu zaburzeń słuchu, skupiając się w swoim wystąpieniu na rodzajach implantów (aktywnych i pasywnych) oraz na elementach kwalifikacji pacjentów do wszczepienia. Jak podkreślił, współczesna medycyna proponuje pacjentom różne rozwiązania, dlatego tak ważna jest ocena, kto i kiedy może skorzystać z implantów słuchowych. Zaznaczył, że nie zawsze implant powinien być pierwszym rozwiązaniem w walce z zaburzeniami słuchu. Niedosłuch występuje coraz częściej u osób z różnych grup wiekowych (od dzieci po seniorów), osoby te mają do dyspozycji różnorodne możliwości leczenia. Najczęściej decydują się na klasyczne aparaty słuchowe, jednak nie we wszystkich przypadkach istnieje możliwość ich zastosowania, wówczas pacjent zazwyczaj jest kwalifikowany do operacji wszczepienia implantu słuchowego. Kolejnymi aspektami, które poruszył prof. Piotr H. Skarżyński, były ocena skuteczności leczenia w kontekście wyboru lepszych, z perspektywy pacjenta, rozwiązań, oraz charakterystyka poszczególnych procedur i sposobu, w jaki ich skuteczność mierzy Światowe Centrum Słuchu w Kajetanach.

Pierwszą grupą, która może skorzystać z implantów słuchowych, są dzieci. W przypadku tej grupy niezwykle ważnym aspektem, jak podkreślał prof. Piotr H. Skarżyński, jest sprawdzenie, czy takiego rozwiązania dziecko faktycznie potrzebuje. Odbywa się to poprzez przeprowadzenie w pierwszej kolejności diagnostyki oraz konsultacji lekarskich, które są obowiązkową częścią procedury w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach. Proces rozpoczyna się od metod nieinwazyjnych, które mają zastosowanie nawet tuż po urodzeniu dziecka. Przeprowadzany jest tzw. screening noworodkowy, podczas którego wykonuje się badanie obiektywne słuchu. Dopiero w przypadku złego wyniku podejmowana jest decyzja o wszczepieniu implantu słuchowego. Brak implantowania w przypadku głębokich niedosłuchów prowadzi do tego, że dziecko nie rozwija mowy, dlatego ważne jest działanie na wczesnym etapie, optymalnie w ciągu pierwszego roku życia dziecka.

W przypadku osób dorosłych także istnieje możliwość zaimplantowania, jednak w pierwszej kolejności szuka się innego rozwiązania, mniej inwazyjnego. Jeśli pacjent zgłasza się z różnymi zaburzeniami w obrębie ucha środkowego (niedosłuch przewodzeniowy, mieszany), w pierwszej kolejności, jeżeli istnieje taka możliwość, przeprowadzany jest zabieg operacyjny – rekonstrukcyjny w obrębie ucha środkowego. Jeśli jednak brak jest szansy na właściwe przeprowadzenie takiej procedury, wówczas podejmuje się decyzje o zastosowaniu urządzeń wszczepialnych, np. implantów działających

w oparciu o przewodnictwo kostne. Jak zaznaczył prof. Piotr H. Skarżyński, kluczowa w powodzeniu wszczepienia urządzenia słuchowego jest współpraca lekarza, protetyka słuchu oraz zespołu rehabilitacji.

W swoim wystąpieniu prof. Piotr H. Skarżyński zaprezentował dostępne rozwiązania na rynku, podkreślając, na co zwraca uwagę Światowe Centrum Słuchu, dobierając rozwiązania do potrzeb każdego pacjenta.

Prof. Piotr H. Skarżyński przybliżył pierwszą na świecie pełną koncepcję leczenia częściowej i całkowitej głuchoty, która jest autorską metodą prof. Henryka Skarżyńskiego zaprezentowaną w 2009 r. podczas zjazdu europejskiego ESPCI (która następnie była uzupełniana i modyfikowana). Pokazuje ona różnego rodzaju typy niedosłuchów, które później mogą być odzwierciedlone w diagnozie dającej indywidualne rozwiązania.

W Polsce leczenie całkowitej głuchoty za pomocą implantów słuchowych zapoczątkował prof. Henryk Skarżyński, który w 1992 roku przeprowadził pionierską operację wszczepienia implantu ślimakowego osobie niesłyszącej. Był to krok milowy w polskiej otochirurgii. Program leczenia całkowitej oraz częściowej głuchoty był przełomem w leczeniu i rehabilitacji osób niesłyszących i w efekcie wpłynął na poprawę jakości życia pacjentów. Wraz z pojawieniem się implantów ucha środkowego oraz implantów na przewodnictwo kostne zwiększyła się liczba pacjentów mogących korzystać z wszczepialnych urządzeń wspomagających słyszenie. Operacja wszczepiania implantu zakotwiczonego w kości po raz pierwszy w Polsce odbyła się w 1994 roku. Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu wykonuje takie operacje od 1997 roku. Początkowo leczeniem objęte były dzieci z wrodzonymi wadami ucha środkowego. Wraz z upływem czasu rozszerzono grupy pacjentów, którzy mogą korzystać z tego typu urządzeń. Obecnie kwalifikowane są również osoby dorosłe oraz dzieci z jednostronną głuchotą. W 2013 roku firma Cochlear stworzyła rozwinięcie klasycznego aparatu BAHA – BAHA Attract. W tym samym roku system ten został wszczepiony przez prof. H. Skarżyńskiego pacjentowi z Polski. Urządzenie to różni się od klasycznego BAHA tym, że nie penetruje skóry głowy pacjenta. Zamiast tytanowego zaczepu w skroniowej części głowy umieszczany jest magnes, który utrzymuje procesor mowy. Natomiast w 2012 roku po raz pierwszy w Polsce w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach prof. Henryk Skarżyński wszczepił implant na przewodnictwo kostne typu Bonebridge. Zwiększyło to nie tylko możliwości terapeutyczne, lecz także upowszechniło światowe standardy medyczne. W 2003 roku prof. H. Skarżyński przeprowadził operację wszczepienia implantu typu VibrantSoundbridge do ucha środkowego. Zoperowany został pacjent, który z powodu obustronnej znacznej wady słuchu nie osiągał korzyści z klasycznych aparatów słuchowych.

W kolejnych latach prof. Henryk Skarżyński wszczepił pierwsze w Polsce oraz zastosował pierwsze na świecie nowe rozwiązania dotyczące implantów ucha środkowego typu CODACS, MET, a prof. Piotr H. Skarżyński wykonał pierwsze na świecie operacje wszczepienia implantów wykorzystujących przewodnictwo kostne typu OSSIA 100. W 2020 r. do praktyki w Polsce obaj autorzy wprowadzili najnowsze rozwiązanie – implant Bonebridge 602.

Pionierskie operacje przeprowadzone w Kajetanach były dowodem na to, że pacjenci z Polski jako pierwsi lub jedni z pierwszych na świecie mają dostęp do najnowszych, najbardziej zaawansowanych technologii medycznych. W 2021 r. w Instytucie zostało wszczepionych najwięcej na świecie implantów słuchowych w leczeniu całkowitej oraz częściowej głuchoty i innych wrodzonych, a także nabytych zaburzeń słuchu.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:27:40

Prof. Piotr Andziak

Dostęp naczyniowy do dializ – aktualne problemy i wyzwania na przyszłość

Przewlekła choroba nerek (PChN) to wieloobjawowy zespół chorobowy powstały w wyniku trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych przez różnorodne procesy chorobowe toczące się w miąższu nerek. W ostatnich latach w Polsce najczęstszą przyczyną PChN jest nefropatia cukrzycowa (27,7%), w następnej kolejności kłębuszkowe zapalenie nerek (15,4%) oraz nefropatia nadciśnieniowa (13,8%). Do rozpoznania PChN wystarcza oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy i na tej podstawie oszacowanie stopnia przesączania kłębuszkowego (eGFR), oznaczenie albuminurii, wykonanie ogólnego badania moczu z osadem oraz badania ultrasonograficznego. Stopień zaawansowania PChN ocenia się na podstawie szacowanego stopnia filtracji kłębuszkowej. W zależności od wartości eGFR PChN podzielono na 5 stopni: I – eGFR <90, II – 60–89, III – 30–59, IV – 15–29 i V – <15 ml/min/1,73 m2. W zaawansowanej chorobie, w stadium 5. przewlekłej choroby nerek, gdy wartość przesączania kłębuszkowego jest niższa od 15 ml/min, u większości chorych zaleca się rozpoczęcie leczenia nerkozastępczego.

Leczenie nerkozastępcze można zapewnić drogą przeszczepienia nerki, dializy otrzewnowej lub hemodializy. Zabiegi hemodializy mogą być prowadzone przy wykorzystaniu cewników dializacyjnych lub przetok tętniczo-żylnych. Stosuje się cewniki dializacyjne czasowe, wprowadzane do żył centralnych najwyżej na kilka tygodni, oraz tunelizowane cewniki permanentne, które mogą być używane przez wiele miesięcy. Zgodnie z zaleceniami European Society for Vascular Surgery skierowanie chorych z przewlekłą chorobą nerek do nefrologa i/ lub chirurga w celu przygotowania dostępu naczyniowego jest zalecane, gdy osiągną stadium 4. PChN (przesączanie kłębuszkowe < 30 ml/min/1,73 m²), szczególnie w przypadkach szybko postępującej nefropatii. Znacznie lepszym rozwiązaniem dla chorego wymagającego terapii nerkozastępczej drogą hemodializy jest prowadzenie tego leczenia za pomocą specjalnie wytworzonej przetoki tętniczo-żylnej niż stosowanie cewników dializacyjnych.

Dobrze funkcjonujący dostęp naczyniowy jest koniecznym warunkiem skutecznej hemodializoterapii. Jego rodzaj i jakość mają istotny wpływ na możliwość i efektywność prowadzenia dializ. Problemy z prawidłowym działaniem dostępów dializacyjnych występują często i są znacznym obciążeniem dla chorego, jego rodziny, zespołu zajmującego się takim pacjentem, a także budżetu opieki zdrowotnej. Preferencje dotyczące rodzaju dostępu naczyniowego mogą się zmieniać w różnych sytuacjach klinicznych. Istnieją jednak stałe konieczne i pożądane cechy dostępu naczyniowego do dializ zarówno z perspektywy chorego, jak i nefrologa. Powszechnie uważa się, że najlepszym dostępem naczyniowym do celów hemodializy, ze względu na niskie ryzyko zakażenia oraz długi czas funkcjonowania po uzyskaniu dojrzałości, jest przetoka tętniczo-żylna z własnych naczyń. Z drugiej strony, aby korzystać z przetoki, musi upłynąć odpowiednio długi czas potrzebny na jej dojrzewanie. W części przypadków, pomimo wtórnych interwencji, próby uzyskania skutecznie działającej przetoki dializacyjnej kończą się niepowodzeniem. Cewnik dializacyjny można wykorzystać praktycznie od razu po założeniu, natomiast ograniczeniem są powikłania infekcyjne oraz okresowe problemy z podażą krwi. Zgodnie z aktualnymi poglądami oraz wytycznymi rodzaj dostępu naczyniowego powinien uwzględniać współistniejące choroby i perspektywy przeżycia chorego, plan leczenia schyłkowej niewydolności nerek, pilność rozpoczęcia dializ, wiek, warunki anatomiczne, preferencje chorego, plany terapeutyczne oraz kwestie organizacyjne. Kluczową kwestią, dla powodzenia zabiegów wytworzenia dostępu naczyniowego, jest ochrona naczyń obwodowych i centralnych. Wydaje się, że w polskiej populacji możliwe jest uzyskanie następującej struktury dostępu naczyniowego: 75–85% przetok z naczyń własnych (ze znaczną przewagą przetok na przedramieniu), 5–15% przetok wytworzonych z wykorzystaniem protez naczyniowych z tworzywa sztucznego i 5–10% cewników tunelizowanych. Cewnik tunelizowany może stanowić dobry dostęp naczyniowy przez kilka–kilkanaście

miesięcy, przetoka wytworzona z użyciem protezy z tworzywa sztucznego przez kilkanaście miesięcy do kilku lat, a przetoka wytworzona z naczyń własnych jest dostępem działającym zazwyczaj kilka–kilkanaście lat.

Idealny dostęp naczyniowy powinien charakteryzować się następującymi cechami:

- łatwość wytworzenia z niewielką liczbą powikłań, jak najmniejsza inwazyjność zabiegu,
- niewielkie wymagania anatomiczne do kwalifikacji, nieliczne przeciwwskazania, mała liczba dyskwalifikacji z wytworzenia,
- duża dostępność i krótki czas oczekiwania na wytworzenie dostępu,
- dobra podaż krwi, adekwatna dla wykonania zaplanowanej dializy,
- łatwość korzystania podczas zabiegu dializy,
- trwałość, niezawodność,
- brak powikłań odległych, zakażeń, powikłań zakrzepowych oraz wynikających z wpływu na układ krążenia,
- niskie koszty wytworzenia oraz utrzymania (farmakoterapia, obrazowe badania kontrolne, zabiegi korekcyjne),
- brak niekorzystnego wpływu na jakość życia i pełna akceptacja przez chorego, jak najmniejsze ograniczenia codzienne aktywności życiowej, bezbolesne wykorzystanie, brak problemów estetycznych.

Do wytworzenia przetoki tętniczo-żylnej chory powinien być kierowany z odpowiednim wyprzedzeniem. Zaleca się, aby stały dostęp naczyniowy był wytwarzany 3–6 miesięcy przed spodziewanym rozpoczęciem leczenia hemodializą. Decyzja powinna być poprzedzona działaniami edukacyjnymi w zakresie dostępnych form leczenia nerkozastępczego, a przy wyborze hemodializ również informacjami o różnych rodzajach dostępów naczyniowych, jego prawidłowego przygotowania do pierwszego użycia, późniejszym wykorzystaniu, właściwej ochronie. Warto uświadomić choremu, że staje się najważniejszym opiekunem swojego dostępu naczyniowego. Po wytworzeniu przetoki dializacyjnej z naczyń własnych chorego zachodzi proces jej dojrzewania, na który składa się wzrost przepływu, poszerzenie części tętniczej oraz żylnej, a także pogrubienie ściany żyły. Optymalnie nakłuwanie przetoki tętniczo-żylnej z naczyń własnych należy rozpoczynać co najmniej po kilku–kilkunastu tygodniach od jej wytworzenia. Nie powinno się podejmować prób nakłuwania naczyń przetoki, kiedy średnica żyły wynosi mniej niż 4 mm. Nakłuwanie przetoki w pierwszych 14 dniach po jej wytworzeniu może skracać czas jej przeżycia, zwłaszcza gdy podejmowane są próby uzyskania od razu dużego przepływu. Zgodnie z definicją dobrze działająca przetoka powinna zapewnić dostarczenie zaplanowanej dawki dializy przy nakłuwaniu za pomocą dwóch igieł przez więcej niż 2/3 sesje w ciągu kolejnych 4 tygodni. Innymi słowy, nakłuwanie przetoki nie powinno sprawiać trudności, a zabieg dializy nie powinien być zakłócony przez nieefektywny przepływ krwi. Wiele czynników ma wpływ na dobry wynik wytworzenia dostępu dializacyjnego. Do czynników niemodyfikowalnych zaliczamy wiek, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, średnicę tętnicy, średnicę żyły, obecność miażdżycy tętnic i podatność żyły na rozciąganie. Czynnikami modyfikowalnymi są: palenie tytoniu, czas wytworzenia przetoki, wynik przedoperacyjnego badania ultrasonograficznego, rodzaj wytworzonej przetoki, rodzaj i technika zespolenia naczyniowego, jakość przepływu, stosowanie leków przeciwpłytkowych, czas nakłuwania przetoki po jej wytworzeniu.

Poprawę wszystkich elementów związanych z wytwarzaniem i używaniem przetok dializacyjnych mogłoby z pewnością zapewnić stworzenie zespołów kompleksowo zajmujących się chorymi wymagającymi prowadzenia hemodializy *(vascular access team)*, w skład których powinni wchodzić nefrolodzy, chirurdzy naczyniowi, kardiolodzy, pielęgniarki opiekujące się chorymi podczas dializy i po jej zakończeniu.

Raport Polskiego Rejestru Nefrologicznego podaje, że w 2020 roku w Polsce dializowano łącznie 19 647 chorych, z czego 18 847 metodą hemodializy (95,9%), a 800 drogą dializy otrzewnowej. W tym samym okresie leczenie nerkozastępcze hemodializą (HD) rozpoczęło 4457 chorych. Jedynie 227 osób rozpoczęło terapię nerkozastępczą za pomocą dializy otrzewnowej. Dla porównania w 2019 roku leczenie nerkozastępcze hemodializą rozpoczęło 5511 chorych i 312 drogą dializy otrzewnowej. Przy niewielkiej liczbie przeszczepianych nerek (941 w 2019 roku i 721 w 2020 roku) hemodializa jest więc głównym sposobem prowadzenia terapii nerkozastępczej, a zapewnienie dostępu naczyniowego do dializ jest jej nieodłącznym elementem. Zarówno chorzy przewlekle dializowani, jak i rozpoczynający

hemodializy wymagają interwencji chirurga naczyniowego. Chorzy, u których przez długi czas wykorzystuje się przetoki dializacyjne, często wymagają operacji naprawczych lub wytworzenia nowych dostępów, a chorzy kwalifikowani do hemodializy – wytworzenia pierwszej przetoki. Z wymienionych wyżej przyczyn wytworzenie i utrzymanie dostępu naczyniowego do dializ staje coraz ważniejszym elementem chirurgii naczyniowej. Jak ważny jest to problem, ilustrują dane NFZ dotyczące liczby operacji naczyniowych wykonanych w Polsce w 2020 roku. W tym okresie w Polsce wykonano 44 340 operacji rekonstrukcyjnych tętnic, w tym 26 023 operacje wewnątrznaczyniowe i 18 317 operacji klasycznych. Wytworzono także 3638 przetok tętniczo-żylnych do dializ. Ze względu na to, że przetoki dializacyjne wytwarza się metodą klasyczną, operacje te stanowiły w 2020 roku 19,9% operacji klasycznych.

Wydaje się, że w celu poprawienia jakości opieki nad chorymi wymagającymi terapii nerkozastępczej przy użyciu dializacyjnych przetok tętniczo-żylnych należy zwiększyć udział ośrodków chirurgii naczyniowej w procesie wytwarzania dostępów naczyniowych do dializ. Ośrodki te dysponują największym doświadczeniem i możliwościami w wytwarzaniu pierwszych i wykonywaniu kolejnych operacji naprawczych przetok dializacyjnych. Dlatego operacje naprawcze i kolejne dostępy naczyniowe powinny być wykonywane w ośrodkach chirurgii naczyniowej. Analizując jedynie dane dotyczące liczby i miejsca hospitalizacji chorych, u których wytwarzano dostęp naczyniowy z naczyń własnych w 2020 roku (grupa Q52 wg klasyfikacji JGP) wyraźnie widać, że większość chorych była leczona w oddziałach chirurgii ogólnej i w oddziałach nefrologicznych.

Przedstawiona struktura ośrodków zajmujących się wytwarzaniem przetok tętniczo-żylnych jest niewłaściwa. Dotyczy to zwłaszcza znacznego udziału oddziałów nefrologicznych w wytwarzaniu przetok dializacyjnych.

Podobnie niewłaściwy jest odsetek permanentnych cewników tunelizowanych zapewniających dostęp dializacyjny. W 2020 r. wytworzono 3505 przetok dializacyjnych z naczyń własnych i 161 przetok z użyciem protezy z tworzywa sztucznego oraz założono 3035 permanentnych cewników tunelizowanych, co stanowi 45,3%.

W celu poprawy wyników leczenia i zmniejszenia odsetka powikłań związanych z używaniem cewników dializacyjnych należy dążyć do zmniejszenia udziału cewników permanentnych jako metody prowadzenia hemodializy.

Nie budzi zastrzeżeń podział: liczba przetok wytwarzanych z naczyń własnych i z użyciem protez z tworzywa sztucznego (3505 vs.161).

Konieczne wydaje się również opracowanie i wdrożenie programu edukacyjnego dla chorych oraz personelu sprawującego opiekę nad chorym dializowanym, którego celem będzie wczesne wykrywanie zaburzeń działania dostępu dializacyjnego. W niedalekiej przyszłości możemy spodziewać się szerszego wprowadzenia przezskórnych technik wytwarzania przetok tętniczo-żylnych. Szczególnie obiecującym rozwiązaniem wydaje się zastosowanie systemu Ellipsys, w którym pod kontrolą ultrasonograficzną żyłę przeszywającą łokcia łączy się z tętnicą promieniową. Zasadniczymi zaletami metody jest krótki czas wytworzenia dostępu naczyniowego oraz umiarkowany przepływ krwi, zazwyczaj rzędu 800–850 ml/min.

Tabela 1. Liczba hospitalizacji i czas pobytu ze względu na zakres świadczeń (Q52)

Zakres świadczeń	*Liczba hospitalizacji*	*Udział (%)*
Chirurgia ogólna hospitalizacja	3151	39,97
Nefrologia – hospitalizacja	1994	25,29
Chirurgia naczyniowa – hospitalizacja	1215	15,41
Chirurgia naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny	989	12,54
Kardiochirurgia – hospitalizacja	401	5,09
Chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia	81	1,03

Tabela 2. Rodzaje dostępów naczyniowych wytworzonych w 2020 roku (Q52 wg klasyfikacji JGP)

ICD 9	*Nazwa*	*Liczba hospitalizacji*	*Udział (%)*
c	Założenie cewnika czasowego do dializy	892	11,31
38.952	Założenie cewnika permanentnego do dializy	3035	38,50
39.274	Wytworzenie przetoki z naczyń własnych na ramieniu	816	10,35
39.271	Zespolenie dla dializy nerkowej	186	2,36
39.43	Usunięcie przetoki tętniczo-żylnej dla dializy	293	3,72
39.272	Wytworzenie przetoki z naczyń własnych na przedramieniu	1839	23,33
39.279	Wytworzenie obwodowej przetoki tętniczo żylnej dla dializy nerkowej – inne	397	5,04
39.426	Udrożnienie przetoki tętniczo-żylnej	267	3,39

Warunkiem wytworzenia takiej przetoki jest jednak dobra jakość naczyń dołu łokciowego.

Piśmiennictwo

1. Dane NFZ.
2. Dane Poltransplant.
3. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Jagodziński P., Rutkowski P., Przygoda J., Lewandowska D., Czerwiński J., Kamiński A., Gellert R., Aktualny stan dializoterapii w Polsce – 2020, Nefrol Dial Pol, 2021; 25: 7–20.
4. Dębska-Ślizień A., Rutkowski B., Rutkowski P., Jagodziński P., Korejwo G., Przygoda J., Lewandowska D., Czerwiński J., Kamiński A., Gellert R., Aktualny stan dializoterapii w Polsce – 2019, Nefrol Dial Pol, 2020; 24: 38–50.
5. Lok C.E., Huber T.S., Lee T., Shenoy S., Yevzlin A.S., Abreo K., Allon M., Asif A., Astor B.C., Glickman M.H., Graham J., Moist L.M., Rajan D.K., Roberts C., Vachharajani T.J., Valentini RP., KDOQI clinical practice guideline for vascular, AJKD, 2020; 75(4, Suppl. 2), access: 2019.
6. Schmidli J, Widmer MK, Basile C. i wsp.: Vascular Access: 2018 Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). Eur J Vasc Endovasc Surg, 2018, 55, 757–818.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 3:43:30

Dr n. farm. Leszek Borkowski

Szczepionki oraz leki w czasie pandemii COVID-19

Nadrzędnym celem wykładu było propagowanie szczepień wśród niezaszczepionych lub nie w pełni zaszczepionych dorosłych i dzieci wraz z informacją o znikomej ilości obecnie stosowanych klinicznie, efektywnych terapeutycznie produktach leczniczych (remdesivir, barycytynib, glikokortykosteroidy deksametazon, heparyny drobnoczasteczkowe, tocilizumab).

Ta mała ilość efektywnych leków przeciwwirusowych dla chorych na COVID-19 (remdesivir i toksyczny barycytynib) jest między innymi związana z reżimem ich podawania – maksimum do 7. dnia, licząc od daty pojawienia się objawów. Ten rygor czasowy związany jest z dość szybkim zanikaniem SARS-CoV-2 w komórkach zakażonego na rzecz rozwoju samobójczej reakcji samoobrony

organizmu chorego. Komórki pacjenta, reagując na własne antygeny, inicjują choroby autoimmunologiczne, np. burzę cytokin. W tej sytuacji stosowany jest inhibitor cytokiny IL-6 tocilizumab.

Wśród kandydatów na produkty lecznicze mamy kilka grup. Do najpoważniejszych można zaliczyć: inhibitory proteaz oraz przeciwciała monoklonalne. Mają one swoje paratopy ukierunkowane na epitopy białka Spike SARS-CoV-2 oznaczone jako S2 i S1 z domeną RBD.

W celu zablokowania poekspozycyjnej koniugacji SARS-CoV-2 z komórką ludzką prawdopodobnie będą mogły być stosowane przeciwciała monoklonalne regdanivimab, casirivimab + imdevimab oraz tixagevimab + cilgavimab. Te dwa wymienione na końcu przeciwciała mają znacząco wydłużony czas półtrwania przy jednocześnie obniżonej zdolności wiązania receptorów Fc.

W sytuacji przekroczenia bariery ochronnej SARS-CoV-2 będzie miał blokowaną replikacje w zainfekowanych komórkach ludzkich poprzez inhibitory proteaz. Liczymy, że to, co udało się osiągnąć w przypadku wirusów HIV, HCV, HBV, może być sukcesem w obecnej pandemii.

Niezależnie od wymienionych grup potencjalnych leków poszukuje się tzw. nanowabiki i nanopułapki dla wirusa SARS-CoV-2 infekującego komórki ludzkie. Jednak brak obecnie dostępnych szerszych informacji o sukcesach w tej sprawie.

Problem z wirusem SARS-CoV-2 polega na tym, że nie jest on odrą. Jeśli 85% ludzi zostało zaszczepionych przeciwko odrze, wirus nie powinien przenosić się w populacji. Jednak w przypadku koronawirusa widzimy bardzo wyraźnie, że wariant delta nadal będzie zarażał, a to oznacza, że każdy w pewnym momencie zetknie się z wirusem. Mutacje MU – kolumbijska, oraz południowoafrykańska bywały w Polsce, ale się nie zadomowiły.

Szczepienia można podzielić na:

1. podawane jednorazowo lub dwukrotnie w ramach epidemiologicznego planu szczepień,
2. dodatkowe, czyli rewakcynacja dla osób, które nie odpowiedziały prawidłowo na szczepienie pierwotne,
3. przypominające po dłuższym czasie od szczepienia podstawowego,
4. poekspozycyjne, czyli po narażeniu na kontakt z patogenem.

Udzielono wsparcia dla decyzji administracyjnej podawania trzeciej dawki szczepionki przeciw COVID-19. Uzasadnieniem tezy o konieczności dobrowolnego przyjęcia szczepionki jest fakt, że 99% chorujących w rozpoczynającej się IV fali COVID-19 w Polsce to osoby niezaszczepione.

W trakcie wykładu wyjaśniono, co to są: mutacje, warianty, szczepy, domena, białko Spike, odporność stadna, rodzaje szczepień, mechanizmy odporności człowieka. Na zakończenie prezentacji omówiona została różnica pomiędzy respiratorem a ECMO, czyli *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* – technika pozaustrojowego utlenowania krwi. Zastosowanie tego urządzenia samo w sobie nie leczy niewydolnego narządu, ale daje czas potrzebny do wyzdrowienia. Technika ECMO jest bardzo inwazyjną i ryzykowną terapią i powinna być rozważona po wyczerpaniu innych sposobów leczenia. Respirator to urządzenie medyczne, które wspomaga lub całkowicie zastępuję mięśnie w pracy oddechowej. Maszyna ta umożliwia sztuczne, wymuszone oddychanie, wykorzystywane w sytuacjach ustania czynności oddechowej.

Jeśli chodzi o profilaktyk, to dalej zalecane się maseczki w pomieszczeniach zamkniętych. Aerozole emitowane z ust i nosa pośredniczą w roznoszeniu nie tylko SARS-CoV-2, ale także SARS, MERS, wirusów grypy, odry i innych. SARS-CoV-2 rozprzestrzenia się głównie za pośrednictwem aerozoli emitowanych w czasie kaszlu, kichania, a nawet mówienia i oddychania. Mogą one utrzymywać się nawet przez wiele godzin w niewentylowanym pomieszczeniu. Osoba kaszląca, zasłaniająca usta i nos maseczką, zmniejsza zasięg emitowanych patogenów nawet czterokrotnie. Wiemy, że przebieg choroby zakaźnej zależny jest także od masywności zakażenia danym patogenem.

Według obecnej wiedzy wydaje się, że chlorochina, osocze ozdrowieńców oraz amantadyna są nieskuteczne w leczeniu COVID-19.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 21:19

Dr Małgorzata Buksińska, prof. Piotr H. Skarżyński

Współczesne możliwości badania węchu i smaku

Prawidłowo działające zmysły węchu i smaku pozwalają na wyczuwanie, identyfikowanie i różnicowanie odpowiednich zapachów i smaków. Dodatkowo determinują spożycie pokarmów oraz ostrzegają przed niebezpieczeństwem – pozwalają na wyczucie zapachu dymu, wyciekającego gazu, przypalających się naczyń czy zepsutego jedzenia. Szeroka reprezentacja korowa wskazuje, że smak i węch są zaangażowane nie tylko w procesy poznawcze związane z rozpoznawaniem pokarmu, ale wpływają też na zachowanie człowieka, emocje i homeostazę wewnątrzustrojową. Występowanie zaburzeń węchu może wpływać na jakość życia, powodować zaburzenia odżywiania, zaburzenia lękowe oraz stany depresyjne, dlatego badanie funkcji zmysłu powonienia i smaku jest istotnym elementem badania lekarskiego.

Zaburzenia węchu i smaku mogą towarzyszyć wielu chorobom przewlekłym, najczęściej są to choroby nosa i zatok przynosowych oraz jamy ustnej i gardła. Zarówno zaburzenia węchu, jak i smaku mogą również pojawiać się u pacjentów ze schorzeniami neurologicznymi, psychiatrycznymi czy endokrynologicznymi. Warto zwrócić uwagę, że mogą być pierwszym objawem chorób neurodegeneracyjnych, wyprzedzającym inne objawy nawet o kilkanaście lat. Nieprawidłowe funkcjonowanie węchu i smaku może być spowodowane niedoborami witamin oraz być wynikiem działania ubocznego przyjmowanych leków.

Metody badania węchu i smaku można podzielić na metody subiektywne i obiektywne. Metody subiektywne oparte są o olfaktometrię psychofizyczną lub gustometrię – pacjent sygnalizuje odczucie podawanego bodźca. Na świecie istnieje wiele testów stosowanych do diagnostyki zaburzeń węchu oraz zaburzeń smaku. Testy węchu mogą mieć formę kartoników zawierających farbę zapachową, fiolek lub słoiczków z pachnącą substancją lub flamastrów zapachowych. Testy smaku mają postać bibułek nasączonych substancją smakową, kropli do nakraplania na język czy substancji do przepłukiwania jamy ustnej. Dostępne są testy przesiewowe oraz diagnostyczne. Wybór konkretnego testu zależy od miejsca badania – testy powinny być dostosowane do badania danej populacji w związku z jej uwarunkowaniami kulturowymi. Obecnie nie są dostępne przesiewowe testy węchu zaadaptowane i zwalidowane w wersji polskiej. Po analizie dostępnej literatury dotyczącej znajomości różnych zapachów w różnych kręgach kulturowych specjaliści z Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu opracowali test węchu, który mógłby posłużyć za narzędzie do przesiewowych badań węchu w populacji polskiej. Test jest w trakcie walidacji.

Metody obiektywne badania węchu i smaku polegają na odczytywaniu zmian potencjałów elektrycznych po podaniu bodźca węchowego lub smakowego. Obecnie zastosowanie w obserwacjach naukowych czynności zmysłu węchu mają wywołane potencjały zapachowe, elektroolfaktografia, elektrobulbografia, badanie zmysłu smaku jest możliwe dzięki odczytywaniu wywołanych potencjałów smakowych. Metodami obrazowymi wykorzystywanymi w badaniu węchu i smaku są czynnościowy rezonans magnetyczny oraz pozytronowa emisyjna tomografia komputerowa – pozwalają na obserwację zakresu zmian w obrębie kory mózgowej. Żadna z wymienionych metod nie jest stosowana w codziennej praktyce klinicznej. Istnieje potrzeba dalszego rozwoju badań obiektywnych, które pozwolą na zbadanie osób niemogących samodzielnie wykonać badań subiektywnych czy też osób słabo współpracujących z personelem medycznym. Obiektywne metody badania węchu i smaku mogą potencjalnie znaleźć zastosowanie również w opiniowaniu sądowo-lekarskim. Metody obiektywne wymagają dalszych prac w zakresie standaryzacji w celu umożliwienia szerszego wykorzystania klinicznego.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 30:47

Dr hab. Dariusz Czaprowski, prof. Olsztyńskiej Szkoły Wyższej

Zasady prowadzenia badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania skoliozy idiopatycznej – rekomendacje Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk

Na chwilę obecną nie istnieje w Polsce powszechny, wystandaryzowany system badań przesiewowych mających na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej (SI). W związku z powyższym Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej Polskiej Akademii Nauk powołał Zespół Zadaniowy ds. Diagnostyki oraz Leczenia Zachowawczego SI, którego zadaniem było opracowanie takich rekomendacji.

Rekomendacje opracowano w oparciu o analizę wytycznych międzynarodowych towarzystw naukowych mających w swoich kompetencjach zagadnienia związane z deformacjami kręgosłupa oraz aktualnych aktów prawnych obowiązujących w Polsce. Po wstępnym przygotowaniu rekomendacji poddano je ocenie zgodnie z procedurą Delphi.

Badanie mające na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej powinno być prowadzone w oparciu o następujące rekomendacje (wymieniono najistotniejsze):

1. Do wczesnego wykrywania skoliozy idiopatycznej rekomenduje się ocenę asymetrii grzbietu przeprowadzoną testem Adamsa wykonanego w czasie skłonu tułowia w przód – pomiar kąta rotacji tułowia.
2. Rekomenduje się, aby pomiar kąta rotacji tułowia był przeprowadzony na wysokości wszystkich wyrostków kolczystych kręgosłupa, odnotowując maksymalną wartość w jego górnej (Th1-Th4), głównej (Th5-Th12) oraz piersiowo-lędźwiowej lub lędźwiowej części.
3. W celu obiektywizacji oceny kąta rotacji tułowia rekomenduje się stosowanie skoliometru.
4. Badanie przesiewowe mające na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej u dziewcząt powinno być przeprowadzone trzykrotnie: po ukończeniu 10 lat (w 11. roku życia), po ukończeniu 11 lat (w 12. roku życia), ukończeniu 12 lat (w 13. roku życia). W przypadku dziewcząt, które w wieku 12 lat jeszcze nie miesiączkują, badanie przesiewowe należy powtarzać w odstępach 12-miesięcznych +/ – 3 miesiące do momentu pojawienia się pierwszej miesiączki.
5. Badanie przesiewowe mające na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej u chłopców powinno być przeprowadzone dwukrotnie: po ukończeniu 12 lat (w 13. roku życia) i ukończeniu 14 lat (w 15. roku życia).
6. Dziecko, u którego w badaniu przesiewowym mającym na celu wykrycie skoliozy idiopatycznej uzyskano w pomiarze skoliometrem wartość kąta rotacji tułowia 7 stopni lub więcej, należy skierować na dalszą diagnostykę, której elementem może być diagnostyka radiologiczna.
7. Dziecko, u którego w badaniu przesiewowym mającym na celu wykrycie skoliozy idiopatycznej uzyskano w pomiarze skoliometrem wartość kąta rotacji tułowia 4–6 stopni, powinno być poddane dodatkowemu badaniu po 3–6 miesiącach.
8. Dziecko, u którego w badaniu przesiewowym mającym na celu wykrycie skoliozy idiopatycznej uzyskano w pomiarze skoliometrem wartość kąta rotacji tułowia 0–3 stopnie, nie musi być poddawane dodatkowemu badaniu po 3–6 miesiącach.
9. Badanie przesiewowe mające na celu wczesne wykrycie skoliozy idiopatycznej może być prowadzone przez specjalistów mających kompetencje w zakresie diagnostyki narządu ruchu, a w szczególności: lekarza medycyny rodzinnej, lekarza pediatrę, lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, lekarza specjalistę w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, fizjoterapeutę, pielęgniarkę.

Opracowanie:
Dariusz Czaprowski (1,2,3), Marcin Tyrakowski (4,5), Anna Dembińska (6), Jacek Lewandowski (7,8), Mateusz Kozinoga (9,10), Justyna Bloda (11), Łukasz Stoliński (12), Aleksandra Kolwicz-Gańko (2,3), Bolesław Kalicki (13), Agnieszka

Kędra (14), Dariusz Kossakowski (15), Agnieszka Stępień (16,17), Paweł Piwoński (18,19), Piotr Murawski (20), Krzysztof Klukowski (21), Tomasz Kotwicki (9)

1. Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny, Poznań
2. Wydział Nauk o Zdrowiu, Olsztyńska Szkoła Wyższa,
3. Centrum Postawy Ciała, Olsztyn
4. Klinika Chorób Kręgosłupa i Ortopedii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie
5. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. A. Grucy w Otwocku
6. Oddział Rehabilitacji, Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce, Polska
7. Katedra Fizjoterapii Klinicznej, Akademia Wychowania Fizycznego, Poznań
8. Katedra Fizjoterapii, Akademia Kaliska
9. Klinika Chorób Kręgosłupa i Ortopedii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,
10. Rehasport Clinic, Poznań
11. Fizjopedika Justyna Bloda, Warszawa
12. Centrum Chorób Kręgosłupa, Skierniewice
13. Klinika Pediatrii, Nefrologii i Alergologii Dziecięcej Wojskowego Instytutu Medycznego Centralnego Szpitala Klinicznego MON, Warszawa
14. Katedra Promocji Zdrowia, Wydział Wychowania Fizycznego i Zdrowia, Akademia Wychowania Fizycznego J. Piłsudskiego w Warszawie, Filia w Białej Podlaskiej
15. Oddział Ortopedyczno-Urazowy z Chirurgią Kręgosłupa, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy, Olsztyn
16. Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego, Warszawa
17. Centrum Rehabilitacji Funkcjonalnej ORTHOS, Warszawa
18. Instytut Nauk o Zdrowiu, Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski
19. Przyrodniczo-Medyczne Centrum Badań Innowacyjnych, Uniwersytet Rzeszowski
20. Oddział Teleinformatyki, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie
21. Komitet Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, Warszawa

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 2:43

Prof. Dominika Dudek

Wyzwania psychiatrii w czasach pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 przyniosła nowe wyzwania również dla psychiatrii. Złożoność problemu wynika z jednej strony ze społecznych i psychologicznych konsekwencji izolacji społecznej i innych ograniczeń związanych z sytuacją epidemiczną, zaś z drugiej – z wpływu samego wirusa SARS-CoV-2 na organizm człowieka, w tym także ośrodkowy układ nerwowy. Osobnej uwagi wymaga sytuacja pacjentów pozostających już uprzednio pod opieką psychiatrów i wpływ zaburzeń psychicznych na ryzyko i przebieg infekcji. Badacze od samego początku wskazywali, że pandemia przynosi negatywne skutki zdrowotne w zakresie psychiki. Opisano występowanie zwiększonej ilości zaburzeń depresyjnych, lękowych, bezsenności, szeroko pojętego dystresu, a w dłuższej perspektywie rozwój zaburzeń o charakterze PTSD. Nasilił się problem związany ze szkodliwym używaniem substancji psychoaktywnych i uzależnieniami, czego konsekwencją stał się wzrost ilości przypadków przemocy domowej. Z drugiej strony wcześniejsze zaburzenia psychiczne, jak depresja czy schizofrenia, wiązały się z ryzykiem ciężkiego przebiegu infekcji COVID-19 i związanego z tym zgonu. Zagrożeniem dla zdrowia pacjentów z psychozą były problemy ze współpracą i trudności w stosowaniu się do reżimu kwarantanny i/ lub izolacji, izolacja społeczna, duży poziom lęku i napięcia w otoczeniu, lęk o bliskich (starsi rodzice opiekujący się pacjentem), utrudniony dostęp do opieki psychiatrycznej (w wielu miejscach w początkowym okresie pandemii nie działały oddziały dzienne, warsztaty terapii zajęciowej, środowiskowe domy samopomocy, a porady odbywały się głównie w formie e-wizyt i porad telefonicznych). Poważnym zagrożeniem były również choroby współistniejące, które często towarzyszą schizofrenii i innym psychozom (otyłość, cukrzy-

ca, zespół metaboliczny, schorzenia układu sercowo-naczyniowego). Pacjenci psychiatryczni są narażeni na większe ryzyko nawrotu, biorąc pod uwagę cierpienie emocjonalne związane z sytuacją pandemii dodane do i tak wrażliwej grupy, ograniczony dostęp do opieki społecznej oraz ryzyko przerwania leczenia.

Ważnym aspektem jest wpływ infekcji COVID-19 na stan psychiczny i ryzyko występowania ostrych zaburzeń psychicznych (np. zaburzenia świadomości, gwałtowne pogorszenie funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju) oraz problemów ujawniających się w dłuższej perspektywie jako tzw. długi ogon COVID (na przykład stany depresyjne i lękowe, zespół stresu pourazowego[PTSD], „mgła mózgowa", poczucie letargu i przewlekłego zmęczenia). Przyczyny tych zjawisk są złożone i obejmują czynniki psychologiczne (lęk, izolacja, anonimowość pracowników medycznych), duszność i związane z nią niedotlenienie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), uszkodzenie śródbłonka naczyniowego i mikroudary, bezpośredni wpływ SARS-CoV-2 na komórki nerwowe i glejowe, nadmierną reakcję immunologiczną (burza cytokinowa) oraz stosowane leki (np. sterydy mogą zwiększać ryzyko depresji czy zaburzeń poznawczych).

Można zatem prognozować, że wpływ pandemii na zdrowie psychiczne będzie widoczny w perspektywie najbliższych lat, a jej konsekwencje będą dłuższe niż wpływ na zdrowie fizyczne. Wzrośnie zapotrzebowanie na usługi w zakresie zdrowia psychicznego. Pandemia obnaży wieloletnie zaniedbanie, niedocenianie i niedofinansowanie psychiatrii. Aby ograniczyć negatywne skutki pandemii dla zdrowia psychicznego, należy kontynuować reformę psychiatrii, inwestować w kadry oraz prowadzić szeroko zakrojone badania populacyjne.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 28:59

Prof. Jarosław Dziadek

Choroby infekcyjne wyzwaniem XXI wieku – lekooporna gruźlica

Prątek gruźlicy, *Mycobacterium tuberculosis*, jest wewnątrzkomórkowym patogenem zdolnym podczas infekcji do obniżania poziomu metabolizmu i przechodzenia w stan latentny. Patogen ten jest niezwykle trudny do skutecznej eradykacji i stanowi wyzwanie dla współczesnej chemioterapii. Gruźlica każdego roku pochłania blisko 1,5 miliona istnień ludzkich (WHO, 2017), a jej leczenie trwa od 6 do 24 miesięcy w zależności od lekowrażliwości szczepu infekującego i wymaga jednoczesnego stosowania koktajlu co najmniej 4 leków, aby zapobiec selekcji lekoopornych mutantów *M. tuberculosis*. Leczenie gruźlicy wywołanej przez szczepy oporne co najmniej na izoniazyd i ryfampicynę (wielolekooporność, MDR) wymaga dodatkowych leków, jest często mniej skuteczne i gorzej tolerowane. Dodatkowo leczenie gruźlicy MDR jest znacznie droższe niż leczenie standardowe, wyniki są kilkukrotnie gorsze z wysoką śmiertelnością (50–80%) w ciągu 4 miesięcy od rozpoznania (WHO, 2014) i dwukrotnie większym ryzykiem nawrotu po zakończeniu leczenia.

Biorąc powyższe dane pod uwagę, rozwój alternatywnych strategii medycznych opartych o leki nowej generacji jest pilnie potrzebny, aby skutecznie leczyć osoby zakażone szczepami wielolekoopornymi, skrócić czas trwania obecnej terapii oraz zminimalizować toksyczność i koszt stosowanych leków przeciwgruźliczych.

Podczas prezentacji w oparciu o badania własne i dane literaturowe zostały omówione strategie identyfikacji nowych, potencjalnych leków przeciwgruźliczych.

Piśmiennictwo

1. Korycka-Machała M., Viljoen A., Pawełczyk J., Borówka P., Dziadek B., Gobis K., Brzostek A., Kawka M., Blaise M., Strapagiel D., Kremer L., Dziadek J., 1H-benzo[d]imidazole derivatives affect MmpL3 in Mycobacterium tuberculosis, Antimicrob Agents Chemother, 2019: AAC.00441–19.
2. Korycka-Machala M., Nowosielski M., Kuron A., Rykowski S., Olejniczak A., Hoffmann M., Dziadek J., Naphthalimides Selectively Inhibit the Activity of Bacterial, Replicative DNA Ligases and Display Bactericidal Effects against Tubercle Bacilli, Molecules, 2017; 22(1).
3. Płocińska R., Korycka-Machała M., Płociński P., Dziadek J., Mycobacterial DNA Replication as a target for Antituberculosis Drug Discovery, Curr Top Med Chem, 2017; 17(19): 2129–42.
4. Nowosielski M., Hoffmann M., Kuron A., Korycka-Machala M., Dziadek J., The MM2QM tool for combining docking, molecular dynamics, molecular mechanics, and quantum mechanics, J Comput Chem, 2013; 34(9): 750–6.
5. Kuron A., Korycka-Machala M., Brzostek A., Nowosielski M., Doherty A., Dziadek B., Dziadek J., Evaluation of DNA primase DnaG as a potential target for antibiotics, Antimicrob Agents Chemiother, 2014; 58: 1699–706.
6. Korycka-Machala M., Rychta E., Brzostek A., Sayer H.R., Rumijowska-Galewicz A., Bowater R., Dziadek J., Evaluation of NAD+-dependent DNA ligase of mycobacteria as a potential target for antibiotics, Antimicrob Agents Chemother, 2007; 51: 2888–97.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 38:56

Prof. Wojciech Golusiński

Polska onkologia w dobie COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów głowy i szyi

Wnioski ogólne:

- Mniejsza ilość wystawionych kart DILO – średnio o 30%.
- Opóźnienie leczenia onkologicznego i poradnictwa ambulatoryjnego w zakresie onkologii u 30–40% pacjentów.
- Obawa pacjenta onkologicznego przed przystąpieniem do badań klinicznych oraz przed zaszczepieniem się w kierunku COVID-19.
- Spadek liczby wykonanych procedur z tzw. diagnostyki wstępnej i pogłębionej o średnio 27%.

Wnioski dotyczące nowotworów głowy i szyi:

- Wzrost liczby pacjentów diagnozowanych i leczonych w centrach onkologii.
- Wzrost liczny pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej.
- Wydłużenie czasu oczekiwania na diagnostykę i leczenie onkologiczne o średnio 7 dni.
- Liczba pacjentów, która kwalifikowała się jedynie do leczenia paliatywnego, przekroczyła 30% (przed pandemią średnio 20%).
- 20% pacjentów w czasie pandemii COVID-19 zakwalifikowano jedynie do opieki paliatywnej (6% przed pandemią).

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 16:24

Prof. Janusz Heitzman

Jak COVID-19 wpływa na epidemiologię zaburzeń psychicznych i zmiany w organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej?

Pandemia COVID-19 unaoczniła, że zdrowie psychiczne jest trwałym elementem zdrowia publicznego. Niezależnie od tego, że ciężar pandemii odczuwa cała populacja, to jej skutków dla zdrowia psychicznego nie można bagatelizować i nie można traktować tak jak naturalne obciążenie psychiczne towarzyszące każdej chorobie somatycznej. Wpływa na to przede wszystkim powszechność pandemii i jej długotrwałe utrzymywanie się w kolejno następujących falach zachorowań, bez możliwości przewidzenia ich zakończenia. Badania prowadzone na całym świecie pokazują, że skutki COVID-19 prowadzą do obniżenia sprawności i odporności psychicznej na niespotykaną skalę i trudnych do oszacowania konsekwencjach. Potwierdza się, że u 30% osób, które przebyły COVID-19, ujawniły się poważne zaburzenia stresowe. Nie można pomijać konsekwencji bezpośredniego wpływu wirusa SARS-CoV-2 na mózg. Zaburzenia świadomości, zaburzenia węchu, smaku, długotrwale utrzymujące się zaburzenia poznawcze, pamięci, fluencji słownej, bezsenność, stany chwiejności emocjonalnej to skutki znacznie obniżające sprawność i wydolność organizmu. Wymaga to wdrażania adekwatnych programów terapeutycznych i rehabilitacyjnych. Pandemia na całym świecie wpłynęła na wzrost wszystkich wskaźników oceny zdrowia psychicznego. O ok. 30% zwiększyły się wskaźniki zaburzeń depresyjnych i lękowych, wzrosły szacunki dotyczące psychoz, uzależnień, samobójstw i zaburzeń psychicznych w grupie dzieci i młodzieży. Konfrontuje się to z niewydolnością systemu psychiatrycznej opieki zdrowotnej i wieloletnimi zaniedbaniami tego obszaru medycyny. Nie można też pomijać społecznych lęków i uprzedzeń, zagrożeń wynikających z szerzenia poglądów tzw. koronasceptyków i antyszczepionkowców. Zaniedbania w zakresie psychoedukacji i niedostrzeganie ogromnej roli państwa w budowaniu świadomości zdrowotnej i higieny psychicznej może grozić poważnymi skutkami zdrowotnymi, społecznymi, jak i ekonomicznymi. Pandemia COVID-19 pokazała, że reformowanie opieki psychiatrycznej oparte na deinstytucjonalizacji i opiece środowiskowej, jak również coraz powszechniejsze posiłkowanie się telemedycyną to właściwy kierunek przemian.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 4:34

Prof. Beata Kawala

Kiedy za późno jest wciąż za wcześnie

Współczesna ortodoncja jest dziedziną stale rozwijającą się, która dotyczy: diagnostyki i leczenia wad zębowo-zgryzowych, profilaktyki w każdym okresie rozwoju osobniczego, interdyscyplinarnego postępowania terapeutycznego u dzieci i dorosłych.

Epidemiologia wad zębowo-zgryzowych opracowana na podstawie *Monitoringu* w 2015 roku wykazała, że około 30% rozpoznanych wad u 10- i 15-latków wymaga bezwzględnej opieki ortodontycznej. Pozostali pacjenci wymagają obserwacji i ewentualnego leczenia interceptywnego, czyli wykonanego w krótkim i odpowiednim czasie. Około 35% badanych dzieci nie kwalifikowało się do leczenia. Zgodnie z istniejącymi regulacjami w ramach refundacji realizowane jest leczenie ortodontyczne do 13. roku życia, z tym, że do 12 refundowane są zdejmowane aparaty ortodontyczne.

Problemy, z którymi boryka się współczesna ortodoncja, to między innymi brak obiektywnego kwalifikowania do leczenia ortodontycznego oraz brak współpracy ze strony wielu pacjentów, którzy pomimo zaleceń nie stosują się do wskazań lekarza.

Na podstawie analiz prowadzonych przez zespoły ekspertów wykazano, że kwalifikacja do leczenia ortodontycznego powinna odbywać się na podstawie „metody opartej na dowodach naukowych", która potwierdza, że to rodzaj i nasilenie wady mają znaczenie przy kwalifikacji pacjentów do refundowanego leczenia ortodontycznego. Biorąc pod uwagę fakt, że leczenie ortodontyczne jest najbardziej efektywne w czasie skoku wzrostowego – granica 12. roku życia dyskryminuje chłopców dojrzewających później, często po wskazanej granicy wiekowej, a przez to odbiera się im szansę udzielenia równie skutecznej pomocy co dziewczynkom.

Przygotowywane zmiany mają na celu:

1. Podział wszystkich dzieci w populacji Polski w wieku 5–10 lat na 3 grupy dyspanseryjne:
   - bez wskazań do leczenia (grupa A);
   - do obserwacji (okres obserwacji 5 lat od momentu wykrycia zaburzenia – grupa B);
   - bezwzględne wskazania do leczenia (grupa C).
2. Prowadzenie refundowanego leczenia ortodontycznego z możliwością weryfikowania częstości noszenia aparatów wyjmowanych: brak współpracy – brak refundacji.
3. Przedłużenie leczenia refundowanego do 16. roku życia.
4. Wprowadzenie możliwości leczenia w ramach refundacji częściowymi aparatami stałymi i grubołukowymi.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 25:50

Dr hab. Sylwia Kołtan, prof. Uniwersytetu Mikołaja Kopernika

Szczepienia w zapobieganiu „starym" i „nowym" chorobom zakaźnym

Od czasów Edwarda Jennera szczepienia ochronne stosowane są w profilaktyce chorób zakaźnych. Okazały się niezwykle skuteczne w ich zapobieganiu. Co prawda udało się wyeradykować jedynie ospę prawdziwą, jednak wiele innych chorób uległo istotnemu ograniczeniu.

Szczepionką, która „rozczarowała", jest BCG – szczepionka przeciwko gruźlicy. Dzięki jej zastosowaniu u małych dzieci udało się zredukować ryzyko wystąpienia poważnych uogólnionych postaci zakażenia, zwłaszcza gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, jednak nie chroni ona przed zakażeniem prątkiem gruźlicy, a w konsekwencji – nie zapobiega gruźlicy u starszych dzieci i osób dorosłych.

Od samego początku stosowanie szczepień ochronnych budziło u niektórych osób sprzeciw. Już w czasach Jennera pojawiły się ruchy antyszczepionkowe. Współcześnie błyskawiczny przepływ informacji oraz możliwość manipulowania nimi powodują, że ruchy antyszczepionkowe stają się coraz większym problemem. Wprowadzenie szczepień przeciwko SARS-CoV-2, opartych w dużej mierze o preparaty opracowane z wykorzystaniem nowoczesnych technologii medycznych, również budzi niepokój u wielu osób. Rezygnują one ze szczepień, pozbawiając nas szansy na skuteczne i szybkie uporanie się z pandemią COVID-19.

Koncepcja szczepionek, proces ich wytwarzania i dopuszczania do obrotu

Niezależnie od rodzaju szczepionki pierwszym krokiem do jej opracowania jest identyfikacja drobnoustroju wywołującego zakażenie. Proces powstawania dotychczas opracowanych tradycyjnych szczepionek zawierał się w przedziale od kilku do

kilkudziesięciu lat. Na przykład od wykrycia drobnoustroju do opracowania szczepionki w przypadku odry minęło 10 lat, polio – 47 lat, a duru brzusznego – 105 lat.

Niezwykłym osiągnięciem było opracowanie szczepionek przeciwko COVID-19 w ciągu niespełna roku. Było to możliwe dzięki zaangażowaniu naukowców z całego świata. Pierwszym krokiem było zsekwencjonowanie genomu wirusa SARS-CoV-2. Pewnym ułatwieniem był fakt, że prace nad szczepionkami m-RNA i wektorowymi w odniesieniu do innych drobnoustrojów trwały od początku obecnego wieku.

Niezwykle krótki czas od identyfikacji genomu SARS-CoV-2 do opracowania szczepionek, a następnie ich wdrożenia do masowego użycia budził i budzi niepokój wielu ludzi. Powszechne były i wciąż są wątpliwości odnośnie rzetelności badań nad ich skutecznością i bezpieczeństwem. Należy z całą mocą podkreślić, że w przypadku tych szczepionek zostały zachowane wszystkie standardy badań poszczególnych faz. Skrócenie kolejnych etapów wynikało z szybkiego obiegu dokumentów i opracowania danych, a także błyskawicznego procesu rejestracji szczepionek w USA i Europie.

„Stare" szczepionki vs. „nowe" szczepionki

Szczepionki opracowane według zasad tradycyjnej wakcynologii to antygen/ antygeny drobnoustrojów, które podaje się w procesie szczepienia, a zadaniem osoby zaszczepionej jest wytworzenie odpowiedzi immunologicznej. W szczepionkach powstałych według zasad nowoczesnej wakcynologii i z wykorzystaniem technologii nowej generacji zawarta jest informacja genetyczna o antygenie, a zadaniem osoby zaszczepionej jest wyprodukowanie antygenu i odpowiedź immunologiczna.

Skuteczność szczepionek tradycyjnych oceniano przede wszystkim klinicznie – ile osób zaszczepionych zachorowało, miało ciężki przebieg lub zmarło. Obecnie skuteczność szczepień ocenia się w wielu aspektach:

- rodzaju uzyskiwanej odpowiedzi immunologicznej;
- indywidualnej zmienności odpowiedzi immunologicznej;
- zmienności drobnoustrojów i ich „ucieczki" spod nadzoru immunologicznego;
- wpływu czynników środowiskowych;
- bezpieczeństwa szczepionek.

Do szczepionek tradycyjnych zalicza się szczepionki:

- żywe atenuowane;
- inaktywowane pełnokomórkowe;
- podjednostkowe, zawierające czyste antygeny, w tym pozyskiwane drogą rekombinacji;
- typu „split", zawierające fragmenty „rozkawałkowanych" drobnoustrojów.

Przykładami szczepionek opracowanych z wykorzystaniem nowoczesnych technologii są:

- szczepionki m-RNA;
- szczepionki wektorowe;
- szczepionki „naśladujące" strukturę wirusa (tzw. *virus-like particles*, VLPs).

Szczepionki przeciwko COVID-19

W Polsce przeciwko COVID-19 stosowane są do chwili obecnej szczepionki m-RNA i wektorowe, na świecie funkcjonują także szczepionki żywe atenuowane, pełnokomórkowe inaktywowane, podjednostkowe, a także oparte o technologię VLP. Ciekawym wynikiem ostatnich badań są informacje, że szczepienia krzyżowe, z wykorzystaniem różnych preparatów, mogą wywoływać efektywniejszą odpowiedź immunologiczną u osoby zaszczepionej. Są koncepcje, że być może najskuteczniejszym sposobem zapobiegania COVID-19 będzie użycie w szczepieniu podstawowym szczepionki inaktywowanej pełnokomórkowej (na razie niedostępnej w Polsce), a następnie szczepionki m-RNA lub wektorowej.

Wydaje się, że w przyszłości szczepionki przeciwko COVID-19 będą dobierane indywidualnie dla każdego pacjenta, z uwzględnieniem profilu skuteczności i bezpieczeństwa danej szczepionki w odniesieniu do wieku, masy ciała, zidentyfikowanych obciążeń genetycznych (np. występowania procesów zatorowo-zakrzepowych w wywiadzie rodzinnym) oraz aktualnego stanu klinicznego osoby szczepionej.

Wnioski

1. Szczepionki były i są najskuteczniejszym i najbezpieczniejszym sposobem zapobiegania chorobom zakaźnym.
2. Niezależnie od czasu, jaki upłynął od identyfikacji drobnoustroju do opracowania szczepio-

nek i dopuszczenia ich do masowego zastosowania, każdy preparat musiał przejść pełen proces badań klinicznych I, II i III fazy, a także proces rejestracji.
3. Warunkiem ograniczenia szerzenia się pandemii wywołanej przez SARS-CoV-2 jest zaszczepienie możliwie największej liczby ludzi w możliwie najszybszym czasie. Dużym problemem jest masowa rezygnacja ze szczepień wskutek dezinformacji szerzonych przez osoby zaangażowane w ruchy antyszczepionkowe.
4. Konieczne jest propagowanie rzetelnej wiedzy na temat szczepień ochronnych przeciwko wszystkim chorobom zakaźnym, dla których są opracowane szczepionki.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k4.php
Dzień 1., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 1:19

Dr n. med. Paulina Krasnodębska

Elektromiografia krtani w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej

Krtań uczestniczy w wielu życiowo istotnych funkcjach. Bierze ona udział w oddychaniu, połykaniu, tworzeniu głosu i odruchach, których głównym zadaniem jest ochrona dolnych dróg oddechowych. Jednym z elementów nowoczesnej diagnostyki tego narządu jest elektromiografia (EMG). W neurologii badanie EMG jest złotym standardem w diagnostyce chorób nerwowo-mięśniowych. Stosowane jest od lat 80. ubiegłego wieku w praktyce klinicznej. To powszechne zastosowanie nie dotyczy badania mięśni krtani (elektromiografia krtani, ang. *laryngeal electromyography,* LEMG). Ze względu na szerokie możliwości diagnostyczne, jakie daje EMG, od kilku lat trwają badania nad rozwinięciem LEMG i dopracowywaniem jej metodologii. Światowe środowiska naukowe są zgodne i zaliczają ją do kanonu procedur nowoczesnych algorytmów postępowania.

EMG krtani pozwala zbadać patologie leżące u podłoża zaburzeń funkcji krtani. Funkcji fonacyjnej, oddechowej, czuciowej i podczas połykania. Dlatego wynik badania w kontekście diagnostyki, prognostyki i monitorowania pacjentów interesuje specjalistów z różnych dziedzin: otolaryngologów, foniatrów, neurologów, logopedów, rehabilitantów. W naszej praktyce (laryngologów i foniatrów) wykorzystujemy EMG do badania wszystkich funkcji krtani. Korzystamy z metod zarówno powierzchniowych, gdzie elektrody są mocowane nad badanymi mięśniami, czyli na skórze – jest to tzw. EMG powierzchniowa, jak i elektrod igłowych – wkłuwanych bezpośrednio w interesujący nas mięsień.

Przez wiele lat utrzymuje się kilka trendów wykorzystania LEMG w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej. Dotyczą one zaburzeń ruchomości fałdów głosowych, badań nad fizjologią krtani, monitorowaniem śródoperacyjnym oraz wykorzystania powierzchniowej rejestracji potencjału mięśni krtani. W interpretacji badania niezwykle istotne jest zestawienie wyników z obrazem funkcji badanego mięśnia, czyli z wynikiem badania endoskopowego. Uzupełnienie endoskopii o zapis elektromiograficzny ma szczególne znaczenie u pacjentów z zaburzeniem ruchomości fałdu głosowego. Przykładowe badania dwóch pacjentów z podobnym wynikiem endoskopii krtani, w której stwierdzono brak ruchomości jednego z fałdów głosowych, mogą mieć diametralnie różne wyniki LEMG. Rejestracja potencjałów z mięśnia fałdu głosowego może świadczyć o regeneracji unerwienia, podczas gdy brak sygnału będzie niepomyślny, jeśli chodzi o rokowania.

Dzięki ocenie EMG krtani jesteśmy w stanie poznać istotę zaburzeń funkcji krtani, a także ocenić rokowanie. Dostarczenie terapeucie prowadzącemu interpretacji zapisu elektromiograficznego pozwala

podjąć decyzję co do dalszej ścieżki leczenia pacjentów. Wybór jednej z możliwości postępowania: obserwacji, planowej rehabilitacji, konieczności intensyfikacji funkcjonalnej terapii głosu czy kwalifikacji do interwencji chirurgicznej, chirurgicznego modelowania głosu.

Prace prowadzone w Instytucie Fizjologii i Patologii Słuchu pozwoliły na opracowanie protokołów diagnostycznych do badania osób z zaburzeniami głosu, mowy i połykania. Elektromiografia powierzchniowa ze względu na zastosowanie elektrod mocowanych na skórze, a przez to małą inwazyjność, umożliwia badanie również młodszych pacjentów. Główną zaletą badania jest uzupełnienie badania FEES, czyli funkcjonalnej endoskopowej oceny połykania, i dostarczenie parametrów oceniających fazę ustno-gardłową połykania. Na podstawie obserwacji przeprowadzonych u naszych pacjentów zauważyliśmy korelacje nieprawidłowości podczas połykania z pracą mięśni. Obserwowaliśmy np. istotnie dłuższe czasy połykania pokarmów u osób z asymetrią pracy mięśni podgnykowych. W dysfagii ustno-gardłowej SEMG jest pomocna w lokalizacji zaburzenia, dzięki czemu możliwe jest precyzyjne ukierunkowanie terapii.

Podsumowując, EMG w praktyce otolaryngologiczno-foniatrycznej daje możliwość wniknięcia w struktury wewnątrz- i zewnątrzkrtaniowe, co pozwala na szczegółowe zrozumienie procesów. Elektromiografię krtani w naszej specjalności wykorzystujemy głównie do oceny tworzenia głosu, oceny połykania, jak i planowania oraz monitorowania terapii.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 49:15

prof. Marek Maruszyński,
dr hab. Andrzej Mastalerz, prof. Akademii Wychowania Fizycznego

E-Thrombosis, Seat Immobility Thromboembolism (SIT) – niewirusowe czynniki ryzyka zdrowia w czasie COVID-19

Należący do grupy koronawirusów SARS-CoV-2 *(severe acute respiratory syndrome coronavirus)* wywołał ostrą, ciężką chorobę zakaźną układu oddechowego *(coronavirus disease)* COVID-19 o zasięgu pandemii. Jego destrukcyjne działanie na ludzką populację objęło nie tylko osoby zakażone, ale pośrednio ze wskazań epidemiologicznych zmusiło miliony zdrowych ludzi na konieczną zmianę sposobu życia i wpłynęło negatywnie na ich stan psychofizyczny, w tym na istotne ograniczenie aktywności ruchowej. Miliony niezakażonych ludzi zostało pośrednio „dotknięte" przez SARS-CoV-2 w postaci kwarantanny, lockdownu, pracy, nauki i rozrywki zdalnej oraz międzyludzkich interakcji „na odległość". Ludzie zostali „unieruchomieni" przed komputerami[1,5,10].

Nawiązując do słynnej triady Rudolfa Ludwiga Virchowa (1821–1902) z 1852 r., opisującej patofizjologię zakrzepicy jako współbieżną funkcję uszkodzenia śródbłonka, zmiany w składzie krwi oraz zwolnienie jej przepływu, Richard Beasley i współpracownicy opisali w 2003 r. związek długotrwającego (wielogodzinnego) siedzenia przy komputerze z zakrzepicą. Jest on autorem pojęcia *E-Thrombosis* oraz określenia nowego zespołu chorobowego SIT (ang. *seated immobility thromboembolism*)[3,4].

Przebywanie bez ruchu przed komputerem w pozycji siedzącej to aktywacja każdego z elementów triady Virchowa – wzrastają poziomy: fibrynogenu, stężenia Hb, D-Dimerów (o 50%) oraz o 1,5 raza lepkość, następuje wzrost stresu oksydacyjnego, uszkodzenie endotelium upośledzenie shear oraz spowolnienie przepływu w układzie żylnym w kończynach dolnych. Wykazano, że 8 godzin dzienne przed komputerem zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepicy w kończynach dolnych blisko dwukrotnie, a 10 godzin – trzykrotnie. Podczas długo trwającego siedzenia już po 90 min przepływ

krwi w żyle podkolanowej zmniejsza się o 50%! Spada także, kiedy siedzący ma stopy na krześle i nie dotykają one podłogi, bo poruszanie stopami zwiększa istotnie przepływ krwi! Między pozycją leżącą a siedzącą przepływ krwi w żyłach podkolanowych zmniejsza się o 83–87%, maleje dwukrotnie, kiedy siedzimy nieruchomo ze stopami niedotykającymi płasko całą powierzchnią ziemi!

Zespół SIT dotyczy ludzi młodych, zdrowych, bez czynników ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, których „jedynym grzechem" jest spędzanie wielu godzin w pozycji siedzącej przy komputerze podczas pracy czy czasu wolnego. I właśnie taka sytuacja zaistniała dla wielu milionów ludzi jako niekorzystne objawy uboczne niezwiązane bezpośrednio z infekcją SARS-CoV-2 i chorobą COVID-19. Przez wiele lat niesłusznie uważano SIT „za przypadkową koincydencję". Zaskakujący jest fakt nieumieszczenia SIT w żadnej ze znanych skal: Capriniego, Wellsa czy Padewskiej, które punktowo kwalifikują czynniki ryzyka zakrzepicy. Na przykład w odniesieniu do bezobjawowego COVID-19 Caprini przyznaje 2 pkt. (przy objawowym – 3 pkt.). Długotrwająca pozycja siedząca przed komputerem sprzyja zmniejszeniu ilości wypijanych płynów (z wyjątkiem moczopędnej kawy), co skutkuje odwodnieniem i „zagęszczeniem" krwi (m.in. wzrost lepkości!)[2,8,9].

Szczegółowe badania elektromiograficzne (EMG) Mastalerza i Palczewskiej[14] pozycji siedzącej człowieka przed komputerem wykazały wpływ pochylenia tułowia na aktywność mięśni kończyny dolnych, zwłaszcza mięśni goleni, tj. głowy bocznej mięśnia brzuchatego łydki i mięśnia piszczelowego przedniego oraz mięśnia prostego uda (jednej z czterech głów mięśnia czworogłowego uda). Z punktu widzenia predyspozycji do zakrzepicy szczególnie ważne są zmiany obserwowane w mięśniu brzuchatym łydki, ponieważ w większość zmian zakrzepowych umiejscawia się (lub rozpoczyna) ona w żyłach goleni lub/ i zatokach mięśni w tej okolicy. Obserwowane przez autorów zmiany elektromiograficzne wtórnie mogą zaburzać niskociśnieniowy przepływ żylny i uruchamiać kaskadę zakrzepicy[11,12].

Podczas wielogodzinnej pracy w pozycji siedzącej prawidłowe ustawienie stawów kończyn dolnych jest szczególnie ważnym czynnikiem. Podobnie jak Leavitt [12] zalecili oni umieszczenie stóp w lekkim zgięciu (0–150) i podparcie pod podpory lub podłogę. Ponadto podkreślili także potencjał ruchu zgięcia grzbietowego i podeszwowego do aktywacji pompy mięśniowej i poprawy krążenia, co także potwierdza wyniki innych autorów Corlett[6,7]. Zalecili oni również utrzymanie małego zgięcia stawu kolanowego i zgięcia stawu biodrowego 95–1200. Ta pozycja zapewnia nachylenie przedniej części miednicy, które można dodatkowo powiększyć, przesuwając jedną stopę dalej do przodu. Prawidłowe siedzenie ergonomiczne zmniejsza dyskomfort mięśni i sztywność stawów w kończynach dolnych podczas wstawania, a także nie prowadzi do gromadzenia się płynu w żyłach kończyn dolnych, co może powodować dyskomfort i ból. Biorąc pod uwagę, że dysfunkcja naczyń krwionośnych w kończynach dolnych wywołana długotrwałym siedzeniem wydaje się w dużej mierze odwracalna nawet już przy niewielkiej aktywności. Wprawdzie w tej chwili nie jest jasne, czy zmniejszony przepływ w naczyniach związany z siedzeniem jest czynnikiem predysponującym do rozwoju miażdżycy[15]. Dlatego też siedząc, należy wykonywać ruchy wspięcia na palce (obuwie na płaskiej lub prawie płaskiej podeszwie!). Co jakiś czas trzeba przyjąć postawę stojącą i pomaszerować w miejscu. Warto rozważyć w tych szczególnych warunkach pracy zdalnej możliwość umieszczenia komputera na rowerze stacjonarnym.

COVID-19 to także współbieżne, groźne dla życia i zdrowia, patologiczne zjawiska niezwiązane bezpośrednio z infekcją i zniszczeniem układu oddechowego, a zależne od zmiany trybu życia i ograniczeń aktywności ruchowej.

Piśmiennictwo

1. Ali A et al., Seated-Immobility Thromboembolism Syndrome Complicating Coronavirus Disease Outbreak Quarantine, Chest, 2020; 158(4): A1614.
2. Aldington S, Ali A. et al.: Seated-Immobility Thromboembolism syndrome complicating Coronavirus Disease 2019 outbreak quarantine. Chest, 2020 Oct; 158(4): A1614.
3. Beasley R et al.: eThrombosis: the 21 st century variant of venous thromboembolism associated with immobility. Eur Respir J R 2003 Feb;21(2):374–6.
4. Beasley R.,Heuser P., Raymond.:SIT (Seated Immobility Thromboembolism) syndrome: a 21st century lifestyle hazard. N Z Med 2005 Apr 1;118(1212).
5. Cheng JA et al.: – Venous Thromboembolism in a a healthy youn man. An unintended consequence of coronavirus disease. 2019 pandemic lockdown. World J Emerg Med. 2020;11(4):255–257.
6. Corlett EN. Sitting as a hazard. Safety Science 2008; 46: 815–821.

7. Corlett EN. Ergonomics and sitting at work. Work. 2009; 34(2): 235–238. 44.
8. Elikowski W. i wsp.: "e-Thrombosis" – venous Thromboembolism provoked by prolonged sitting position. Kardiol.Pol. 2011;69(4):37.
9. Franch-Llasat D.: e-Trombosis in the COVID area. Collarteral effects of confinement. Medicina Intensiva 2021,Mar 45(2),122.
10. Karaali E. et al.:Increased deep vein thrombosis cases during the COVID-19 quarantine.Phlebology:The J of Venous Disease, 2021,36.2.
11. Lee H.: A new case of fatal pulmonary thromboembolism associated with prolonged sitting at computer in Korea. Yonse Med J 2004 Apr 30;45(2):349–51.
12. Leavitt SB, Steward B. Sitting smarter. Health Facil Manage.1995; 8(6): 22–28.
13. Lippi G.,Mattiuzi C.,Favaloro EJ.: E-thrombosis: epidemiology, physiopathology and rationale for preventing computer-related thrombosis. An Transl Meed 2018,6(17) 344.
14. Mastalerz A,, Palczewska I.: The influence of trunk inclination on muscle activity during sitting on forward inclined seats. Acta Bioeng Biomech 2010;12(4),19.
15. Restaino RM, Holwerda SW, Credeur DP, Fadel PJ, Padilla J. Wpływ przedłużonego siedzenia na funkcję mikro – i makronaczyniowych rozszerzaczy kończyn dolnych i górnych. Exp Physiol . 2015;100(7):829–838. doi:10.1113/EP085238.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k2.php
Dzień 1., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 46:07

Dr hab. Monika Ołdak, prof. Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Nowoczesna diagnostyka genetyczna niedosłuchów

Wykonywanie badań genetycznych ma znaczenie dla identyfikacji przyczyny choroby, potwierdzenia statusu nosicielstwa wariantu patogennego w rodzinie oraz określenia ryzyka wystąpienia choroby u członków rodziny. Pozwala również na lepsze przewidzenie przebiegu choroby, ukierunkowanie dalszej diagnostyki, personalizację postępowania i metod leczenia.

Ze względu na bardzo dużą heterogenność genetyczną i zbliżony obraz kliniczny różnych jednostek chorobowych diagnostyka genetyczna niedosłuchu może opierać się o podstawowe metody analizy sekwencji DNA, jednak uzasadnione jest wykorzystanie metod wysokoprzepustowych.

Istnieje potrzeba tworzenia algorytmów badań genetycznych chorób narządów zmysłów i opracowanie optymalnych rozwiązań pod względem klinicznym i finansowym. Do tego niezbędna jest wiedza na temat uwarunkowań genetycznych chorób w określonej populacji. Nowa era diagnostyki genetycznej to nie tylko sekwencjonowanie wysokoprzepustowe, ale również ścisła współpraca genetyków i klinicystów oraz wykonywanie badań funkcjonalnych weryfikujących patogenność zidentyfikowanych wariantów genetycznych.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 42:01

Prof. Włodzimierz Opoka, dr n. med. Mariusz Janikowski

Równoległy świat leków

Na wstępie wyrażamy podziękowanie za możliwość wygłoszenia jednego z 46. wykładów na 3. Kongresie „Zdrowie Polaków" w ramach bardzo bogatego programu zrealizowanego przez grono świetnych fachowców pod kierownictwem profesora Henryka Skarżyńskiego, przewodniczącego Rady Programowej 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021.

Jak wynika z wielu wystąpień podczas 3. Kongresu, problemy ochrony zdrowia były, są i będą bardzo złożone, a do ich rozwiązań jest niezbędna współpraca szerokiego grona specjalistów, a także organizatorów ochrony zdrowia w naszym kraju.

Jednym z problemów do rozwiązania w naszej ocenie jest stanowcze działanie przeciwko zatarciu się granicy pomiędzy lekami i suplementami diety. Wynika to z jednej strony z produkowania suplementów diety w tych samych postaciach co leki (np. tabletki czy kapsułki) i oferowania ich, podobnie jak leków, w aptekach. A z drugiej strony, że coraz częściej oferuje się suplementy diety zawierające składniki fizjologicznie aktywne. W związku z tym, jak odróżnić suplement diety od leku, jeżeli sugeruje się w wielu reklamach przedstawianych w środkach masowego przekazu (TV, radio, internet, gazety w formie papierowej), że dany suplement diety leczy czy też „wspomaga leczenie", a także zapobiega chorobom. W ustawie *Prawo farmaceutyczne* jest jednoznacznie określone, że to właśnie leki mają właściwości zapobiegania oraz leczenia chorób, a także poprawiania bądź modyfikowania funkcji fizjologicznych. W kontekście definicji suplementów diety sformułowanej w ustawie o „bezpieczeństwie żywności i żywienia" suplement diety jest produktem, który zawiera skoncentrowane ilości witamin lub składników mineralnych, a także innych substancji, które wykazują efekt odżywczy lub inny fizjologiczny. W przypadku gdy dany produkt można zakwalifikować jako środek spożywczy i jako produkt leczniczy, powinno się stosować przepisy prawa dotyczące produktów leczniczych. Dodatkową trudnością jest to, że zarówno w lekach, jak i suplementach diety są coraz częściej te same substancje wykazujące sprawdzone działanie fizjologiczne.

W celu uniknięcia kosztownych obowiązkowych badań przypisanych lekom producenci suplementów diety już od wielu lat starają się „zasugerować" nabywcom, że w wielu przypadkach suplement diety działa tak samo jak lek, bo zawiera składniki fizjologicznie aktywne, a jest dużo tańszy. Dla suplementów diety nie ma również konieczności określenia działań niepożądanych tak jak dla leków, a przecież niektóre składniki zawarte w suplementach diety mogą być przedawkowane. Jeśli będą zażywane bez kontroli lekarza, mogą zagrażać zdrowiu, a nawet życiu człowieka.

Zdając sobie sprawę z tego, że wielu ludzi regularnie spożywa różne suplementy diety, należy zaproponować rozwiązanie, które byłoby działaniem w kierunku ochrony zdrowia konsumentów/pacjentów poprzez wprowadzenie co najmniej części obowiązkowych badań przeprowadzanych dla leków. W naszej ocenie należy zaproponować producentom suplementów diety przeprowadzenie następujących badań, aby ewentualnie mogli podawać fizjologiczne działania swoich produktów po uzyskaniu odpowiednich certyfikatów, jeśli:

- będzie zbadany skład jakościowy i ilościowy przez niezależne akredytowane laboratorium,
- będzie określona czystość mikrobiologiczna,
- będzie określone, jaka część składnika fizjologicznie czynnego z deklarowanej ilości zostanie uwolniona do sztucznych soków trawiennych.

Największy wpływ na biodostępność leków ma dostępność farmaceutyczna, czyli stopień i szybkość uwalniania się substancji leczniczej z danej postaci leku i jej rozpuszczanie w płynach ustrojowych, co jest ważnym parametrem określającym daną postać leku. Dostępność biologiczna stanowi jeden z najważniejszych parametrów charakteryzujących jakość preparatu farmaceutycznego. Porównawcze badanie dostępności biologicznej (tzn. badanie równoważności biologicznej) może być niezbędnym etapem badań wykonywanych przed wprowadzeniem na rynek leku generycznego.

Natomiast jeśli dany suplement diety zawiera substancję fizjologicznie aktywną, to trzeba rozważyć, czy należy poza sprawdzeniem stopnia

uwalniania substancji aktywnej, np. z tabletki, określić również dostępność biologiczną. Wtedy należałoby wprowadzić badanie umożliwiające określenie dostępności biologicznej poprzez określenie szybkości i stopnia wchłaniania substancji leczniczej z danej postaci wyrobu medycznego. Umożliwi to określenie parametrów farmakokinetycznych, takich jak:

- AUC (*Area Under the Curve*) – pole powierzchni pod krzywą zależności stężenia substancji czynnej we krwi od czasu. Parametr ten informuje o całkowitej ilości substancji aktywnej, jaka została wchłonięta do organizmu,
- C max – maksymalne stężenie składnika czynnego preparatu, jakie jest osiągane we krwi po podaniu,
- t max – czas, który mija od podania preparatu zawierającego składnik aktywny do osiągnięcia we krwi maksymalnego stężenia substancji aktywnej,

oraz będzie stwierdzony brak zanieczyszczenia metalami ciężkimi takimi jak rtęć, ołów, kadm oraz arsen.

Kolejny zakres badań pozostawiamy do szerokiej dyskusji w zależności od konkretnego suplementu diety, który miałby uzupełniać zdiagnozowane przez lekarza niedobory składników organicznych lub nieorganicznych w organizmie człowieka. Może okazać się, że dany suplement diety po spożyciu ulega interakcjom z lekami czy też z pokarmem, a także może mieć działania uboczne, co należy wziąć po uwagę, opracowując jego szczegółową ulotkę. Jesteśmy przekonani, że podobnie jak nam nikomu nie zależy na likwidacji produkcji suplementów diety zawierających fizjologicznie czynne składniki (API – ang. *active pharmaceutical ingredients*), jedynie na tym, żeby były poddane proponowanym badaniom, aby zapewnić bezpieczeństwo ich stosowania dla dobra konsumentów/ pacjentów.

W celu zapewnienia możliwości badań suplementów diety postulujemy utworzenie sieci akredytowanych laboratoriów przy wydziałach farmaceutycznych dysponujących odpowiednią aparaturą i wyszkolonym personelem, aby sprostać potrzebom, które pojawią się po wprowadzeniu przez kompetentne instytucje odpowiednich przepisów.

Dotychczasowe działania Zespołu ds. Suplementów Diety, pod przewodnictwem dr inż. Katarzyny Stoś, prof. nadzw. NIZP-PZH (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny), zaowocowały podjęciem ważnych uchwał w dniu 07.02.2020, które są cytowane poniżej:

- *Uchwała nr 1/2020* – w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej maksymalnej dawki witaminy E w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety: 250 mg.
- *Uchwała nr 2/2020* – w sprawie wyrażenia opinii dotyczącej maksymalnej dawki witaminy K w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety: 200 µg z adnotacją, że „produkt nie powinien być spożywany przez osoby przyjmujące środki przeciwzakrzepowe zawierające antagonistów witaminy K (np. warfaryna i acenokumarol)".
- *Uchwała nr 3/2020* – określa maksymalną ilość boru w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety na poziomie 3 mg (osobom dorosłym).
- *Uchwała nr 4/2020* – określa maksymalną ilość chromu w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety na poziomie 200 µg (dla dorosłych).
- *Uchwała nr 5/2020* – określa maksymalną ilość fluoru w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety na poziomie 3,5 mg (osobom dorosłym).
- *Uchwała nr 6/2020* – określa maksymalną ilość fosforu w zalecanej dziennej porcji w suplementach diety na poziomie 450 mg (dla dorosłych).
- *Uchwała nr 7/2020*
  1. Sproszkowany korzeń Withania somnifera (L.) Dunal (Witania ospała z rodziny psiankowatych) można stosować w ilości poniżej 3 g na dobę (dawka dla dorosłych z wyłączeniem kobiet w ciąży i w trakcie laktacji).
  2. Maksymalna zawartość witanolidów nie może przekraczać 10 mg w zalecanej do spożycia dziennej porcji produktu.
  3. Podmiot wprowadzający do obrotu ten środek spożywczy powinien dołączyć specyfikację ilościową, w której będzie potwierdzona zawartość sumy witanolidów w przeliczeniu na zalecaną do spożycia dzienną porcję produktu.

W oznakowaniu suplementów diety zawierających Withania somnifera (L.) Dunal rekomenduje się

umieszczenie ostrzeżenia: „Produkt nie powinien być spożywany w przypadku stosowania leków o działaniu uspokajającym, nasennym, przeciwpadaczkowym, nie stosować u dzieci, kobiet w ciąży i w trakcie laktacji".

Do wyrobu leków oraz jako suplement diety stosuje się korzenie oraz owoce witanii. Brak badań umożliwiających jednoznaczne potwierdzenie jej efektywności, ale są przeciwwskazania co do stosowania z niektórymi lekami.

Inne zalecenia Zespołu ds. Suplementów Diety:

1. witamina C – 1000 mg/dzień, ponadto w oznakowaniu suplementów diety zawierających wysoką zawartość witaminy C rekomenduje się umieścić następujące ostrzeżenie: „nie stosować u osób mających predyspozycje do tworzenia kamieni nerkowych lub chorujących na kamicę nerkową";
2. witamina A – 800 µg w formie równoważnika retinolu (retinol i estry retinylu)/dzień, oraz 7 mg w formie karotenu/dzień;
3. kwas foliowy – 600 µg/dzień oraz 800 µg/dzień w przypadku gdy suplement oznaczono jako przeznaczony dla kobiet w ciąży. Ponadto w oznakowaniu suplementów diety zawierających kwas foliowy w ilości 800 µg rekomenduje się umieścić ostrzeżenie: „u kobiet w ciąży stosować po konsultacji z lekarzem";
4. niacyna – 830 mg/dzień w formie amidu kwasu nikotynowego oraz 16 mg/dzień w formie kwasu nikotynowego;
5. mangan – 1,8 mg/dzień;
6. cynk – 15 mg/dzień.

Jak wynika z podjętych uchwał i zaleceń w suplementach diety są określone dawki aktywnych fizjologicznie składników, czego konsekwencją powinien być określony tryb kontroli tych produktów przez niezależnych analityków pracujących w akredytowanych laboratoriach, ponieważ byłoby niewłaściwe, żeby producent sprawdzał jakość swoich wyrobów we własnych laboratoriach.

Z racji zgłaszania do GIS olbrzymiej ilości suplementów diety należy już zacząć przygotowania, aby uruchomić dodatkowe akredytowane laboratoria powołane przy wydziałach farmaceutycznych, w których wykonywano by badania suplementów diety w zawężonym, zaproponowanym wcześniej w niniejszym opracowaniu zakresie. Jest to szczególnie ważne w przypadku badania suplementów diety zawierających różne wyciągi np. z roślin, które powinny być standaryzowane, a stosowane metody analityczne wykorzystywane do oznaczeń jakościowych i ilościowych należy poddać walidacji, a także powinien być stosowany odpowiedni materiał certyfikowany.

Należy również podkreślić potrzebę prowadzenia ciągłej działalności edukacyjnej dla lekarzy i farmaceutów poprzez uświadamianie zagrożeń wynikających z nierzetelnych informacji dotyczących leków, szczepionek oraz suplementów diety i wyrobów medycznych. Warto też pomyśleć o odpowiedniej edukacji zdrowotnej propagowanej przez państwo. Powinien to być program, który winien uświadamiać wszystkim, że leku przepisanego przez lekarza nie można samodzielnie zmieniać bez konsultacji z lekarzem prowadzącym. Należy szczególnie uczulać pacjentów na „zamienniki" z reklam. Reklamy suplementów atakujące nas w mediach często są mylące dla przeciętnego konsumenta. Nierzadko bowiem tworzy się je tak, żeby nie naruszały prawa, ale jednak sugerowały lecznicze właściwości suplementu. Z tego względu edukacja społeczeństwa powinna być nastawiona na odpowiednie postawy prozdrowotne, w tym na przeciwstawianie się m.in. ruchom antyszczepionkowym itp.

Byłaby również wskazana współpraca ze stowarzyszeniami, które mają doświadczenie w zakresie zwalczania sfałszowanych leków, a także różnych wyrobów medycznych, w tym suplementów diety, jak stowarzyszenie Stop Nielegalnym Farmaceutykom (http://stopnf.org.pl) prowadzone przez prof. dr. hab. n. farm. Zbigniewa Fijałka, którego głównym celem jest prowadzenie działalności edukacyjnej dla środowiska akademickiego oraz przedstawicieli organów ścigania. Na szczególną uwagę zasługuje również stowarzyszenie Fight the Fakes Alliance (www.fightthefakes.org), którego celem jest zwiększenie świadomości u ludzi na temat zagrożeń związanych z podróbkami leków na świecie. Daje głos tym, którzy zostali osobiście poszkodowani i dzieli się historiami osób pracujących nad powstrzymaniem tego zagrożenia dla zdrowia publicznego. Ma na celu zbudowanie globalnego ruchu złożonego z organizacji i osób, które rzucą światło na negatywny wpływ fałszywych leków na zdrowie ludzi na całym świecie, a także na ograniczenie ich negatywnych konsekwencji. Fight the Fakes Alliance jest pierwszym stowarzyszeniem mającym na

celu rozwiązanie tego problemu w całym łańcuchu dostaw produktów farmaceutycznych poprzez zaangażowanie i koordynację zainteresowanych stron z różnych środowisk.

Byłoby dobrze wzorować się również na prowadzonych działaniach FDA w USA, z którymi warto się zapoznać i rozważyć ich wprowadzenie w Polsce. Wiadomo, że obecność aktywnych substancji farmaceutycznych w suplementach diety czyni je de facto niezatwierdzonymi, a nawet można tak określić – nielegalnymi lekami, które stanowią poważny problem dla zdrowia publicznego. W USA z produktów, dla których potwierdzono zafałszowanie więcej niż jeden raz, 68% miało inne aktywne substancje farmaceutyczne wykryte i zgłoszone dopiero w drugim lub trzecim publicznym ostrzeżeniu przez FDA. Oznacza to, że produkty te mogą mieć w różnym czasie różny skład i mogą być nadal sprzedawane, nawet po ostrzeżeniach FDA, co może stanowić potencjalne zagrożenie dla pacjentów. Jest to szczególnie alarmujące, zwłaszcza biorąc pod uwagę fakt, iż FDA może testować tylko niewielką część produktów dostępnych aktualnie na rynku. Suplementy diety sprzedawane w innych wskazaniach niż problemy z erekcją, odchudzaniem lub budową masy mięśniowej były najczęściej zafałszowane przy użyciu diklofenaku, deksametazonu, ibuprofenu, prometazyny, diazepamu czy kaptoprylu. Wyniki badań produktów z rynku legalnego doprowadziły do wprowadzenia nowej monografii do USP: *Appendix XVII: Food Fraud Mitigation Guidance*. Zakres tego dodatku obejmuje tylko jeden rodzaj fałszowania żywności – celowe motywowane ekonomicznie fałszerstwo *(Intentional and Economically Motivated Adulteration of Foods)*. Zafałszowanie przy użyciu aktywnych składników farmaceutycznych nie dzieje się przypadkowo i stanowi poważne zagrożenie, ponieważ konsumenci są nieświadomi ich rzeczywistego składu. Kolejnym zidentyfikowanym problemem był brak deklarowanych składników w ziołowych suplementach diety.

W Europie na szczególną uwagę, ze względu na wiarygodność, zasługują dwa programy badań przeprowadzone przez Europejską Sieć Państwowych Laboratoriów Kontroli Leków (OMCL, EDQM). Pierwszy z nich *MSSIP002: Dietary Supplements advertised as Sexual Potency Enhancers*, dotyczył badania suplementów diety reklamowanych jako produkty wspomagające potencję (wg https://www.edqm.eu/sites/default/files/mssip002-omcl_summary_report.pdf). Uczestniczyło w nim 17 OMCL-i z różnych państw europejskich, w których zbadano łącznie 522 produkty, z czego 34% pochodziło z legalnej sieci dystrybucji. 259 zbadanych próbek zawierało niedeklarowane API, co stanowiło 50% całości. Biorąc pod uwagę tylko produkty z legalnego łańcucha dostaw, 82 ze 180 analizowanych próbek (około 46%) zawierało niedeklarowane API. Ogółem uczestnicy zidentyfikowali w próbkach ponad 15 różnych API. Należy wyraźnie podkreślić, że niedeklarowane API znaleziono również w próbkach z legalnego łańcucha dostaw (np. aptek, sklepów ze zdrową żywnością, sklepów spożywczych itp.).

Drugi *MSSIP004: Medicines in disguise* dotyczył badań produktów zawierających niedeklarowane API, czyli ukrywających, że są de facto lekami (https://www.edqm.eu/sites/default/files/medias/fichiers/OMCL/study_report_on_medicines_in_disguise.pdf). Do udziału w tym programie zgłosiło się ponownie 17 OMCL-i z różnych państw europejskich, w których zbadano łącznie 361 produktów. 32% zgłoszonych przypadków odpowiadało produktom, które nie były prezentowane jako leki, ale jako suplementy diety, kosmetyki, wyroby medyczne itp. Ogółem stwierdzono, że 53% produktów nieleczniczych zawierało niedeklarowane API, opisane w systemie klasyfikacji anatomicznej substancji terapeutycznej (ATC) – międzynarodowa nazwa niezastrzeżona (INN). W sumie zidentyfikowano 19 różnych substancji czynnych.

Przedstawione w naszym wykładzie przykłady „wyjątkowych" suplementów diety, m.in. preparatów umożliwiających np. poprawę funkcjonowania układu krwionośnego, nerwowego, wpływanie na wzmocnienie układu odpornościowego (COVID-19) czy poprawę funkcjonowania układu kostno-stawowego i nawet wspomaganie w chorobach nowotworowych, a także zapewnienie możliwości radykalnego odchudzenia, nie mogą być w taki sposób w mediach przedstawiane bez udokumentowania podanych informacji odpowiednimi badaniami.

Zarówno lekarze, jak i farmaceuci dla dobra pacjentów powinni domagać się wprowadzenia regulacji prawnych (współpraca z prawnikami) określających zestaw obowiązkowych badań suplementów diety, które po otrzymaniu certyfikatu mogłyby być dystrybuowane w aptekach z gwarancją, że nie będą miały niedopuszczalnych działań niepożądanych. Utworzony Zespół ds. Polityki

Lekowej i Farmakoterapii, działający przy Naczelnej Radzie Lekarskiej, wraz z farmaceutami, którzy poprzez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne mogą zapewnić efektywniejsze działania w celu dopuszczania do obrotu tylko zbadanych preparatów posiadających odpowiedni certyfikat wystawiony przez akredytowane laboratoria.

Podsumowując, należy stwierdzić, iż istnieje RÓWNOLEGŁY ŚWIAT LEKÓW i jest to fakt, ponieważ w szumie medialnym konsumentom/ pacjentom jest coraz trudniej odróżnić suplement diety od leku i niestety coraz więcej osób uznaje, że suplement diety to lek. W związku z tym w dobrze pojętym interesie społecznym lekarze, farmaceuci oraz odpowiednie instytucje powinny zaangażować się w zmianę świadomości społeczeństwa, a jednocześnie doprowadzić do wprowadzenia obowiązkowych badań co najmniej suplementów zawierających fizjologicznie czynne składniki (API). Należy pamiętać o tym, że zażywając suplementy diety zawierające składniki fizjologicznie czynne, też można je przedawkować, a także mogą wystąpić działania uboczne.

Odpowiednio kontrolowane suplementy diety mogą odegrać pozytywną rolę, zwłaszcza u pacjentów stosujących różne diety mogące doprowadzić do niedoborów składników zarówno organicznych, jak i nieorganicznych w organizmie człowieka. Rzetelnie wyprodukowany oraz zbadany suplement diety może być ważnym elementem działań profilaktycznych i prozdrowotnych.

Reasumując, rynek suplementów diety należy jak najszybciej uporządkować w wielu aspektach, co jest konieczne dla zdrowia, a czasem nawet życia konsumentów/ pacjentów.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 2:17

Dr hab. Barbara Piekarska

Zdrowie środowiskowe jako jeden z elementów formułowania polityki zdrowotnej państwa i programów profilaktycznych

Organizacja państwa opiera się na funkcjonowaniu systemów zapewniających społeczeństwu realizację określonych, zdefiniowanych celów rozwoju społeczno-ekonomicznego. Jednym z tak rozumianych systemów jest system ochrony zdrowia, którego głównym celem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa, między innymi w kontekście zmian cywilizacyjnych coraz bardziej zyskującego na znaczeniu bezpiecznego środowiska. Zmniejszanie roli lub nawet pomijanie w procesach reform zagadnień promocji zdrowia medycyny zapobiegawczej i wielu innych, wykraczających poza tradycyjnie rozumianą medycynę, zagadnień zdrowia publicznego stanowi poważne zagrożenie dla elementarnego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego ogółu obywateli.

Medycyna prewencyjna i zdrowie publiczne ze względu na swoją specyfikę nie są w stanie funkcjonować, opierając się na mechanizmach rynkowych, dlatego też problematyka ta musi pozostać w sferze odpowiedzialności państwa.

Zdrowie publiczne w ostatnich dziesięcioleciach jest przedmiotem szerszego zainteresowania badaczy i praktyków, niektórzy mówią nawet o renesansie zdrowia publicznego, inni zaś wręcz używają pojęcia „nowe zdrowie publiczne".

W definicji ważny punkt odniesienia dotyczy zdrowia środowiskowego uznanego za jeden z pierwotnych celów działań w zdrowiu publicznym.

Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń środowiskowych to klasyczny przykład działań obejmujących wiele sfer, działań opartych na uregulowaniach prawnych dotyczących różnych sektorów gospodarki i życia społecznego.

Coraz większa waga nadawana jest zagadnieniu ryzyka dla zdrowia człowieka wynikającego z postępu technicznego, które stale się nasila i pogłębia oraz dotyka każdego z nas. Coraz wyraźniej

również dostrzegany jest związek między zachorowaniami człowieka a stanem środowiska (pojawiają się ponadto nowe zdrowotne zagrożenia środowiskowe). Czyste środowisko ma ogromne znaczenie dla zdrowia i dobrostanu ludzi.

Czym jest zdrowie środowiskowe?

Nie ma jednej uniwersalnej definicji zdrowia środowiskowego. Według *American Public Health Association* zdrowie środowiskowe to gałąź zdrowia publicznego, która:

- koncentruje się na relacjach między ludźmi a ich środowiskiem;
- promuje zdrowie i dobre samopoczucie człowieka;
- wspiera zdrowe i bezpieczne społeczności.

Zdrowie środowiskowe jest kluczowym elementem każdego kompleksowego systemu zdrowia publicznego. W tej dziedzinie pracuje się nad rozwojem polityk i programów mających na celu zmniejszenie narażenia na chemikalia i inne czynniki środowiskowe występujące w powietrzu, wodzie, glebie i żywności w celu ochrony ludzi i zapewnienia społecznościom zdrowszego środowiska.

National Environmental Health Association definiuje zdrowie środowiskowe jako naukę i praktykę w zapobieganiu urazom i chorobom ludzi oraz promowaniu dobrego samopoczucia poprzez: identyfikację, ocenę i ograniczenie narażenia na niebezpieczne czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne w powietrzu, wodzie, glebie, żywności i innych mediach środowiskowych, które mogą niekorzystnie wpływać na zdrowie człowieka.

W definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zdrowie środowiskowe „dotyczy tych aspektów zdrowia człowieka (w tym jakości życia), które są determinowane przez czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne, psychiczne i społeczne środowiska, obejmuje także założenia teoretyczne i praktykę w zakresie oceny, eliminacji i zapobiegania obecności w środowisku tych czynników, które mogą oddziaływać negatywnie na zdrowie obecnego i przyszłych pokoleń". Współczesne określenie „zdrowie środowiskowe" jest szerszym pojęciem niż termin „medycyna środowiskowa", która definiowana jest jako interdyscyplinarna dziedzina obejmująca medycynę, nauki o środowisku, chemię i inne nakładające się na patologię środowiskową. Ta dziedzina nauk medycznych dotyczy zapobiegania, rozpoznawania i leczenia zaburzeń zdrowotnych spowodowanych skażeniem środowiska. Efektywne działanie na rzecz poprawy stanu zdrowia i środowiska musi odbywać się w ramach ścisłej współpracy przede wszystkim resortów zdrowia i środowiska, a także innych sektorów.

WHO zdefiniowała również środowiskowe usługi zdrowotne jako „te usługi, które wdrażają politykę w zakresie zdrowia środowiskowego poprzez działania monitorujące i kontrolne". Pełnią one tę rolę poprzez promowanie poprawy parametrów środowiskowych oraz poprzez zachęcanie do stosowania przyjaznych dla środowiska i zdrowych technologii i zachowań. Odgrywają również wiodącą rolę w opracowywaniu i sugerowaniu nowych obszarów polityki.

Do prawidłowego funkcjonowania systemu zdrowia potrzebna jest kadra profesjonalistów, pozytywnie motywowana do realizacji misji i zadań, wykształcona zgodnie z wymogami współczesnej wiedzy medycznej, nowych technologii diagnostyczno-leczniczych oraz struktury potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. To nie tylko lekarze, dentyści, farmaceuci, pielęgniarki i położne, inny personel fachowo udzielający indywidualnych świadczeń zdrowotnych, ale również specjaliści wykształceni do działań w zakresie zdrowia publicznego w różnych instytucjach, nie tylko wprost związanych z sektorem opieki zdrowotnej (absolwenci szkół medycznych wyspecjalizowani w zagadnieniach zdrowia publicznego, a także: biolodzy, chemicy, ekonomiści, inżynierowie środowiska, socjolodzy czy prawnicy). Dotyczy to również przedstawicieli innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w tym specjalistów w dziedzinie zdrowie środowiskowe.

Kim jest specjalista zdrowia środowiskowego?

Urzędnik ds. zdrowia środowiskowego *(Environmental Health Officer)* to osoba, która pracuje nad zapewnieniem zdrowia publicznego. Niektórzy urzędnicy zajmujący się ochroną środowiska pracują dla prywatnych organizacji, podczas gdy inni są zatrudnieni w agencjach rządowych. Chociaż obowiązki mogą się różnić w zależności od miejsca, w którym pracuje urzędnik ds. zdrowia środowiskowego, praca zawsze wymaga upewnienia się, że warunki życia i pracy ludzi są bezpieczne i zdrowe.

Inne określenia urzędnika ds. zdrowia środowiskowego to konsultant ds. zdrowia środowiskowego,

specjalista ds. zdrowia środowiskowego i urzędnik ds. zdrowia publicznego. Większość funkcjonariuszy pracuje dla lokalnych agencji rządowych odpowiedzialnych za zdrowie i bezpieczeństwo publiczne. *Environmental Health Officer* mogą również pracować dla dużych firm, dla wojska lub niezależnie jako prywatni konsultanci. Urzędnicy ds. zdrowia środowiskowego często pracują w zespołach kierowanych przez lidera zespołu.

Urzędnicy zajmujący się ochroną środowiska zajmują się szeroką gamą zagadnień. Najczęstsze problemy, którymi muszą się zająć, to: zapobieganie chorobom, bezpieczeństwo żywności, higiena przemysłowa i gotowość na wypadek awarii. Zapewniają przywództwo, wsparcie i usługi dla różnych programów mających na celu ochronę społeczeństwa. Urzędnik ds. zdrowia środowiskowego może specjalizować się i koncentrować na jednym konkretnym obszarze, takim jak bezpieczeństwo żywności lub zapobieganie urazom, albo może zajmować się wszystkimi problemami zdrowotnymi na jednym określonym obszarze geograficznym.

Osoby te opracowują i wdrażają prawa i politykę dotyczące zdrowia publicznego i środowiska. Aby monitorować i egzekwować te przepisy, mogą przeprowadzać kontrole naruszeń zdrowia, badać skargi dotyczące zanieczyszczenia żywności, przeprowadzać kontrole przepisów budowlanych oraz badać wypadki w miejscu pracy. Muszą prowadzić dokładną dokumentację, zestawiać statystyki, pisać raporty i dostarczać dowodów w sprawach sądowych dotyczących naruszenia przepisów zdrowotnych i środowiskowych.

Jednym z najbardziej widocznych działań urzędnika ds. zdrowia środowiskowego jest reagowanie na sytuacje kryzysowe i katastrofy zdrowia publicznego. Oczekuje się, że funkcjonariusze zareagują szybko i będą pracować nad ochroną społeczeństwa przed zagrożeniami środowiskowymi i sanitarnymi. Powinni także świadczyć usługi, które pomagają społecznościom wyjść z katastrofy.

Zdrowie środowiskowe w programach krajowych

Efektywne działania na rzecz poprawy stanu zdrowia i środowiska powinny odbywać się w ramach ścisłej współpracy przede wszystkim resortów zdrowia i środowiska. Integracja i partnerstwo to motyw przewodni podejmowanych przez WHO przedsięwzięć.

Badanie stanu zdrowia oraz określanie potrzeb zdrowotnych powinno stanowić punkt wyjścia dla wszystkich działań mających na celu ochronę zdrowia. Prawidłowe określenie „problemów zdrowotnych" wymagających rozwiązania jest podstawą racjonalnej polityki zdrowotnej. Z tego powodu sposoby gromadzenia i analizy danych powinny umożliwiać także śledzenie dynamiki zjawisk zdrowotnych i umożliwiać porównywanie ich w czasie i przestrzeni. Identyfikacja i zwalczanie zagrożeń środowiskowych jest klasycznym przykładem działań obejmujących wiele sfer, działań opartych na uregulowaniach prawnych dotyczących różnych sektorów gospodarki i życia społecznego. Przykładem może być ochrona zasobów wody pitnej i kontrola jej jakości czy kontrola produkcji i obrotu żywnością. Należy podkreślić, iż nie zawsze są one postrzegane jako te, które mają pośredni czy nawet bezpośredni związek ze zdrowiem i są traktowane najczęściej jako „techniczne" sprawy gospodarki komunalnej lub ochrony środowiska.

Zagadnienia zdrowia środowiskowego zostały zawarte w Narodowym Programie Zdrowia (NPZ). NPZ jest dokumentem ustanawianym w celu realizacji polityki zdrowia publicznego i opiera się na współdziałaniu różnych organów administracji rządowej, jednostek samorządu terytorialnego oraz organizacji pozarządowych; Narodowy Program Zdrowia stanowi strategiczny dokument dla zdrowia publicznego, jest podstawą działań w tym zakresie. Cele operacyjne określone w Narodowym Programie Zdrowia mają pomóc w osiągnięciu celu nadrzędnego: by Polacy żyli dłużej i w jak najlepszym zdrowiu. Dbanie o środowisko tak, aby sprzyjało naszemu zdrowiu, jest koniecznością XXI wieku.

Według autorów Programu zapobieganie skutkom zdrowotnym zanieczyszczenia środowiska jest zwykle działaniem długotrwałym. W związku z faktem, że wyeliminowanie ze środowiska czynników szkodliwych jest niemożliwe, należy dążyć do ich ograniczenia. Taki kierunek działania został potwierdzony przez Unię Europejską. Zgodnie z wypracowanymi na jej forum wytycznymi zapobieganie chorobom środowiskowym powinno uwzględniać zarówno działania zmierzające do zmniejszania zanieczyszczenia środowiska, jak i działania z zakresu zdrowia publicznego mające na celu ograniczenie narażenia ludności na szkodliwe czynniki środowiskowe oraz redukcję ich skutków zdrowotnych. Pomimo dokonującej się w ostatnich latach poprawy

stanu środowiska sytuacja w naszym kraju jest wciąż niezadowalająca i wymaga intensyfikacji działań naprawczych. Zanieczyszczenia powietrza w miejscach pracy, w mieszkaniach, a także zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego, wody przeznaczonej do spożycia oraz wód powierzchniowych, gleby i żywności powodują występowanie wielu zaburzeń zdrowotnych.

Niepokojący jest fakt, iż w aktualnym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2021–2025 czynniki środowiskowe zostały zredukowane do środowiska pracy (zdrowie środowiskowe zostało utożsamione ze środowiskiem pracy), a nie zagadnień płynących ze środowiska naturalnego. Zdaniem *Health and Environment Alliance* Polska zbyt mało uwagi poświęcono tym zagadnieniom – zarówno w zakresie edukacji, profilaktyki, jak i adaptacji do istniejących już zagrożeń. Jest to istotne nie tylko ze względu na to, jak wielkie zagrożenie dla zdrowia publicznego powoduje niewłaściwe zarządzanie tymi czynnikami, ale także w świetle ostatnich badań, które wskazują na wysoką korelację złego stanu środowiska z zagrożeniem powodowanym przez koronawirus wywołujący COVID-19.

Wnioski

1. Świadomość związku pomiędzy stanem zdrowia a stanem środowiska jest coraz większa.
2. Coraz większe jest zainteresowanie działaniami zapobiegawczymi, ograniczającymi ryzyko zdrowotne.
3. Wzrost świadomości społeczeństwa dotyczącej zdrowia i środowiska oprócz korzyści indywidualnych może przyczynić się również do kształtowania polityki państwa i jego priorytetów, promowania pozytywnych zmian socjoekonomicznych i wzmocnienia norm społecznych uznających zdrowie za najwyższą wartość.

Piśmiennictwo

1. https://www.apha.org/topics-and-issues/environmental-health: dostęp: 2021.11.10
2. https://www.neha.org/about-neha/definitions-environmental-health: dostęp: 2021.11.10
3. Pałczyński C. 2011 – Podstawy medycyny środowiskowej. W Medycyna i higiena pracy. Redakcja Walusiak – Skorupa J. s: 15 – 20. Wydawca: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie. Warszawa 2011.
4. Kowalska I., Mokrzycka A. 2012 – Międzynarodowe koncepcje podstawowych funkcji/świadczeń zdrowia publicznego ze szczególnym uwzględnieniem funkcji środowiskowych i ich wpływ na identyfikację priorytetów zdrowia publicznego w Polsce. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. 2012. Vol.10, I.1, S: 31–44.
5. https://www.netinbag.com/pl/education/what-is-an--environmental-health-officer.html dostęp: 2021.11.08
6. Muszyńska-Graca M., Medycyna Środowiskowa, Sosnowiec 2001.
7. http://www.medecine-environnementale.org/en/environmental-medicine/what-environmental-medicine--means_000066.html/dostęp: 2021.11.04
8. Environmental Medicine – fact or fiction? Europ. Bull. Environ Health 1996.
9. Jarosińska D.: Medycyna Środowiskowa – Integracja Nauk Medycznych na Rzecz Zdrowia Środowiskowego. Medycyna Środowiskowa 1998; T. I, nr I:5–9.
10. https://wartowiedziec.pl/polityka-zdrowotna/58699--narodowy-program-zdrowia-wymaga-uzupelnienia--tylko-w-wyniku-zanieczyszczenia-powietrza-co-roku--przedwczesnie-umiera-50-tys-osob dostęp 2021.11.06

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 23:42

Dr hab. Danuta Raj-Koziak, prof. Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Współczesne możliwości diagnostyki i terapii szumów usznych

Szumy uszne to świadome słyszenie dźwięku tonalnego lub złożonego, dla którego nie można zidentyfikować odpowiedniego źródła akustycznego w otoczeniu. Mogą one powodować dysfunkcję

emocjonalną, zaburzenie funkcji poznawczych i/ lub pobudzenie autonomiczne prowadzące do zmian behawioralnych i niepełnosprawności funkcjonalnej. Uważa się, że dla 20% osób spośród wszystkich odczuwających szumy uszne stanowią one istotny problem kliniczny i właśnie ta grupa pacjentów zgłasza się po pomoc.

Celem diagnostyki szumów usznych w oparciu o wyniki testów audiologicznych oraz badań obrazowych jest znalezienie potencjalnego miejsca ich generacji w drodze słuchowej. Konsultacje stomatologiczne oraz fizjoterapeutyczne będą pomocne przy podejrzeniu szumów usznych somatosensorycznych, czyli generowanych poza układem słuchowym i najczęściej związanych z patologią stawu skroniowo-żuchwowego.

Po zakończonym procesie diagnostycznym pacjentowi proponowana jest najbardziej skuteczna terapia w oparciu o europejskie wytyczne na temat diagnostyki i leczenia szumów usznych. Metody terapeutyczne obejmują: aparatowanie słuchu, terapie dźwiękowe, zabiegi operacyjne, neurostymulacje. Ważnym elementem terapii słuchowej jest prowadzona równolegle terapia psychologiczna. W przypadku podejrzenia współistnienia z szumami usznymi zaburzeń lękowych czy depresyjnych pacjent powinien zostać skierowany do konsultacji psychiatrycznej.

Wnioski

1. Szumy uszne przed rozpoczęciem terapii zawsze wymagają diagnostyki – czyli określenia potencjalnego miejsca ich powstawania.
2. Ze względu na heterogeniczny charakter szumów usznych należy mieć na uwadze fakt, że nie ma jednej skutecznej terapii.
3. Proponowane obecnie metody terapeutyczne szumów usznych to: terapie objawowe oparte na treningu dźwiękiem, aparatowanie słuchu, neurostymulacje oraz – jeśli istnieją wskazania – zabiegi operacyjne.
4. Psycholog oraz fizjoterapeuta to specjaliści, którzy powinni znaleźć się w zespole diagnozującym oraz prowadzącym rehabilitację szumów usznych.
5. Podstawowy cel terapii to najlepsza możliwa redukcja szumów usznych przewlekłych oraz objawów towarzyszących w celu poprawy jakości życia.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 5:41:56

Dr n. o zdr. Anna Ratuszniak

Nowoczesne protezowanie słuchu

Celem protezowania słuchu jest redukowanie ograniczeń spowodowanych niepełnosprawnością słuchową. Ta z kolei wiąże się z ograniczeniami aktywności oraz trudnościami w podejmowaniu działań, jak również z ograniczeniami osoby posiadającej zaburzenia słuchowe w funkcjonowaniu w życiu codziennym. Celem protezowania staje się zatem ułatwienie funkcjonowania pacjenta. Jest to możliwe przede wszystkim w oparciu o poprawę detekcji, dyskryminację i identyfikację dźwięków, jak również poprawę rozumienia mowy.

Nowoczesność w protezowaniu słuchu traktować można zarówno jako zmiany zachodzące w obszarze dostępnych protez, jak i te dotyczące podejścia do pacjenta w procesie protezowania. Powszechnie stosowane protezy słuchu to głównie aparaty słuchowe, które odpowiednio wzmacniają dźwięk, pozwalając na kompensowanie niedosłuchu. W obszarze tym obserwuje się szybko postępujący rozwój technologiczny, pozwalający na implementowanie w aparatach najnowocześniejszych algorytmów adaptacyjnych. Należą do nich zaawansowane systemy obróbki dźwięku, uwydatniania mowy, redukcji hałasu, ograniczania zjawiska sprzężenia akustycznego, techniki wielomikrofonowe i inne. Wiele z tych rozwiązań jest dostępnych w aparatach słuchowych od dawna, dzięki współczesnym narzędziom zmienia się

jednak sposób ich działania, czego efektem jest większa skuteczność i automatyzacja. Do najbardziej atrakcyjnych nowoczesnych funkcji w aparatach słuchowych zalicza się algorytmy tzw. sztucznej inteligencji. Pozwalają one aparatom na wykorzystanie funkcji adaptacyjnych do uczenia się, co jest możliwe dzięki wysokozaawansowanej identyfikacji i filtracji sygnałów. Oprócz dostępnej wówczas „elastycznej", zautomatyzowanej pracy aparatu, staje się on narzędziem wielozadaniowym. Pozwala na monitorowanie funkcji psychofizycznych, tłumaczenie materiału dźwiękowego na język obcy w czasie rzeczywistym, wykrywanie upadków użytkownika i powiadamianie bliskich oraz wiele innych. Staje się zatem nie tylko narzędziem do lepszego słyszenia, a sposobem na łatwiejsze funkcjonowanie w dużo szerszym zakresie. W tym również obszarze nowoczesność objawia się dążeniem przez producentów aparatów słuchowych do minimalizacji rozmiarów protezy, jak również zapewnienia wysokiej estetyki urządzenia. Coraz bardziej popularne staje się wykorzystywanie narzędzi telemedycznych do zdalnej komunikacji z aparatami, co pozwala na sterowanie urządzeniem za pomocą aplikacji zainstalowanej na smartfonie, jak również zdalnego rozwiązywania problemów przez protetyka słuchu, co w dobie pandemii nabiera szczególnego znaczenia. Wykorzystanie technik szybkiego prototypowania w otoplastyce usprawnia również proces wykonywania indywidualnych wkładek usznych oraz obudów aparatów wewnątrzusznych.

Nowoczesność w kontekście protezowania obecna jest również w zmianie podejścia do pacjenta. Model tradycyjny koncentrował się głównie na protezie, urządzeniu. Obecny to model opieki skoncentrowanej na pacjencie, który stawia go w centrum podejmowanych działań medycznych jako całości. Ważne staje się zatem nie tylko zaopatrzenie ucha w protezę słuchu, lecz także całościowe podejście do osoby z zaburzeniami słuchu, pozwalające, dzięki zastosowaniu protezy, na ograniczenie trudności w ogólnym funkcjonowaniu i minimalizowanie konsekwencji niepełnosprawności słuchowej. W celu oceny zastosowanego rozwiązania wykorzystuje się zatem nie tylko audiologiczne narzędzia badawcze, ale również samoocenę w postaci ankiet i kwestionariuszy, co dopiero w połączeniu z badaniami daje specjalistom obraz efektów zastosowanego rozwiązania, możliwości zindywidualizowanego ustawienia, jak również prowadzenia postępowania rehabilitacyjnego.

Celem nowoczesnego protezowania jest zatem wykorzystywanie współcześnie dostępnych, zaawansowanych technologii nie tylko po to, aby pacjent lepiej słyszał i rozumiał mowę, ale przede wszystkim, żeby lepiej funkcjonował na płaszczyźnie edukacyjnej, zawodowej i społecznej.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 6:05:30

Prof. Piotr Rutkowski

Narodowa Strategia Onkologiczna – podsumowanie dotychczasowych działań

Narodowa Strategia Onkologiczna (NSO) stanowi najważniejszy dokument, który będzie kształtował podstawowe działania w zakresie onkologii w naszym kraju na najbliższe 10 lat. Przygotowywał ją Zespół Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej przy współpracy pracowników Ministerstwa Zdrowia, korzystając również z wiedzy ekspertów zewnętrznych. NSO oceniano m.in. w trakcie konsultacji z Krajową Radą ds. Onkologii, MD Anderson Cancer Center (Houston, USA), NCCN etc. Finalny dokument został zatem przekazany 30 listopada 2019 roku Radzie Ministrów do konsultacji międzyresortowych, a w lutym 2020 roku zatwierdzony. Od tego czasu rozpoczęto wdrażanie NSO, choć jest ono nieco zaburzone ze względu na pandemię SARS-CoV-2.

Zgodnie z ustawą o Narodowej Strategii Onkologicznej główne zadania Narodowej Strategii Onkologicznej obejmują:

1. Obniżenie zachorowalności na choroby nowotworowe przez edukację zdrowotną, promocję zdrowia i profilaktykę, w tym kształtowanie świadomości prozdrowotnej i propagowanie zdrowego stylu życia;
2. Poprawę profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych;
3. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin;
4. Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
5. Opracowanie i wdrożenie zmian organizacyjnych, które zapewnią chorym równy dostęp do koordynowanej i kompleksowej opieki zdrowotnej w obszarze onkologii;
6. Rozwój działalności szkoleniowej i edukacji oraz kształcenia kadr medycznych w obszarze onkologii;
7. Rozwój badań naukowych mających na celu poprawę i wzrost efektywności oraz innowacyjności leczenia chorób nowotworowych.

Podstawowym zamierzeniem NSO jest zmniejszenie umieralności w zakresie tych najczęstszych nowotworów, gdzie interwencje populacyjne mogą przynieść efekty w stosunkowo krótkim (10-letnim) terminie. Nowotwory są w Polsce drugą najczęstszą przyczyną zgonów po chorobach układu krążenia, a prognozy wskazują, że w ciągu najbliższych 5 lat liczba pacjentów onkologicznych może wzrosnąć o 15%, zaś w perspektywie 10 lat – o 28%. Według prognoz Krajowego Rejestru Nowotworów w 2026 roku należy spodziewać się około 190 tys. zachorowań rocznie. Obecnie w Polsce żyje prawie 990 tys. osób z chorobą nowotworową rozpoznaną w ciągu poprzedzających 15 lat.

Wobec tak zdefiniowanych potrzeb Narodowa Strategia Onkologiczna proponuje prowadzenie działań w pięciu obszarach, które obejmują 99 zadań z jasno zdefiniowaną odpowiedzialnością wykonawczą, terminami i miernikami oraz założeniami finansowymi:

1. Inwestycje w kadry, których celem jest poprawa sytuacji kadrowej i jakości kształcenia w dziedzinie onkologii. Działania mają na celu zwiększenie liczby lekarzy onkologów i lekarzy pokrewnych specjalności, włączenie kształcenia z zakresu profilaktyki nowotworów do programu kształcenia przeddyplomowego lekarzy i pielęgniarek. Planowana jest również organizacja kursów z profilaktyki nowotworów w trakcie kształcenia lekarzy innych specjalności oraz pielęgniarek.
2. Inwestycje w edukację, prewencja pierwotna i styl życia, których celem jest ograniczenie zachorowalności na nowotwory poprzez redukcję ryzyka w zakresie profilaktyki pierwotnej nowotworów. Działania mają na celu realizację zaleceń Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia palenia tytoniu, a także włączenie lekarzy, w tym lekarzy POZ i medycyny pracy w działania prewencji pierwotnej. Nowością jest wprowadzenie refundacji szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) od 2021 roku dla dziewczynek, a od 2026 roku dla chłopców w wieku dojrzewania.
3. Inwestycje w pacjenta, prewencja wtórna, których celem jest poprawa skuteczności profilaktyki wtórnej poprzez zwiększenie poziomu zgłaszalności na badania przesiewowe oraz poprawa jakości tych badań. Wskazane działania służą podniesieniu skuteczności badań przesiewowych w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi, szyjki macicy, płuca. Do końca 2024 roku zapewniony zostanie obowiązek stosowania mammografów cyfrowych w wykonywaniu badań przesiewowych (oraz ich certyfikacja i kontrola jakości), dodatkowo wprowadzony zostanie Fecal Immunochemical Test – FIT, jako alternatywny w profilaktyce raka jelita grubego. Proponowane jest włączenie do działań prewencji wtórnej lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i medycyny pracy.
4. Inwestycje w naukę i innowacje, których celem jest zwiększenie potencjału badań naukowych i projektów innowacyjnych w Polsce w celu umożliwienia pacjentom korzystania z najskuteczniejszych rozwiązań diagnostyczno-terapeutycznych. Celem wskazanych działań jest

zwiększenie udziału pacjentów onkologicznych w badaniach klinicznych, rozwój badań klinicznych niekomercyjnych w dziedzinie onkologii, stworzenie sieci biobanków onkologicznych oraz poszerzenie analizy danych w rejestrach medycznych. Dodatkowo planowane jest, aby do końca 2030 roku osiągnąć poziom przynajmniej 90% dostępnych innowacyjnych terapii onkologicznych wśród wszystkich refundowanych na terenie Unii Europejskiej.

5. Inwestycje w system opieki onkologicznej, których celem jest poprawa organizacji systemu opieki onkologicznej poprzez zapewnienie pacjentom dostępu do najwyższej jakości procesów diagnostyczno-terapeutycznych oraz kompleksowej opieki na całej „ścieżce pacjenta". Zaproponowane działania mają na celu wyrównanie poziomu opieki onkologicznej na szczeblu regionalnym, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta. W ramach obszaru proponowane jest wprowadzenie Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO), ośrodków kompetencji w zakresie leczenia raka płuca, raka jelita grubego, nowotworów ginekologicznych, nowotworów urologicznych, nowotworów wieku dziecięcego oraz nowotworów rzadkich, a także wprowadzenie standardów diagnostyczno-terapeutycznych. Rozwój kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej, paliatywnej i hospicyjnej. Ważnym obszarem będzie kompleksowa analiza danych i dostępność informacji dla pacjentów i lekarzy na jednym zintegrowanym portalu (Narodowy Portal Onkologiczny). Ponadto inwestycje w system opieki onkologicznej obejmują działania na rzecz poprawy jakości życia pacjentów onkologicznych w trakcie i po zakończeniu leczenia, jak np. powołanie doradcy społecznego dla pacjentów.

Obecnie za koordynację realizacji zadań NSO odpowiada Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy (NIO-PIB) w Warszawie. W tym celu utworzono w nim Dział Monitorowania i Koordynacji Narodowej Strategii Onkologicznej, który współpracuje na bieżąco z komórkami ministerstw i innych podmiotów zaangażowanych w NSO oraz co miesiąc organizuje robocze spotkania sprawozdawcze NSO. Do specyficznych zadań realizowanych obecnie przez NIO-PIB w zakresie NSO należą:

- bieżące pozyskiwanie, gromadzenie i analizowanie danych umożliwiających ocenę rezultatów zadań realizowanych w ramach NSO;
- współpraca z Biurem Komunikacji Ministerstwa Zdrowia w zakresie przygotowywania materiałów promocyjno-edukacyjno-informacyjnych dotyczących NSO (m.in. kampania Planuję Długie Życie);
- opracowanie Raportu Otwarcia obejmującego szczegółowy opis najważniejszych elementów wpływających na skuteczność i jakość leczenia, który pozwoli porównać wyniki po 5 i 10 latach obowiązywania NSO;
- opracowanie raportu dotyczącego wpływu pandemii COVID-19 na system opieki onkologicznej w Polsce;
- szerokie działania dotyczące poprawy profilaktyki nowotworów w Polsce. Bardzo ważnym elementem działań jest opracowywanie wytycznych postępowania diagnostyczno-terapeutycznego (nowotwory płuca; nowotwory o nieznanym punkcie wyjścia; nowotwory skóry, tkanek miękkich i kości; nowotwory ośrodkowego układu nerwowego, nowotwory ginekologiczne; nowotwory narządów wydzielania wewnętrznego oraz dotyczące postępowania w wieku przejściowym, czyli podczas przechodzenia z wieku dziecięcego w wiek dorosły); część z tych działań jest realizowana we współpracy z NCCN.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 4:18

Dr hab. Jolanta Sykut-Cegielska, prof. Instytutu Matki i Dziecka

Jak poprawić opiekę nad pacjentami z chorobami rzadkimi? Wrodzone wady metabolizmu jako choroby rzadkie

Choroby rzadkie (ang. *rare diseases*, RD) to choroby występujące w populacji z częstością mniejszą niż 5 na 10 000 osób (zgodnie z definicją stosowaną w Europie). Dotychczas zidentyfikowano około 8000 różnych RD. Dotyczą pacjentów w każdym wieku, z różnorodną symptomatologią, przebiegiem i rokowaniem (często niepomyślnym). Wśród nich 65% ma ciężki przebieg, 70% ujawnia się u dzieci przed 2. rokiem życia. W połowie przypadków RD stwierdza się niepełnosprawność intelektualną. RD prowadzą do zgonu w wieku niemowlęcym w 35%, w wieku od pierwszego roku życia do lat 15 – w 12%, znacznie upośledzają jakość życia pacjentów i ich rodzin. Szacuje się, że w Europie na RD choruje blisko 30 mln mieszkańców. RD mają zbliżoną charakterystykę z medycznego, społecznego, organizacyjnego i ekonomicznego punktu widzenia, co pozwala na potraktowanie tak różnych chorób, spełniających definicję RD, jako wspólnego zagadnienia. Brak polityki zdrowotnej dotyczącej wyłącznie RD i małe zasoby wiedzy specjalistycznej powodują opóźnienie rozpoznania i trudny nierówny dostęp do opieki. Zdecydowana większość RD to zaburzenia genetycznie uwarunkowane.

Wrodzone wady metabolizmu (WWM), będące przedmiotem dziedziny medycyny metabolicznej, stanowią ok. 25% wszystkich zidentyfikowanych RD. Ich wykrycie wymaga zastosowania kosztownych wysokospecjalistycznych metod laboratoryjnych (w tym biochemicznych, enzymatycznych, proteomicznych i metabolomicznych) oraz dużego doświadczenia w interpretacji uzyskiwanych wyników. Ostatnio coraz bardziej dostępne są nowoczesne techniki diagnostyki genetycznej jak sekwencjonowanie następnej generacji, pozwalające na ustalenie ostatecznej diagnozy, a także na identyfikację nowych chorób. Jednak wymagają one właściwej interpretacji co do znaczenia klinicznego obecności wykrytych wariantów (optymalnie poprzez wykonanie badań ekspresji białek) oraz współpracy z doświadczonym klinicystą (najlepiej specjalistą w dziedzinie pediatrii metabolicznej).

Pacjenci z WWM potrzebują skoordynowanej opieki wielospecjalistycznej, możliwej do zrealizowania w ośrodkach referencyjnych, które dysponują zarówno niezbędną infrastrukturą diagnostyczną, jak i kadrą medyczną z doświadczeniem w obszarze medycyny metabolicznej. Zaledwie kilka procent RD ma swoje dedykowane terapie w postaci sierocych produktów leczniczych. Często nowo odkrywane terapie są jedynymi opcjami leczniczymi. Jednak ze względu na swój bardzo wysoki koszt (należą do najdroższych terapii na świecie) praktycznie są niedostępne dla pacjentów, o ile nie podlegają refundacji. A czas od dopuszczenia do obrotu leku sierocego do zapewnienia jego refundacji w Polsce jest najdłuższy w porównaniu z innymi krajami europejskimi, bo wynosi powyżej trzech lat. Aktualnie ze 118 zarejestrowanych w EMA sierocych produktów leczniczych w naszym kraju refundowanych jest 32.

W celu poprawy opieki nad pacjentami z RD i ich rodzinami zgodnie z zaleceniem Rady Europy jeszcze z 2009 r. każdy kraj członkowski miał opracować i wdrożyć swoją strategię narodową do końca 2013 r. W Polsce, mimo że z inicjatywy stowarzyszeń pacjenckich i rodzicielskich od dawna podejmowano działania na rzecz takiej strategii, dopiero w 2021 roku Plan dla Chorób Rzadkich został przyjęty. Zakłada on zmiany w sześciu obszarach, tj.:

- Ośrodki Eksperckie Chorób Rzadkich;
- Diagnostyka chorób rzadkich, w tym dostęp do nowoczesnych metod diagnostyki genetycznej i metabolicznej;
- Dostęp do leków i środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego w chorobach rzadkich (z budżetu Funduszu Medycznego);
- Polski Rejestr Chorób Rzadkich;
- Paszport pacjenta z chorobą rzadką;
- Platforma Informacyjna „Choroby Rzadkie".

Powyższy program zawierający systemowe rozwiązania, z okresem realizacji przewidzia-

nym na trzy lata, jest szansą na realną poprawę zdrowia polskich pacjentów z RD. Będzie to wyrazem egalitarnego podejścia i wyrównania dla nich szans nie tylko w aspekcie zdrowotnym.

Wnioski

1. Rzadkie choroby, choć występują z małą częstością, mają duże znaczenie w aspekcie jednostkowym i społecznym.
2. Poprawa opieki nad pacjentami z rzadkimi chorobami to zgodnie z rekomendacjami europejskimi priorytetowe działanie.
3. Złożona specyfika diagnostyczna, terapeutyczna, psychospołeczna i organizacyjno-prawna chorób rzadkich wymaga odrębnej polityki zdrowotnej.
4. Wdrożenie przyjętego w 2021 roku Planu dla Chorób Rzadkich jest szansą na realną poprawę jakości opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi w Polsce.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 9:08:11

Dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat

Rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej

Stale rosnące wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe oraz związane z tym poważne konsekwencje zdrowotne i psycho-społeczne zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak i dla społeczeństwa, ukazują nieskuteczność dotychczasowych działań antynowotworowych w Polsce. Konieczne staje się zatem wypracowanie nowych strategii walki z rakiem. Badania socjologiczne wskazują na potrzebę szerokiego i wnikliwego uwzględniania w działaniach antynowotworowych perspektywy społeczno-kulturowej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na laickie przekonania związane z chorobami nowotworowymi oraz ich wpływ na postawy i zachowania zdrowotne (profilaktykę onkologiczną, zgłaszanie się do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, podjęcie leczenia oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich w przypadku diagnozy nowotworowej). Zgodnie z zasadami współczesnej promocji zdrowia konieczne jest również wzmacnianie podmiotowości jednostek i społeczności w ich dążeniu do utrzymania i pomnażania potencjału zdrowia.

Oczywiście w walce z chorobami nowotworowymi niezmiennie konieczne są działania makrostrukturalne, mające na celu zwiększenie jakości i dostępności do usług onkologicznych (profilaktyki, leczenia i rehabilitacji), zmniejszenie skażenia środowiska i narażenia na kontakt z rakotwórczymi substancjami oraz poprawę stylu życia społeczeństwa poprzez prozdrowotną działalność legislacyjną, a także prozdrowotne rozwiązania systemowe. Jednakże zarówno w działaniach na poziomie makro-, jak i mikrostrukturalnym (w środowisku bezpośredniego funkcjonowania jednostek) niezbędne jest uwzględnianie społeczno-kulturowych determinant stylu życia poszczególnych społeczności, w tym: czynników społeczno-demograficznych (płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan cywilny, liczba dzieci) oraz strukturalnych (poziom wykształcenia i dochód); norm społecznych dotyczących zdrowia; wartości związanych ze zdrowiem; a także zachowań i przekonań zdrowotnych związanych z rakiem.

Uwzględnianie perspektywy społeczno-kulturowej w działaniach antynowotworowych jest konieczne ze względu na istnienie „rakofobii", czyli wysokiego poziomu lęku przed tą grupą chorób. „Rakofobia" rozpatrywana jest jednak w literaturze przedmiotu nie w kategoriach choroby w sensie medycznym, lecz jako zjawisko społeczno-kulturowe ze względu na powszechność występowania w społeczeństwie oraz rozległe konsekwencje zdrowotne, psychiczne i społeczne chorób nowotworowych.

Socjologiczne badania porównawcze (2012/2018), prowadzone na dorosłych, zdrowych (bez diagnozy nowotworowej) mieszkańcach Wrocławia (n=910/898)[1] potwierdziły istnienie wysokiego poziomu lęku przed rakiem w przypadku 80% respondentów (81,98%/81,29%), w tym 46,27%/43,65% z nich odczuwa go w bardzo dużym i dużym stopniu. Nowotwory utożsamiane są przede wszystkim ze śmiercią, cierpieniem, bólem i męczarniami. Lęk przed rakiem w większym stopniu odczuwają: kobiety, osoby starsze, samotne, gorzej oceniające swoją sytuację materialną oraz osoby, w których rodzinie były przypadki zachorowania na raka.

Wysokiemu poziomowi lęku przed nowotworami towarzyszą ponadto przekonania fatalistyczne na temat tej grupy chorób. Fatalizm to przekonanie, zgodnie z którym wydarzenia i/ lub problemy zdrowotne, z którymi mamy do czynienia, są kontrolowane przez czynniki zewnętrzne, a zatem są poza kontrolą indywidualną. Przekonania fatalistyczne charakteryzują się pesymizmem, bezsilnością i zagubieniem odnośnie możliwości uniknięcia raka oraz poradzenia sobie z chorobą. Przekonania fatalistyczne nie są budowane w odniesieniu do faktów oraz do własnego wkładu w daną sytuację i własnych możliwości kontroli oraz wpływu, a w związku z tym ograniczają, demotywują jednostkę w jej postawach i zachowaniach zdrowotnych. Badania wskazują jednoznacznie, że przekonania fatalistyczne blokują/ negatywnie wpływają na: podejmowanie zachowań prozdrowotnych, w tym prewencyjnych; uczestnictwo w badaniach profilaktycznych, w tym w badaniach przesiewowych; zgłaszalność do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów; stosowanie się do zaleceń lekarskich i kontynuowanie leczenia. A w konsekwencji przekonania fatalistyczne negatywnie wpływają na przeżywalność.

W badaniach własnych (Synowiec-Piłat, 2020)[1] potwierdzono istnienie w świadomości respondentów przekonań fatalistycznych dotyczących bardzo wielu zagadnień związanych z chorobami nowotworowymi, spośród których warto wspomnieć o następujących: „rak zawsze boli i wiąże się z cierpieniem" (70%/67%); „nowotworu nie da się wyleczyć, zawsze kończy się śmiercią" (24,40%/24,17%); 1/3 respondentów nie widzi zależności pomiędzy stylem życia a możliwością zachorowania na raka (31,87%/38,64; wzrost o 6,77 punktów procentowych); 1/4 respondentów oceniała jako niskie kompetencje zawodowe onkologów w naszym kraju (wiedzę i umiejętności); ponad 40% (43,19%/48,89%) negatywnie ocenia umiejętności interpersonalne onkologicznego personelu medycznego (spadek pozytywnych ocen o 5,70 punktów procentowych); ponadto nisko oceniana jest jakość i dostępność do onkologicznych usług medycznych.

Przekonania fatalistyczne częściej przejawiają: mężczyźni, osoby starsze, osoby niżej wykształcone i mniej zamożne oraz gorzej oceniające swoją sytuację materialną.

W badaniach własnych, podobnie jak w badaniach zachodnich, potwierdzono, iż wraz ze wzrostem poziomu lęku respondentów przed „rakiem" rośnie również poziom przekonań fatalistycznych. Co warte podkreślenia, potwierdzono także istnienie zjawiska „spirali fatalizmu nowotworowego", czyli wzajemne zależności pomiędzy różnymi wymiarami przekonań, oznaczające de facto wzmacnianie się przekonań fatalistycznych dotyczących raka.

Badania pokazały, że ponad 60% respondentów (63%/68%) nie wykonało w ostatnich trzech latach poprzedzających badanie żadnego badania profilaktycznego związanego z chorobami nowotworowymi. Potwierdzono też, że im wyższy poziom „rakofobii" oraz przekonań fatalistycznych, tym mniejsze prawdopodobieństwo uczestnictwa w onkologicznych badaniach profilaktycznych.

W oparciu o powyższe wyniki badań nakreślić można następujące rekomendacje i postulaty praktyczne dla promocji zdrowia i profilaktyki onkologicznej:

1. Konieczność szerokiego i wnikliwego uwzględniania czynników społeczno-kulturowych, w tym przekonań dotyczących nowotworów, w tworzonych interwencjach prozdrowotnych.
2. Poznanie wielowymiarowego obrazu, na który składałyby się przekonania dotyczące nowotworów, dotykające różnorodnych aspektów funkcjonowania jednostki, ma szczególne znaczenie diagnostyczne, ale przede wszystkim implementacyjne – zastosowanie w budowaniu i wdrażaniu strategii antynowotworowych.
3. W związku z wysokim poziomem zależności chorób nowotworowych od stylu życia we współczesnej promocji zdrowia akcentuje się potrzebę podejmowania stałych i cyklicznych interwencji na rzecz wzmacniania podmioto-

wości jednostek i grup społecznych w utrzymaniu i utrwalaniu potencjału zdrowia.
4. Podmiotowości tej, braniu odpowiedzialności za swoje zdrowie nie sprzyja jednak „rakofobia" oraz wysoki poziom przekonań fatalistycznych dotyczących chorób nowotworowych. W kontekście badanej społeczności, na szczególną uwagę zasługuje ponadto fakt istnienia tzw. spirali fatalizmu nowotworowego.
5. Konieczność prowadzenia cyklicznych interwencji prozdrowotnych i kampanii społecznych mających na celu zmniejszenie poziomu „rakofobii" i fatalizmu nowotworowego.

Dogłębne poznanie przekonań laików odnośnie chorób nowotworowych oraz ich wpływu na postawy i zachowania zdrowotne (np. udział w badaniach profilaktycznych) jawi się zatem jako obiecująca droga do wypracowania bardziej skutecznych strategii walki z nowotworami.

Piśmiennictwo
1. Synowiec-Piłat M., Przekonania i wiedza dotyczące chorób nowotworowych a uczestnictwo w onkologicznych badaniach profilaktycznych. Studium socjologiczne, Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2020, s. 564, ISBN 978-83-7055-626-6.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 41:56

Ks. dr Marcin Iżycki

Caritas Polska jako promotor prozdrowotnego stylu życia

Zanim streszczę swoje wystąpienie, chciałbym pogratulować organizatorom Kongresu stworzenia społecznie ważnej i interesującej platformy wymiany myśli na temat jednej z kluczowych wartości w życiu człowieka, czyli zdrowia. Serdecznie dziękuję za zaproszenie do Rady Programowej Kongresu oraz do udziału w dyskusji.

Zdrowie jest jedną z podstawowych, najbardziej cenionych wartości w życiu człowieka, warunkujących inne wymiary życia jednostki. Jest ono ważniejsze od wszelkich bogactw i dóbr materialnych, jest podstawą prawidłowego rozwoju człowieka; jego dobry stan umożliwia oraz ułatwia człowiekowi osiąganie życiowych celów, realizację marzeń. Traktowanie zdrowia jako jednego z najbardziej pożądanych i cenionych dóbr w życiu jednostki potwierdzają wyniki badań przeprowadzonych przez CBOS w grudniu 2020 roku na reprezentatywnej próbie 1052 pełnoletnich mieszkańców Polski. Na zachowanie dobrego stanu zdrowia, jako jednej z czołowych wartości, wskazało 47% respondentów; na drugim miejscu pod względem częstości odpowiedzi znalazła się rodzina, na którą wskazało 39% ankietowanych[1].

Zdrowie stanowi także podstawowy czynnik zasobów indywidualnych i społecznych, bowiem zdrowe jednostki tworzą zdrowe społeczeństwo, które wytwarzając różnego rodzaju dobra, zapewnia odpowiedni status życia swoim członkom. Pomimo że wielu ludzi deklaruje, że zdrowie jest dla nich wartością priorytetową, to jednak w życiu codziennym nie dba o nie w sposób wystarczający. Zdrowie zatem „powinno być obiektem troski, aby jak najdłużej było w dobrym stanie, umożliwiającym sprawne społeczne funkcjonowanie i zaspokojenie życiowych aspiracji"[2].

Dokonywane przez człowieka wybory w kontekście zachowań pro- lub antyzdrowotnych są w znacznym stopniu zdeterminowane przez strukturę kulturową, zawierającą normy, wzory, sposoby postrzegania i oceny zjawisk świata zewnętrznego, która stanowi dla niego swego rodzaju kapitał nabyty w toku procesu socjalizacji. Wśród różnych instytucji życia społecznego i organizacji, mających swój niewątpliwy udział we wspomnianym procesie kształtowaniu zachowań zdrowotnych i promocji zdrowia, ważną, w mojej ocenie, rolę pełni Caritas Polska.

Promocja prozdrowotnych stylów życia – zagadnienia definicyjne

Zanim rozwinę swoją myśl, chciałbym zatrzymać się na moment na zagadnieniach ogólnych, wy-

jaśniających, co rozumiemy pod pojęciami: „styl życia", „prozdrowotny styl życia" oraz „promocja zdrowia".

„Styl życia" to pojęcie funkcjonujące równolegle z definicjami kategorii sposobów życia, wzorów zachowań, wartości, kultury i postaw. W literaturze przedmiotu znajdujemy zatem różnorakie koncepcje stylu życia podkreślające indywidualną i zbiorową ekspresję społecznych różnic i podobieństw pomiędzy jednostkami.

Styl życia to także perspektywa codziennych wyborów dokonywana przez poszczególne jednostki spośród szerokiej gamy zachowań dopuszczalnych w danej kulturze, stanowiący swoistą strategię życiowego postępowania.

Do wyżej wspomnianych należą niewątpliwie zachowania prozdrowotne rozumiane jako „świadome i celowe zabiegi oraz czynności służące zdrowiu, podejmowane tak przez ludzi zdrowych, jak i chorych. Rodzaj i jakość tych zachowań składają się na styl życia człowieka. Zachowania sprzyjające zdrowiu to komponent działaniowy postaw zdrowotnych, zaś ich kształtowanie to jeden z najważniejszych celów edukacji zdrowotnej"[3].

Do zachowań sprzyjających zdrowiu zalicza się przede wszystkim odpowiednie odżywianie, aktywność fizyczną, odpowiednią ilość snu, rezygnację z zażywania substancji psychoaktywnych czy umiejętne spędzanie wolnego czasu. Tak więc styl życia zależy od wielu składowych zachowań człowieka.

Promocja zdrowia natomiast jest procesem, który umożliwia jednostkom i grupom społecznym kontrolę nad czynnikami warunkującymi zdrowie, sprzyjającym rozwijaniu zdrowego stylu życia, a także kształtującym środowiskowe i osobnicze czynniki pozwalające zachować zdrowie[4].

Z przeprowadzonych w sierpniu 2019 roku przez CBOS badań dotyczących zachowań prozdrowotnych i żywieniowych Polaków wynika, że zachowaniem, które w największym stopniu przyczynia się do poprawy zdrowia, jest, obok uprawiania ćwiczeń fizycznych, zdrowe odżywianie się (47%). Wyniki ankiety pokazują także, że przeważająca większość badanych (80%) jest przekonana, że odżywia się zdrowo lub bardzo zdrowo, mniej niż co piąta osoba deklaruje, że jej dieta jest niezdrowa (17%), a 3% nie potrafi tego jednoznacznie określić. Z przeprowadzonych badań wynika też, że Polacy deklarują, że częściej jedzą warzywa i owoce oraz produkty mleczne. W przypadku mięsa i jego przetworów trend nie jest już tak jednoznaczny[5].

Z zaprezentowanych badań wynika jeszcze jeden ciekawy wniosek: wzrasta świadomość Polaków na temat zależności pomiędzy zdrowiem, stylem życia oraz sposobem odżywiania się.

Działania Caritas Polska inwestycją w prozdrowotny styl życia

Można postawić, w moim przekonaniu, całkowicie zasadne pytanie: Jaką rolę w obszarze promocji prozdrowotnego stylu życia wyznacza sobie Caritas Polska – organizacja, która powstała z myślą o człowieku i działa, troszcząc się o jego szeroko rozumiany dobrostan? Misją Caritas Polska jest bowiem pomaganie w sposób mądry, a głównym drogowskazem staje się dla nas ewangelia i Katolicka Nauka Społeczna.

Warto myślę przypomnieć, że w kontekście zdrowia i dbałości o środowisko naturalne otrzymaliśmy sześć lat temu dokument, który wyznacza kierunki naszych działań – encyklikę papieża Franciszka *Laudato si*, której podtytuł brzmi: *W trosce o nasz wspólny dom*. Z dokumentu papieskiego, z którego wielokrotnie wybrzmiewa, że powinniśmy rozwijać się w sposób integralny, nie trudno dostrzec, jak elementarną częścią tego rozwoju jest właśnie zdrowie.

Myślę, że jako przedstawiciele środowisk, na których spoczywa odpowiedzialność za dobrostan drugiego człowieka, powinniśmy zdawać sobie również sprawę z pewnego paradoksu, z którym mamy współcześnie do czynienia: z jednej strony świat dotknięty jest pogłębiającym się konsumpcjonizmem, z drugiej natomiast niemała część ludności naszego globu cierpi z powodu niedożywienia, głodu czy braku dostępu do wody pitnej, które prowadzą do krańcowej niepewności życia. Dziś już chyba nikt nie ma wątpliwości, że głód wynika nie tyle z niewystarczających zasobów materialnych, ile z niedostatecznych zasobów społecznych, wśród których najważniejsze są natury instytucjonalnej. Jest to brak struktur będących w stanie przeciwdziałać prawdziwym kryzysom żywnościowym.

To są realne wyzwania, które stają przed Caritas Polska. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nasze działania w zakresie rekompensowania braków żywieniowych i dbałości o zdrowie muszą być

wieloaspektowe, czyli takie, które uwzględniają realne problemy i potrzeby naszych beneficjentów w Polsce i na świecie. O ile bowiem wśród udzielanej przez nas pomocy humanitarnej i rozwojowej za granicą priorytetem jest dystrybucja żywności oraz organizacja stałego dostępu do wody pitnej dla żyjącej w ubóstwie ludności, o tyle nasze działania w kraju ukierunkowane są bardziej na budowanie świadomości proekologicznej i prozdrowotnej wśród najmłodszych członków naszego społeczeństwa (dzieci i młodzieży).

Tę misję spełniamy, działając na dwóch poziomach:

1. Udzielając realnej pomocy, która wraz z rozwojem gospodarczym również nabiera zupełnie nowego wymiaru. Stąd rozwiązania, które proponujemy, są nastawione na zdrowy rozwój człowieka. Jednym z nich są paczki żywnościowe Caritas znane w całej Polsce, których formuła nabiera obecnie nowego charakteru, bowiem współpraca z sieciami handlowymi pozwala nam na pozyskiwanie żywności coraz lepszej jakości. Choć jest to zazwyczaj żywność z krótkim terminem przydatności, to dzięki silnym strukturom Caritas Polska rozbudowanym w całym kraju żywność dociera bardzo szybko do potrzebujących. Dzięki programowi placówki Caritas jadłodajnie prowadzone przez nas używają do przyrządzania posiłków produktów, które nie były dotąd dla nich dostępne, tj. wysokiej jakości mięsa, np. z królika, ryb, świeżych warzyw i owoców. Z kolei w punktach wydawania żywności osoby ubogie otrzymują raz w tygodniu paczkę zawierającą nabiał oraz owoce i warzywa. Jest to bardzo duża zmiana w dotychczasowej formule pomagania żywnościowego opartego na produktach tanich i głęboko przetworzonych.

   Z badań przeprowadzonych przez IPSOS na zlecenie Fundacji Biedronki i w porozumieniu z Caritas Polska wynika, że jeśli zamiast konkretnych produktów proponujemy seniorom wsparcie finansowe w postaci karty przedpłaconej, która umożliwia samodzielnie dokonywanie wyborów, to seniorzy mogą sobie pozwolić na częstszy zakup produktów z kategorii: nabiał (64% uczestników), owoce i warzywa (51% respondentów) oraz ryby i mięsa (49% ankietowanych), co przed udziałem w programie nie zawsze było możliwe. Zwiększony w ten sposób budżet domowy seniorzy mogą przeznaczyć na zakup żywności i leków oraz częściowo na opłatę rachunków[6].
2. Drugim filarem Caritas Polska są działania społeczno-edukacyjne. Dużą atencją otaczamy najmłodsze pokolenie, którego edukacja proekologiczna i prozdrowotna jest naszą wspólną inwestycją w zdrowe społeczeństwo w przyszłości. Jest ona realizowana dzięki projektowi „Caritas Laudato si'" (finansowany przez NFOŚiGW), który za cel stawia sobie odpowiedź na wezwanie papieża Franciszka oraz ekologiczne nawrócenie.

W ramach projektu w 12 diecezjach w całej Polsce odbywają się lokalne inicjatywy wolontariuszy, które odpowiadają na bardzo realne problemy związane z troską o nasz wspólny dom. Szkolne Koła Caritas, Parafialne Zespoły Caritas i Centra Wolontariatu Caritas mają przestrzeń, by zastanowić się, jaki jest ich lokalny problem ekologiczny i co mogą z nim zrobić. Ich twórcza praca jest wspierana finansowo (grantami na wykonanie projektów) oraz merytorycznie (przez zespół animatorów i specjalistów z dziedziny ekologii).

W taki sposób oddolnie powstają inicjatywy odpowiadające m.in. na problem marnowania żywności, smogu i zanieczyszczeń powietrza, takie, które zauważają problemy zanikających gatunków czy wszechobecnej wokół nas chemii (w nawozach, w domach i środkach czystości, w żywności), takie, które angażują i zbierają lokalną społeczność do wspólnego działania na rzecz innych.

Wymienię niektóre z nich:

- W ostatnim roku odbyło się kilkadziesiąt warsztatów w szkołach i parafiach, których tematyka odwoływała się do treści encykliki *Laudato si* – troski o nasz wspólny dom – ziemię. Dotyczyła nauki zasad zdrowego żywienia i kuchni *zero waste*. Jej efektem są między innymi książki, które tworzą sami uczniowie, mając poczucie, że to „ich dzieło", a nie narzucone z zewnątrz nakazy.
- Wśród działań praktycznych znalazło się wiele projektów lokalnych dotyczących zdrowego żywienia: np. zielniki przyparafialne, czyli społeczne ogrody w małych miejscowościach – takie,

do których można przyjść, wziąć sobie sadzonkę rośliny i zabrać do własnego domu. Powracamy w ten sposób do tradycji przydomowych ogródków i zachęcamy ludzi, by sami dbali o to, co jedzą. Ogrody, które powstają w ramach projektów, są oparte o zasady permakultury, rośliny nie są nawożone, odkrywamy, jak w sposób naturalny można hodować pożywienie.

- Sztandarowym naszym projektem jest słoik św. Franciszka, w który zaangażowane są dzieci oraz dorośli mieszkańcy. Jego idea polega na „dawaniu drugiego życia" tak zwanym resztkom z domowych lodówek i spiżarni. Projekt uczy, jak nie marnować jedzenia, oszczędzać zasoby, zmniejszać zużycie plastiku, świadomie gospodarować pieniędzmi i produktami spożywczymi: na etapie kupowania oraz w domowych kuchniach i spiżarniach.
- Jednym z ciekawszych projektów były te, które uświadamiają beneficjentom, jaką ilością chemii otaczają się na co dzień. Powszechne stosowanie sztucznych środków czystości oraz kosmetyków prowadzi do pogarszania stanu zdrowia człowieka, ale również do degradacji środowiska naturalnego poprzez zanieczyszczenie wody, powietrza i gleby. Skażona ziemia wydaje mniejsze lub chore plony, a szkodliwe czynniki w nich zawarte, tak jak ze skażonego powietrza czy wody, trafiają do organizmów ludzi i zwierząt.
- Dużym problemem jest liczba zużywanych na co dzień worków foliowych. Tak naprawdę w całej Polsce przyzwyczailiśmy się do tego, że wszystko pakujemy do jednorazówek. Są tak powszechnie dostępne, że nie zastanawiamy się nad tym, jakie skutki kryją się za naszą wygodą jako ich użytkowników. W projekcie zielonogórskim postanowiono pozbierać stare, niepotrzebne firany i materiały, a następnie uszyć z nich worki i torby wielorazowe. Gotowe materiały zostały rozdane i wykorzystane na różne sposoby: jako siatki do prania delikatnych ubrań, jako torby na owoce i warzywa, większe zakupy czy nawet pieczywo. Ograniczenie zużycia worków foliowych ma realny wpływ na nasze środowisko, szczególnie gdy zmiana dokonuje się w wymiarze całej lokalnej wspólnoty.

Patrząc na dzisiejszy świat, nie sposób nie zauważyć, że zdrowie i prozdrowotny styl życia są bardzo istotne dla współczesnego człowieka. Ludzie coraz chętniej angażują się w działania proekologiczne i prozdrowotne, widząc ich sens i głębokie znaczenie. Sama jednak tradycja zdrowego stylu życia w Polsce, pomimo silnych deklaracji respondentów dbania o własne zdrowie, wydaje się ciągle niewystarczająca, a subiektywna wartość przypisywana zdrowiu nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w codziennej praktyce.

Warto również podkreślić fakt, że dziś, chyba bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, musimy zdawać sobie sprawę z tego, że zdrowa żywność, zdrowe nawyki żywieniowe to inwestycja w zdrowe społeczeństwo i lepszą jakość życia następnych pokoleń. To jest zadanie nie tylko dla Caritas Polska, ale z pewnością dla nas wszystkich.

Piśmiennictwo

1. CBOS, Wartości w czasach zarazy. Raport z badań, Warszawa, 2020, s. 1–2.
2. Gniazdowski A., Rola wybranych czynników psychospołecznych w procesie wdrażania promocji zdrowia, w Polsce, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna, 1995; 7: 25.
3. Lewicki Cz., Edukacja zdrowotna. Systemowa analiza zagadnień, Rzeszów; 2006, s. 76.
4. Karski J., Promocja zdrowia, Warszawa 1999.
5. CBOS, Jak zdrowo odżywiają się Polacy?, Warszawa; 2019, s. 3.
6. Badanie zostało przeprowadzone na przełomie września i października 2020 r. na próbie 1009 seniorów z 41 Caritas diecezjalnych, uczestników programu „Na codzienne zakupy", za pomocą ankiety telefonicznej CATI.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k5.php
Dzień 1., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 4:09

Monika Jarzębska, Główny Inspektorat Sanitarny

Odpowiedzialność za bezpieczeństwo żywności – wiedza i świadomość konsumentów

Zgodnie z generalną zasadą żywność znajdująca się w obrocie nie może być niebezpieczna dla zdrowia i życia człowieka, a odpowiedzialność za jej bezpieczeństwo ponosi przedsiębiorca. Musi on spełnić szereg wymagań, wdrożyć odpowiednie zasady i systemy, aby sprostać wymagającym przepisom prawa żywnościowego. Przepisy w tym obszarze zawierające wymagania m.in. dla poziomów zanieczyszczeń w żywności, pozostałości pestycydów, substancji dodatkowych czy kryteriów mikrobiologicznych, higieny etc. są oparte na ocenie ryzyka, w tym przede wszystkim na opiniach Europejskiego Urzędu ds. Bezpieczeństwa Żywności.

Z kolei organy urzędowej kontroli żywności prowadzą nadzór na przedsiębiorcami branży spożywczej (również nad produkcją rolną), w celu weryfikacji przestrzegania przez nich przepisów dotyczących bezpieczeństwa żywności, jak również jej integralności i jakości zdrowotnej na każdym etapie produkcji, przetwarzania i dystrybucji, a także dotyczącymi wytwarzania i wykorzystywania materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością. Kontrole urzędowe muszą być przeprowadzane regularnie, w oparciu o zagrożenie oraz z właściwą częstotliwością. W Polsce w zakresie bezpieczeństwa żywności funkcjonują dwa najważniejsze organy kontrolne – Inspekcja Weterynaryjna i Państwowa Inspekcja Sanitarna, która nadzoruje około 500 tys. przedsiębiorców na terenie całego kraju. Ponadto Główny Inspektorat Sanitarny publikuje na swojej stronie ostrzeżenia publiczne dotyczących żywności.

Trzecim, bardzo istotnym czynnikiem w zapewnieniu bezpieczeństwa żywności jest sam konsument. Konsumenci powinni mieć świadomość odpowiedzialności przedsiębiorców, jak również organów kontrolnych. Organizacje konsumenckie coraz częściej włączają się w działania edukacyjne oraz przekazują informacje do organów urzędowej kontroli żywności, które są przez nie rozpatrywane i tam gdzie to uzasadnione, brane pod uwagę przy działaniach kontrolnych. Konsumenci mają dostęp do różnych źródeł wiedzy na temat danego produktu. Pierwszym z nich są informacje, jakie niesie ze sobą etykieta produktów spożywczych. Znakowanie zawiera bowiem szereg obowiązkowych informacji, bez których produkt nie może znaleźć się na rynku. Są to m.in. skład, specjalne warunki przechowywania lub przygotowania – tam, gdzie ma to zastosowanie, data minimalnej trwałości lub termin przydatności do spożycia, wartość odżywcza, dane podmiotu, który wprowadza produkt do obrotu. Świadomy konsument powinien również zwracać uwagę na warunki, w jakich żywność jest mu oferowana, i ma on prawo reagować, jeśli zauważy nieprawidłowości.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 40:24

Dorota Korycińska, Ogólnopolska Federacja Onkologiczna

Rola parasolowej organizacji pacjentów onkologicznych w działaniach na rzecz chorych na raka. Doświadczenie z czasów pandemii COVID-19

Ogólnopolska Federacja Onkologiczna powstała w 2019 roku jako organizacja parasolowa zrzeszająca siedem wiodących organizacji onkologicznych. Rozpoczęcie jej działalności zbiegło się

w czasie z początkiem epidemii SARS-CoV-2 w Polsce. Z jakimi trudnościami musiała się mierzyć organizacja już na samym starcie oraz jakie problemy dotknęły pacjentów onkologicznych w czasie epidemii COVID-19?

Szczególnie dotkliwe okazały się:

- chaos informacyjny dotyczący zarówno dostępności do świadczeń (zamiana szpitali na covidowe, ograniczenie pracy szpitali i laboratoriów), jak i zaopatrzenia chorych i medyków w środki ochrony osobistej,
- początkowy brak wystarczającej liczby szczepionek przeciwcovidowych dla potrzebujących chorych znajdujących się w grupach szczególnego ryzyka,
- ograniczenia komunikacyjne itd.

Organizacje podjęły szereg działań i inicjatyw poprawiających sytuację pacjentów onkologicznych, m.in. infolinia onkologiczna u Rzecznika Praw Pacjenta, zakupy środków ochrony osobistej dla kadry medycznej i chorych, poszerzenie grup uprawnionych do szczepień.

Obecnie stoimy przed koniecznością zmniejszenia długu zdrowotnego w onkologii oraz poprawy dostępności do diagnostyki i leczenia.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 9:22:29

Prof. Paweł Kukołowicz

Fizyka w medycynie – fizyka medyczna

Współczesna medycyna może być efektywna jedynie wtedy, gdy w diagnostyce i terapii uczestniczą wysoko wykwalifikowane kadry reprezentujące różne specjalności. Jakkolwiek prawdą jest, że najważniejsze role odgrywają lekarze, to jednak trudno sobie wyobrazić dobrą terapię i diagnostykę bez kompetentnego personelu pomocniczego. Wśród pracowników służby zdrowia istotną rolę odgrywają fizycy medyczni. Ich rola jest zauważalna i doceniana szczególnie w terapii prowadzonej z użyciem promieniowania jonizującego. Od wielu już lat fizycy pracujący na rzecz radioterapii, którzy mogą realizować wszystkie zadania, jakie spełnia fizyk, muszą ukończyć specjalizację w dziedzinie fizyki medycznej. Program i przebieg specjalizacji jest w Polsce wzorowany na specjalizacjach lekarskich. Specjalizacja jest otwarta dla wszystkich fizyków, również tych, których zainteresowania są związane z diagnostyką obrazową i medycyna nuklearną. Niestety ze względu na to (to subiektywne zdanie piszącego ten tekst), że prawo stanowione nie wymaga zatrudnienia fizyka w diagnostyce obrazowej, zainteresowanie trudną i kosztowną specjalizacją w tej grupie osób jest niewielkie. Tymczasem obecność fizyków medycznych, szczególnie wszędzie tam, gdzie z użyciem bardzo zaawansowanych technologii wytwarzane są dane, na podstawie których podejmowane są kluczowe decyzje kliniczne, jest ważna. Niestety ten fakt nie jest powszechnie dostrzegany. To taka nasza powszechna przypadłość. Zauważamy, że warto wyczyścić okulary, gdy ktoś z zewnątrz zwróci nam uwagę na kiepską ich jakość, a jeszcze lepiej, gdy wyczyści nam szkła i wtedy nagle świat zaczyna być przez nas postrzegany znacznie wyraźniej. Podobnie jest z obrazami uzyskiwanymi za pomocą urządzeń medycznych, prezentowanymi na ekranach monitorów. To nie bajeczka. To doświadczenie autora. Dlatego z pewną nadzieją należy przyjąć zapisy ustawy *Prawo atomowe*, które otwierają uproszczoną ścieżkę zdobycia kwalifikacji w dziedzinie fizyki medycznej dla osób zaangażowanych poza radioterapią.

Zmiany prawne

W ustawie *Prawo atomowe* w artykule 33.h ustawodawca określił, że pewien zakres zadań w rentgenodiagnostyce i radiologii zabiegowej oraz medycynie nuklearnej może realizować osoba określana jako fizyk medyczny (w medycynie

nuklearnej „fizyk medyczny w zakresie medycyny nuklearnej", w rentgenodiagnostyce „fizyk medyczny w zakresie rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej"), która ukończyła kurs „zgodny z programem opracowanym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego we współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie fizyki medycznej oraz konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny nuklearnej lub moduł ogólny i moduł z medycyny nuklearnej, zgodne z programem szkolenia specjalizacyjnego prowadzonego przez jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie fizyki medycznej". To znacząco ułatwia uzyskanie odpowiednich kompetencji w tych dwóch dziedzinach.

Ponadto w pkt. 3. wyżej wspomnianego artykułu ustawy *Prawo atomowe* czytamy, że wymagana jest specjalistyczna wiedza z zakresu fizyki medycznej do zadań prowadzonych w jednostce ochrony zdrowia polegających na:

1. Optymalizacji ochrony radiologicznej pacjentów i innych osób poddawanych ekspozycjom medycznym, w tym na stosowaniu i wykorzystywaniu diagnostycznych poziomów referencyjnych tam, gdzie ma to zastosowanie.
2. Definiowaniu kryteriów jakości urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych na potrzeby programu zapewnienia jakości.
3. Przygotowywaniu specyfikacji technicznych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych oraz wyborze urządzeń wymaganych do prowadzenia pomiarów w zakresie ochrony przed promieniowaniem jonizującym.
4. Analizie zdarzeń obejmujących lub potencjalnie obejmujących ekspozycje niezamierzone lub narażenia przypadkowe.

Optymalizacja ochrony radiologicznej pacjentów to działania mające na celu minimalizację ekspozycji realizowanej z zachowaniem odpowiedniej jakości obrazu. W tym zadaniu pojawia się nawiązanie do poziomów referencyjnych. Nie wchodząc w szczegóły, wymaga to, aby w każdej jednostce, w której stosowane jest promieniowanie jonizujące, m.in. gromadzone, były i analizowane dane o ekspozycji pacjentów. Te dane muszą następnie być przesyłane do Krajowego Centrum Ochrony Radiologicznej. Dostępne są narzędzia umożliwiające automatyzację rejestracji danych o ekspozycji, co uławia realizację tego wymagania. Niemniej analizę musi przeprowadzić fizyk medyczny. Taka analiza pozwala określić, czy ekspozycje pacjentów są wykonywane w warunkach zapewniających nieprzekraczanie poziomów referencyjnych określonych przez Ministra Zdrowia. Jakkolwiek często wewnętrznie wyznaczone „poziomy referencyjne" są niższe i to jest dobra wiadomość dla pacjentów.

Niezwykle ważne są również dwa zadania wskazane w punktach b i c. Obydwa zadania w istocie rzeczy odnoszą się do dbałości o właściwy wybór urządzeń diagnostycznych. Polskie doświadczenie jest takie, że o wyborze urządzeń radiologicznych decydują najczęściej kierownicy jednostek rentgenodiagnostycznych. Nie chcę podważać kompetencji tych osób, jednakże wiem, że w krajach zachodnich, w których obecność fizyków medycznych w diagnostyce od wielu lat jest powszechna – w Wielkiej Brytanii, w Holandii – żaden zakup nie odbywa się bez co najmniej konsultacji z fizykami medycznymi. Częstą konsekwencją pominięcia fizyków medycznych w postępowaniach przetargowych jest nieuwzględnienie zakupów wyposażenia stosowanego w programach zapewnienia jakości, co znacząco utrudnia odpowiednie przygotowanie urządzeń do pracy.

Zaawansowanie szkolenia fizyków medycznych w zakresie rentgenodiagnostyki i radiologii zabiegowej oraz medycyny nuklearnej

W marcu 2018 r. został ostatecznie zatwierdzony program szkolenia dla tej grupy zawodowej. Niestety zatwierdzenie programów zbiegło się z wprowadzeniem daleko idących obostrzeń wynikających z szalejącej pandemii. Ten fakt oraz to, że szkolenie, aczkolwiek tańsze niż szkolenie prowadzone w zakresie specjalizacji z fizyki medycznej, nadal z punktu widzenia osób zatrudnionych w zakładach rentgenodiagnostyki i medycyny nuklearnej jest kosztowne, zatrzymał uruchomienie kursów CMKP. Ta sytuacja może się zmienić w 2022 r. Na bardzo zaawansowanym etapie są przygotowywane przez Ministerstwo Zdrowia kursy dla fizyków medycznych, z których część będzie mogła być zaliczona na poczet kursów CMKP. Te działania będą finansowane w ramach tzw. osi VII zatytułowanej „Wsparcie REACT-EU dla obszaru zdrowia". Ten program jest adresowany do krajów członkowskich Unii Europejskiej jako odpowiedź na sytuację wywołaną chorobą SARS-CoV-2. W kursach organizowanych w ramach REACT-EU

będą mogli uczestniczyć wszyscy absolwenci studiów magisterskich kierunków: fizyka, biofizyka, fizyka medyczna, fizyka techniczna lub inżynieria biomedyczna. Zajęcia będą prowadzone przez ośrodki posiadające akredytację do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie fizyki medycznej. Uruchomienie tego programu powinno definitywnie rozwiązać niedobór kadr fizyków medycznych w diagnostyce obrazowej.

Mam nadzieję, że zmiany, jakie wprowadza ustawa *Prawo atomowe* oraz środki finansowe z Unii Europejskiej, jakie mają być przeznaczone na szkolenie fizyków medycznych, umożliwią podniesienie kompetencji fizyków medycznych zaangażowanych w rentgenodiagnostykę i medycynę nuklearną. Powodzenie tego przedsięwzięcia zależy również od zrozumienia i życzliwego przyjęcia tego kierunku działań przez kierowników jednostek zajmujących się rentgenodiagnostyką i medycyną nuklearną. Jestem przekonany, że zaangażowanie fizyków medycznych w wymienionych dziedzinach wpłynie pozytywnie na zdrowie Polaków.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 22:59

Mec. Tomasz Młynarski

Bezpieczeństwo pacjenta w praktyce działania Rzecznika Praw Pacjenta

Bezpieczeństwo pacjenta to zagadnienie, które spotyka się z coraz większym zainteresowaniem i uwagą. Świadomość znaczenia kwestii związanych z bezpieczeństwem pacjenta oraz nadal niezaspokojonych w tym zakresie potrzeb wydaje się kluczowa dla oczekiwanej transformacji systemu ochrony zdrowia w kierunku projakościowym i opartym na wartościach. Rzecznik Praw Pacjenta, będący instytucją powołaną do ochrony praw pacjentów, przywiązuje ogromną wagę do monitorowania i poprawy poziomu bezpieczeństwa pacjentów w podmiotach leczniczych, a także podejmowania edukacji w tym zakresie oraz budowania kultury bezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

Bezpieczeństwo pacjenta bywa ujmowane jako zapobieganie i ograniczanie ryzyka, błędów oraz szkód, które mogą zostać wyrządzone pacjentom podczas udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje je jako ramy zorganizowanych działań tworzących kultury, procesy, procedury, zachowania, technologie i środowiska w ochronie zdrowia, które konsekwentnie i trwale obniżają ryzyka, zmniejszają liczbę szkód możliwych do uniknięcia, redukują prawdopodobieństwo wystąpienia błędów oraz ograniczają negatywne skutki doznanych szkód. W ramach bezpieczeństwa pacjenta kładzie się nacisk w szczególności na ciągłe doskonalenie oparte na uczeniu się na błędach i zdarzeniach niepożądanych oraz promocję kultury bezpieczeństwa obejmującej instytucje, pracowników medycznych i pacjentów. Bezpieczeństwo pacjenta może być też rozumiane jako pewien atrybut systemu opieki zdrowotnej, w którym minimalizowane jest ryzyko grożące pacjentom, w tym w odniesieniu do liczby zdarzeń niepożądanych i wynikających z nich szkód, a osoby poszkodowane mają zapewnione starania o szybki powrót do zdrowia.

Jako przykłady zdarzeń niepożądanych można wskazać na takie sytuacje, jak: ciało obce pozostawione w polu operacyjnym, niewłaściwie operowany pacjent (miejsce lub strona operowana, niewłaściwa procedura operacyjna), sepsa bądź zatorowość płucna lub zakrzepica żył głębokich po zabiegu operacyjnym, samobójstwo w szpitalu, niewłaściwe podanie leku (nie ten lek, dawka, pacjent, czas podania, droga podania), upadki w szpitalu, nieterminowe dostarczenie opieki, reoperacje, nieplanowane powtórne hospitalizacje, samowolne oddalenie się pacjenta ze szpitala, błąd diagnostyczny czy śmierć podczas interwencji z zazwyczaj niską śmiertelnością.

Istotną rolę w propagowaniu tematyki bezpieczeństwa w ochronie zdrowia odegrała zwłaszcza publikacja pt. „To Err is Human: Building a Safer Health System" (1999), w świetle której na skutek możliwych do uniknięcia błędów medycznych w Stanach Zjednoczonych umiera między 44 a 98 tys. osób rocznie. Późniejsze szacunki były zresztą jeszcze mniej optymistyczne, oceniając liczbę przedwczesnych zgonów związanych z błędami medycznymi w amerykańskich szpitalach na 400 tys. rocznie (A new, evidence based estimate of patient harms associated with hospital care, 2013). Estymacje europejskie wskazują, że w państwach Unii Europejskiej z powodu zdarzeń niepożądanych cierpi od 8 do 12% pacjentów przyjmowanych do szpitala (Improving Patient Safety in the EU, 2008) czy też około 4–17% pacjentów, przy czym 44–50% tych zdarzeń można uniknąć (Cost of unsafe care and cost effectiveness of patient safety, 2016). Według kolejnego opracowania koszty leczenia niepowodzeń w zakresie bezpieczeństwa pacjentów odpowiadają za 15% wydatków na działalność szpitali w państwach członkowskich OECD (The Economics of Patient Safety The Economics of Patient Safety, 2017). Z kolei polskie opracowanie wskazuje, że spośród 2100 zbadanych przypadków 7,2% pacjentów doznało zdarzenia niepożądanego w trakcie hospitalizacji. W 24% były to zdarzenia ciężkie, a w przypadku 70% zdarzeń istniały pewne lub mocne dowody, że ich przyczyną było postępowanie medyczne (Badanie na temat występowania zdarzeń niepożądanych w czasie hospitalizacji na podstawie przeglądu dokumentacji medycznej, 2015).

Przejawem docenienia wagi omawianej tematyki jest ustanowienie przez WHO Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta, który jest obchodzony 17 września. W 2021 r. na temat przewodni wybrano bezpieczeństwo w opiece nad matką i noworodkiem, ze szczególnym uwzględnieniem okresu porodu.

Bezpieczeństwo znajduje się także na czele priorytetów realizowanych przez Rzecznika Praw Pacjenta. Dobitnie świadczy o tym Strategia wieloletnia Rzecznika Praw Pacjenta na lata 2020–2023, która zakłada podejmowanie zadań w obszarze trzech uzupełniających się najważniejszych potrzeb pacjentów, jakimi są edukacja, bezpieczeństwo i wsparcie. Wskazuje się w niej wprost, że istotnym celem praw pacjenta jest zapewnienie im należytego standardu bezpieczeństwa w procesie leczenia. Wśród wyzwań związanych z kwestiami bezpieczeństwa Strategia wymienia w szczególności: monitoring zdarzeń niepożądanych; kompleksowość świadczeń zdrowotnych, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i należytą starannością; zasoby podmiotu leczniczego (kadry, wyposażenie, organizacja pracy, sytuacja finansowa); politykę poprawy jakości w ochronie zdrowia; budowanie zaufania i współpracy pomiędzy pacjentem a personelem medycznym; wdrażanie wysokich standardów obsługi pacjenta.

Strategia Rzecznika przewiduje podjęcie szeregu inicjatyw, które pośrednio lub bezpośrednio odnoszą się do bezpieczeństwa pacjenta, jak: monitoring realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z prawami pacjenta; działania systemowe Rzecznika, w szczególności nakierowane na uchwalenie i wdrożenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta; przestawienie koncepcji zmiany pozasądowego modelu dochodzenia roszczeń; realizacja szkoleń z zakresu praw pacjenta dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych oraz studentów uczelni medycznych; rozwój Telefonicznej Informacji Pacjenta i strony pacjent.gov.pl jako kompleksowej platformy edukacyjno-informacyjnej dla pacjentów; wzmocnienie uprawnień Rzecznika i działań jego Biura.

Rzecznik Praw Pacjenta na bieżąco podejmuje działania w obszarze bezpieczeństwa, jednak w 2021 r. przybrało to szczególny wymiar, ponieważ rok ten został przez Rzecznika ogłoszony Rokiem Bezpieczeństwa Pacjenta.

Jeśli chodzi o działania edukacyjne, których celem jest poprawa standardów w zakresie praw pacjenta, warto wspomnieć o pierwszym projekcie realizowanym przez Rzecznika z funduszy europejskich: Po pierwsze pacjent – działania Rzecznika Praw Pacjenta na rzecz poprawy jakości usług zdrowotnych. Dzięki jego realizacji 1540 osób i 400 podmiotów leczniczych zostanie objętych różnymi formami wsparcia.

Ważną formą udzielania pacjentom bezpośredniej pomocy, w tym w zakresie ich bezpieczeństwa zdrowotnego, jest Telefoniczna Informacja Pacjenta (nr 800 190 590). O ile w 2019 r. zarejestrowanych zostało ponad 66 tys. zgłoszeń telefonicznych, to w 2020 r., czyli w czasie pierwszego etapu epidemii SARS-CoV-2, było ich 110 tys., a w pierwszym półroczu 2021 r. już ponad 60 tys.

Formą wsparcia pacjentów ukierunkowaną na wzmocnienie przestrzegania ich praw, a w konsekwencji także wzrostu poziomu ich bezpieczeństwa, są prowadzone przez Rzecznika postępowania w sprawach indywidualnych oraz w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. W ramach tego w 2020 r. Rzecznik wydał 1345 rozstrzygnięć w sprawach indywidualnych, z czego 966 stwierdzało naruszenie praw pacjenta. Spośród stwierdzonych naruszeń 52% odnosiło się do prawa do świadczeń zdrowotnych. W ramach rozstrzygnięć Rzecznik wydał podmiotom wykonującym działalność leczniczą 916 zaleceń na przyszłość, które zostały wykonane w 81,5% spraw. Rzecznik może również żądać wszczęcia postępowania dyscyplinarnego lub zastosowania sankcji służbowych, a także skierować wystąpienie do organu nadrzędnego nad podmiotem leczniczym o zastosowanie stosownych środków prawnych.

W 2020 r. Rzecznik wydał również 136 decyzji administracyjnych w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Aż 79% spośród prowadzonych postępowań dotyczyło prawa do świadczeń zdrowotnych. W decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe prawa pacjentów Rzecznik nakazuje jej zaniechanie lub wskazuje działania niezbędne do usunięcia skutków naruszenia zbiorowych praw pacjentów. W przypadku niepodjęcia działań nakłada zaś karę pieniężną w wysokości do 500 tys. zł. Do najciekawszych spraw dotyczących bezpieczeństwa pacjentów, w których prawidłowość decyzji Rzecznika została w ostatnim czasie potwierdzona przez sądy administracyjne, należą:

- niezapewnienie ciągłości obsady lekarzy w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 23 lutego 2021 r., II OSK 424/20);
- stosowanie, niezgodnie z aktualną wiedzą medyczną, wlewów i preparatów witaminowych (tzw. terapii chelatowej) w profilaktyce i leczeniu chorób sercowo-naczyniowych, miażdżycy, stanów po udarze mózgu czy zatruć metalami ciężkimi (wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 10 marca 2021 r., VII SA/Wa 2249/2020);
- obciążanie przez podmiot leczniczy lekarzy kosztami zlecanych pacjentom badań diagnostycznych, co mogło powodować niepewność, czy prawa pacjentów realizowane w związku z procesem leczenia nie podlegają ewentualnemu ograniczeniu z uwagi na ich koszt (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego z 9 lutego 2021 r., VII SA/Wa 2173/20);
- niewykonywanie przy przyjęciu do szpitala u pacjentów, którzy byli już hospitalizowani w ciągu ostatniego roku, badań przesiewowych w kierunku wystąpienia bakterii *Klebsiella pneumoniae* (New Delhi), przez co doszło do zakażenia 50 osób (wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z 25 marca 2021 r., II OSK 3000/20).

Tematyka bezpieczeństwa przewija się wreszcie intensywnie w procedowanych w bieżącym roku projektach ustaw. Mowa tu w pierwszej kolejności o skierowanym do Sejmu projekcie przewidującym powołanie Funduszu Kompensacyjnego Szczepień Ochronnych. Jest to przejaw realizacji zasady solidarności społecznej, ważnej dla idei powszechnej realizacji szczepień ochronnych – tak przeciwko COVID-19, jak i szczepień obowiązkowych. Projekt przewiduje zapewnienie osobom zaszczepionym szybkiej rekompensaty pieniężnej bez konieczności wniesienia pozwu do sądu cywilnego. Świadczenie kompensacyjne będzie przysługiwać, jeśli w wyniku szczepienia wystąpiły wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego podanej szczepionki działania niepożądane powodujące określone negatywne skutki zdrowotne. Maksymalna kwota świadczenia ma wynosić 100 tys. złotych. Wniosek będzie kierowany do Rzecznika Praw Pacjenta, który będzie odpowiedzialny za jego rozpatrzenie i wydanie decyzji w terminie dwóch miesięcy.

Do konsultacji społecznych został też skierowany projekt ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta. Jest to regulacja fundamentalna dla omawianego zagadnienia. Z tego punktu widzenia najważniejsze wydają się dwa elementy. Po pierwsze, działający w podmiotach leczniczych wewnętrzny system zapewnienia jakości i bezpieczeństwa. Będzie on obejmował m.in. rejestr zdarzeń niepożądanych, do których dochodzi w szpitalu, wraz z obowiązkiem ich systematycznej analizy oraz wdrażania wniosków z tych analiz po to, by zapobiegać wystąpieniu zdarzeń niepożądanych w przyszłości. Szpitale będą też prowadzić

badania opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiet wypełnianych przez nich po zakończeniu hospitalizacji. Drugim zaś rozwiązaniem, o którym należy wspomnieć, są świadczenia kompensacyjne dla poszkodowanych pacjentów wypłacane ze środków powołanego w tym celu Funduszu Kompensacyjnego Zdarzeń Medycznych. Model ten zastąpi dotychczas działające wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych, które niestety nie działają efektywnie. Według nowych zasad pacjent będzie mógł wnieść wniosek o przyznanie świadczenia kompensacyjnego do Rzecznika Praw Pacjenta. Maksymalną wysokość świadczenia projekt określa na 200 tys. złotych. W razie zaś śmierci pacjenta o świadczenie będą mogli wystąpić jego najbliżsi. Sprawa zostanie rozpatrzona w trybie administracyjnym, szybszym i tańszym od kierowania jej na drogę sądową. Świadczenia będą przyznawane przez Rzecznika w drodze decyzji administracyjnej, na podstawie zgromadzonych dowodów oraz opinii medycznej wydanej przez specjalnie powołany do tego celu zespół ekspertów.

Wnioski

- zagadnienie bezpieczeństwa pacjenta powinno należeć do priorytetów działania instytucji państwowych współkształtujących system ochrony zdrowia, takich jak Rzecznik Praw Pacjenta, a także wszystkich podmiotów udzielających świadczenia zdrowotne;
- podmioty lecznicze, w szczególności udzielające świadczeń szpitalnych, powinny monitorować zdarzenia niepożądane oraz poddawać je systematycznej analizie i wdrażać wnioski wynikające z tych analiz, by zapobiegać wystąpieniu tego typu zdarzeń w przyszłości;
- kluczowe dla wzmocnienia poziomu bezpieczeństwa pacjenta oraz budowania kultury bezpieczeństwa w opiece nad pacjentami jest przyjęcie ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 2:08

Prof. Ewelina Nojszewska

Możliwość/ konieczność wdrożenia w Polsce VBHC opartej na medycynie personalizowanej wykorzystującej KPIs

Skuteczność kliniczna i efektywność ekonomiczna, a przede wszystkim kosztowa stanowią problem i wyzwanie dla wszystkich interesariuszy w ochronie zdrowia. Należy wprowadzić zmiany, które będą działać w obu kierunkach: powinny umożliwić pacjentom poprawę stanu zdrowia i jednocześnie minimalizować koszty uzyskania tej poprawy – aby uniknąć jakiegokolwiek marnotrawstwa. W celu wprowadzenia VBHC *(Value-Based Health Care)* należy przygotować grunt, a wymaga to wielu interdyscyplinarnych przygotowań. Konieczne jest oparcie się na medycynie personalizowanej. A przede wszystkim należy opracować zestawy KPIs dostarczające wskaźniki obejmujące następujące obszary:

1. obszar medyczny/ kliniczny koncentrujący się na wynikach zdrowotnych leczenia zarówno pozytywnych, jak i negatywnych;
2. obszar statusu zdrowotnego osiąganego przez społeczeństwo, także w ujęciu geograficznym;
3. obszar kapitału ludzkiego służący poznaniu i podnoszeniu kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia;
4. obszar kapitału rzeczowego i inwestycji pokazujący warunki materialne, w jakich leczenie się odbywa i będzie się odbywać;
5. obszar finansowania w ochronie zdrowia, który należałoby podzielić na dwie strefy. Pierwsza charakteryzowałaby finansowanie systemu ochrony zdrowia jako całości,

a druga pokazywałaby sytuację finansową świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali;
6. obszar funkcjonowania szpitali/ świadczeniodawców, co ujawniłoby warunki i organizację leczenia w każdym podmiocie;
7. obszar zdrowia publicznego, w ramach którego można osiągnąć nieskończenie wiele dla profilaktyki i przede wszystkim edukacji dzieci i całego społeczeństwa;
8. obszar regulacji prawnej ochrony zdrowia, w której od wielu lat źle się dzieje, co prowadzi do pogarszającej się sytuacji przede wszystkim szpitali;
9. obszar uwarunkowań makroekonomicznych i finansów publicznych, który przedstawi gospodarcze uwarunkowania dla funkcjonowania ochrony zdrowia.
10. obszar zachowań ludzkich – psychologiczny i socjologiczny, z których wynika, że postawy ludzkie powinny być bardziej sprzyjające.

Znaczenie tych wskaźników jest bezcenne, ponieważ zawierają one czynniki determinujące wyniki zdrowotne nastawione na cel.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k2.php
Dzień 2., kanał 2. – czas rozpoczęcia: 39:48

Anna Śliwińska, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków – sprawdzony partner chorych na cukrzycę

Polskie Stowarzyszenie Diabetyków powstało w 1981 roku z inicjatywy osób chorych na cukrzycę. Obecnie liczy blisko 350 oddziałów i kół na terenie całego kraju, zrzeszających w sumie około 60 000 pacjentów.

Stowarzyszenie zajmuje się bezpośrednią pracą z diabetykami i ich rodzinami w zakresie udzielania im szeroko pojętej pomocy (przede wszystkim edukacji diabetologicznej), jak również propagowaniem świadomości cukrzycy w społeczeństwie oraz reprezentacją diabetyków przed władzami i zabieganiem o jak najlepsze warunki i dostępność do leczenia.

Problemy osób chorych na cukrzycę zmieniają się na przestrzeni lat, dlatego zmieniają się też cele i zadania stojące przed Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków. Jednakże działalność organizacji cały czas jest potrzebna zarówno pacjentom i ich bliskim/ opiekunom, jak i ogółowi społeczeństwa z uwagi na fakt, że chorych na cukrzycę w Polsce stale przybywa.

Przez cztery dekady działalności Polskiemu Stowarzyszeniu Diabetyków udało się zdziałać bardzo wiele na rzecz osób z cukrzycą. Warunki leczenia cukrzycy w Polsce poprawiły się zasadniczo również dzięki działalności organizacji, choć jeszcze wiele zostało do zrobienia. W naszym kraju mamy około 3 milionów osób chorych na cukrzycę, a około pół miliona do miliona osób niezdiagnozowanych, do których należy dotrzeć, zanim pojawią się poważne powikłania.

Swoje cele statutowe Polskie Stowarzyszenie Diabetyków realizuje poprzez m.in.: wydawanie materiałów drukowanych na temat życia z cukrzycą oraz prowadzenie mediów elektronicznych (strona internetowa, Facebook i Twitter), organizację spotkań edukacyjnych na terenie całego kraju (wykładów, warsztatów, pogadanek itd.), w szczególności obchodów Dnia Diabetyka i Światowego Dnia Cukrzycy, integrację pacjentów, współpracę z władzami krajowymi i lokalnymi w celu poprawy sytuacji diabetyków, kampanie społeczne, wystąpienia medialne i organizację badań przesiewowych ludności.

Jako że COVID-19 jest szczególnie groźny dla pacjentów diabetologicznych (około 1/3 zmarłych z powodu COVID-19 to osoby z cukrzycą), Polskie Stowarzyszenie Diabetyków stara się zapewnić

szczególną opiekę pacjentom w tym trudnym czasie, głównie przez przekazywanie pacjentom wiarygodnych informacji na temat koronawirusa oraz udzielanie porad, jak również zabieganie o niezaniedbywanie chorób przewlekłych w czasie pandemii.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 9:42:07

dr Piotr Artur Winciunas, naczelny lekarz ZUS

Absencja chorobowa w latach 2019–2020 oraz działalność ZUS zapobiegająca niezdolności do pracy

Zjawisko absencji chorobowej dotyczy wielu aspektów funkcjonowania społeczeństwa. Jest miernikiem sytuacji zdrowotnej ludności i istotnym kosztem pośrednim choroby. Skala absencji świadczy między innymi o efektywności systemu ochrony zdrowia i sytuacji na rynku pracy.

Osoby ubezpieczone (ubezpieczenie chorobowe, wypadkowe i rentowe) w ZUS w okresie długotrwałej niezdolności do pracy lub czasowej niemożności jej wykonywania mają prawo do świadczeń stanowiących rekompensatę utraconych zarobków (dochodów). Zakład Ubezpieczeń Społecznych wypłaca świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (świadczenia krótkoterminowe, świadczenia długoterminowe, świadczenia rzeczowe).

Do przyczyn absencji chorobowej osób ubezpieczonych w ZUS z tytułu choroby własnej w 2020 roku należą:

- choroby związane z okresem ciąży, porodu, połogu (17,5%);
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (16,1%);
- choroby układu oddechowego (13,7%);
- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (11,8%);
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (10,8%);
- choroby układu nerwowego (7,5%);
- choroby układu krążenia (4,5%).

Ranking jednostek chorobowych powodujących niezdolność do pracy w kontekście absencji chorobowej kształtował się odmiennie w zależności od płci. W grupie mężczyzn najdłuższą absencję powodowały zaburzenia korzeni rdzeniowych i splotów nerwowych (2019 r. – 6,7%; 2020 r. – 7,2%). Następnie ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (2019 r. – 4,5%; 2020 r. – 5,4%). Na ostatnim miejscu kształtują się bóle grzbietu (2019 r. – 3,9%; 2020 r. – 5,2%).

W populacji kobiet, od lat, najdłuższą absencję chorobową powoduje opieka położnicza z powodu stanów związanych głównie z ciążą (2019 r. – 26,7%; 2020 r. – 24,7%). W dalszej kolejności są to ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym (2019 r. – 3,9%; 2020 r. – 4,7%). Na ostatnim miejscu reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (2019 r. – 3,2%; w 2020 r. – 4,3%).

W 2020 roku znacznie wzrosła liczba zaświadczeń lekarskich z tytułu choroby własnej – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania osób ubezpieczonych w ZUS. Z tego tytułu zarejestrowano 1,5 mln zaświadczeń lekarskich na łączną liczbę 27,7 mln dni absencji chorobowej. W porównaniu do 2019 roku nastąpił wzrost liczby wystawionych zaświadczeń o 25,3% oraz liczby dni absencji chorobowej o 36,9%. W 2020 roku ponad połowę (tj. 63,3%) zaświadczeń z tytułu choroby własnej wystawiono kobietom (w 2019 roku było to 62%). Analiza wykazała, że od lat wyraźnie utrzymuje się przewaga zaświadczeń wydawanych kobietom.

By zbadać prawidłowość orzekania o czasowej niezdolności do pracy, pracodawca ma prawo wystąpić do ZUS o przeprowadzenie kontroli zwolnienia lekarskiego swojego pracownika. Kontrolę

prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby wykonują lekarze orzecznicy ZUS.

Kontrole prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy podejmowane są na dwa sposoby: z inicjatywy Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (58% wniosków w 2020 r.) oraz na wniosek pracodawców (42% wniosków w 2020 r.). W celu kontroli zwolnienia lekarskiego Zakład Ubezpieczeń Społecznych może skierować ubezpieczonego na badanie do lekarza orzecznika lub konsultanta, na badania dodatkowe w okresie trwania zwolnienia lekarskiego. Tylko w tym przypadku mamy możliwość „skutecznej" kontroli zwolnień, wyłącznie po przeprowadzeniu badania lekarz orzecznik może wystawić „zaświadczenie korygujące", które traktowane jest na równi z zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku, wydanym w myśl art. 229 *Kodeksu pracy*. ZUS może skontrolować dokumentację medyczną stanowiącą podstawę wystawienia tego zwolnienia lub żądać od lekarza wystawiającego zwolnienie udzielenia wyjaśnień i informacji.

Ponadto ubezpieczony wykonujący w okresie orzeczonej niezdolności do pracy pracę zarobkową lub wykorzystujący zwolnienie od pracy w sposób niezgodny z celem tego zwolnienia traci prawo do zasiłku chorobowego za cały okres zwolnienia. ZUS oraz płatnicy składek wypłacający zasiłki są uprawnieni do kontrolowania ubezpieczonych co do prawidłowości wykorzystywania zwolnień od pracy zgodnie z ich celem. Zasady te dotyczą także zasiłku opiekuńczego oraz świadczenia rehabilitacyjnego. Możliwość kontroli dotyczy także wynagrodzenia za okres niezdolności do pracy z powodu choroby – art. 92 § 3 pkt 2 *Kodeksu pracy*.

Podstawą prawną przeprowadzenia natomiast kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy jest art. 17 i 68 *Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa* (Dz. U. z 2019r., poz. 645) oraz *Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu przeprowadzania kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy oraz formalnej kontroli zaświadczeń lekarskich* (Dz. U. Nr 65, poz. 743).

Do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy uprawniony jest podmiot, który zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. ustala uprawnienia do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (z ubezpieczenia chorobowego) i wypłaca. Są to:

1. terenowe jednostki organizacyjne ZUS, w odniesieniu do:
   - ubezpieczonych, których płatnicy składek zgłaszają do ubezpieczenia chorobowego nie więcej niż 20 ubezpieczonych,
   - ubezpieczonych prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących,
   - ubezpieczonych będących duchownymi,
   - osób uprawnionych do zasiłków za okres po ustaniu ubezpieczenia,
   - ubezpieczonych podlegających ubezpieczeniu chorobowemu w Polsce z tytułu zatrudnienia u pracodawcy zagranicznego,
2. płatnicy składek w odniesieniu do swoich ubezpieczonych – w czasie trwania ubezpieczenia.

Do przeprowadzenia kontroli prawidłowości wykorzystywania zwolnień lekarskich od pracy uprawniony jest także pracodawca, który:

- wypłaca wynagrodzenie za okres niezdolności do pracy z powodu choroby na podstawie art. 92 *Kodeksu pracy*; ma on prawo do

Kontrola prawidłowości orzekania o czasowej niezdolności do pracy

Rok	*Liczba wydanych orzeczeń w sprawach kontroli zaświadczeń lekarskich w tys.*	*Liczba wydanych decyzji o braku prawa do zasiłku w tys.*	*Kwota zasiłków cofniętych w wyniku kontroli zaświadczeń lekarskich w tys. zł*
2019	424,4	15,1	8537,6
2020	220,4	4,8	2877,8

Wyniki kontroli prowadzonych przez oddziały ZUS

Rok	*2018*	*2019*	*2020*
Liczba osób poddanych kontroli w tys.	144,8	149,7	55,0
Liczba osób pozbawionych prawa do zasiłku w tys.	16,9	19,7	10,6
Kwota zasiłków cofniętych w wyniku kontroli w tys. zł	24 882,5	28 912,0	15 468,6

przeprowadzenia tej kontroli za okres, za który przysługuje wynagrodzenie, nawet jeżeli nie jest uprawniony do wypłaty zasiłków,

- ustala uprawnienia do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i wypłaca je ubezpieczonym na podstawie przepisów Ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r., gdyż zgłasza do ubezpieczenia chorobowego powyżej 20 ubezpieczonych.

Zapobieganie niezdolności do pracy

Celem rehabilitacji w ramach prewencji rentowej ZUS jest przywrócenie zdolności do pracy osobom, które w następstwie choroby lub urazu są zagrożone długotrwałą niezdolnością do pracy i jednocześnie rokują odzyskanie tej zdolności po przeprowadzeniu rehabilitacji.

Kompleksowy program rehabilitacji leczniczej jest ustalany przez lekarza w ośrodku rehabilitacyjnym, indywidualnie dla każdego pacjenta, na podstawie oceny aktualnego stanu klinicznego i wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych. Głównymi celami programu są:

1. Kinezyterapia – ćwiczenia indywidualne i grupowe, ćwiczenia w wodzie i w terenie, treningi na cykloergometrach;
2. Fizykoterapia – elektroterapia, magnetoterapia, laseroterapia, terapia ultradźwiękami, ciepłolecznictwo, krioterapia miejscowa i ogólnoustrojowa, fototerapia, hydroterapia, inhalacje, różne formy masażu leczniczego;
3. Inne formy terapii – stosowanie do profilu rehabilitacji, np. terapia logopedyczna, terapia zajęciowa, muzykoterapia, choreoterapia;
4. Oddziaływania psychologiczne – psychoterapia indywidualna i grupowa, psychoedukacja, treningi relaksacyjne i inne;
5. Edukacja zdrowotna;
6. Rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez:
   - lekarzy specjalistów; rehabilitantów, ortopedów, neurologów, reumatologów, kardiologów, pulmonologów, psychiatrów, onkologów, internistów, laryngologów, foniatrów;
   - fizjoterapeutów;
   - psychologów;
   - innych specjalistów i terapeutów – właściwych dla poszczególnych profili rehabilitacji.

Zespół specjalistów w ośrodkach rehabilitacyjnych przeprowadza niezbędną diagnozę, planuje i realizuje indywidualny i kompleksowy program rehabilitacji dla każdego pacjenta skierowanego przez ZUS.

Profile rehabilitacji prowadzone są w chorobach będących najczęstszymi przyczynami niezdolności do pracy:

1. W trybie stacjonarnym (narządu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, psychosomatycznych, po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego, narządu głosu, narządu ruchu we wczesnych stanach po wypadkach);
2. W trybie ambulatoryjnym (narządu ruchu, układu krążenia, układu krążenia z możliwością monitorowania telemedycznego).

Dzięki rehabilitacji można odzyskać pełną lub możliwą do osiągnięcia sprawność fizyczną i psychiczną oraz zdolność do pracy. Poprawia ona także jakość życia.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych rozpowszechnia informacje o programie rehabilitacji leczniczej poprzez kampanie informacyjne dotyczące możliwości skorzystania z programu rehabilitacji leczniczej prowadzonej w ramach prewencji rentowej Zakładu. Informacje przekazywane są m.in. poprzez media, telewizję, radio, artykuły w prasie

ogólnopolskiej, branżowej i lokalnej, poprzez plakaty i ulotki. Liczba osób, które mogą skorzystać z programu rehabilitacji, jest uzależniona od środków finansowych przeznaczonych na prewencję rentową, określonych corocznie w ustawie budżetowej. W roku 2020 nastąpił znaczący spadek osób, które ukończyły rehabilitację w związku z ograniczeniami, obostrzeniami i zakazami wynikającymi z panującej pandemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Prowadząc działalność prewencyjną, ZUS promuje i popularyzuje także postawy, które pomagają zachować równowagę w obszarze *work – life balance*.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych w głównej mierze zwraca uwagę w swoich działaniach na trzy obszary:

Profilaktyka

Zalecenia zdrowego żywienia opracowane przez Instytut Żywności i Żywienia.

W ramach programu rehabilitacji przekazywanie informacji m.in. w zakresie zasad zdrowego żywienia, czynników ryzyka w chorobach cywilizacyjnych, instruktażu oraz jak kontynuować rehabilitację w warunkach domowych.

Edukacja/ promocja zdrowia

Upowszechnianie materiałów informacyjnych z zakresu zdrowia i bezpieczeństwa w pracy, udział w kampanii „Stres w pracy? Nie, Dziękuję!" .Edukacja zdrowotna i promocja zdrowego stylu życia w ramach programu rehabilitacji leczniczej.

Ochrona zdrowia

Program rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS dla osób ze schorzeniami:

- narządu ruchu,
- układu krążenia,
- układu oddechowego,
- narządu głosu,
- psychosomatycznymi,
- po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 2:15

Dr hab. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. Uczelni Łazarskiego

Rehabilitacja kompleksowa – rola w aktywizacji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych

Każdy stan chorobowy, niezależnie od jego przyczyny i charakteru, może zakończyć się powrotem do zdrowia i sprawności, zgonem lub powodować długotrwałe lub trwałe upośledzenie sprawności fizycznej i/ lub psychicznej (niepełnosprawność, niesamodzielność).

Niepełnosprawność według Światowej Organizacji Zdrowia to wynikające z uszkodzenia i upośledzenia funkcji organizmu ograniczenie lub brak zdolności do wykonywania czynności w sposób lub w zakresie uważanym za normalny dla człowieka.

Za niepełnosprawne uważa się osoby, które nie mogą, częściowo lub całkowicie, zapewnić sobie możliwości samodzielnego normalnego życia indywidualnego i społecznego na skutek wrodzonego lub nabytego upośledzenia sprawności fizycznych i/ lub psychicznych.

W 1994 r. Europejskie Forum Niepełnosprawności Parlamentu Europejskiego zdefiniowało osobę niepełnosprawną jako jednostkę w pełni swych praw, znajdującą się w sytuacji upośledzającej ją na skutek barier środowiskowych, ekonomicznych i społecznych, których z powodu występujących u niej uszkodzeń nie może przezwyciężyć w taki sposób jak inni ludzie. Przytoczona definicja niepełnosprawności uwzględnia nie tylko defekt fizyczny osoby, ale także defekt środowiska, w którym ona żyje.

Pojęcie „osoba niepełnosprawna" pojawiło się naszym kraju w roku 1982 w uchwale Sejmu

w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych[1]. Zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. niepełnosprawnymi są osoby, których stan fizyczny, psychiczny lub umysłowy trwale lub okresowo utrudnia, ogranicza bądź uniemożliwia wypełnianie ról społecznych, a w szczególności ogranicza zdolność do wykonywania pracy zawodowej.

Kondycja zdrowotna polskiego społeczeństwa przejawia się wysokim poziomem umieralności z powodu chorób układu krążenia, nowotworów, urazów i zatruć, a także wzrostem zapadalności na niektóre choroby zakaźne oraz schorzenia psychiczne. Postęp w medycynie powoduje wydłużenie trwania życia. Towarzyszy temu zwiększanie się liczby osób niepełnosprawnych i osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji.

Według Światowego Raportu Niepełnosprawności (WHO, Bank Światowy, 2012) na świecie żyje ponad miliard ludzi niepełnosprawnych, w tym 190 mln boryka się ze znacznymi trudnościami w funkcjonowaniu. Według szacunków WHO w latach 70. poprzedniego stulecia osoby niepełnosprawne stanowiły 10% ogółu ludności świata. Ale liczba osób niepełnosprawnych rośnie i obecnie stanowi 15% wszystkich ludzi. Zmiana ta jest spowodowana wydłużeniem trwania życia, występowaniem chorób przewlekłych (choroby serca, cukrzyca itp.), a także urazami (wypadki drogowe, klęski żywiołowe).

Zgodnie z informacją zawartą na stronie gov.pl w 2019 roku w Polsce osób niepełnosprawnych, które mają prawne potwierdzenie niepełnosprawności, jest ponad 3 mln. W rzeczywistości jest ich dużo więcej[2].

Według Informacji Rządu Rzeczpospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2019 r. na rzecz realizacji postanowień Uchwały Sejmu Rzeczpospolitej Polskiej z dnia 1 sierpnia 1997 r. – Karta Praw Osób Niepełnosprawnych, wyniki reprezentacyjnego Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności wskazują, że populacja osób niepełnosprawnych prawnie w wieku 16 lat i więcej w Polsce w 2019 r. liczyła 3038 tys., co stanowiło 10% ogółu populacji osób w tym wieku objętej zakresem BAEL [3]. Na podstawie wyników uzyskanych z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS 2019) przeprowadzonego przez GUS w 2019 r. niepełnosprawność w ujęciu prawnym lub biologicznym (z poważnymi ograniczeniami) dotknęła 13% osób w naszym kraju[4].

Termin „rehabilitacja" został wprowadzony przez Douglasa McMurtie'ego – dyrektora Instytutu Czerwonego Krzyża dla Inwalidów w Nowym Jorku, gdzie byli rehabilitowani inwalidzi po I wojnie światowej. Wskazywał on lecznicze, społeczne i ekonomiczne efekty rehabilitacji. Jeszcze przed I wojną światową efekty ekonomiczne rehabilitacji dostrzegł Paul Pastur, który przekonał władze miasta Charlerois w Belgii, że znacznie lepsze efekty dla osób niepełnosprawnych daje nauczanie zawodu niż pobyt w placówkach opiekuńczych.

Już 80 lat temu przepisy ustawy o ubezpieczeniu społecznym z 1933 r. stanowiły, że „celem zapobieżenia niezdolności do zarobkowania grożącej ubezpieczonemu lub przywrócenie tej zdolności osobie otrzymującej świadczenia, Zakład Ubezpieczeń od Wypadków lub Zakład Ubezpieczenia Emerytalnego Robotników ma prawo zarządzić odpowiednie leczenie". Leczenie zarządzone na podstawie tego artykułu może mieć charakter profilaktyczny (zapobiegawczy) lub restytucyjny. „Leczenie profilaktyczne ma na celu zapobieżenie grożącej niezdolności do zarobkowania, restytucyjne przywrócenie (całkowite lub częściowe) zdolności do zarobkowania osobie, która już pobiera świadczenia. Leczenie zapobiegawcze, względnie restytucyjne, rozpatruje się zwykle z dwóch punktów widzenia (między którymi nie daje się jednak przeprowadzić ścisłej granicy), a mianowicie z punktu finansowego i społecznego. Usuwając istniejącą już niezdolność do pracy (względnie do wykonywania zawodu) lub odraczając leczeniem termin zaistnienia tej niezdolności, można zmniejszyć wydatki na świadczenia rentowe, równocześnie dając ubezpieczonemu możność zarabiania, zwiększyć jego dochody (renta jest niższa) i tym samym dobrobyt jego rodziny. Z punktu widzenia społecznego daje się ubezpieczonemu więcej wartościową pracę zamiast renty"[5].

Pierwszy oddział kliniczny rehabilitacji utworzył w roku 1946 w Bellevue Hospital Center w Nowym Jorku Howard Rusk. W 1948 r. Wiktor Dega stworzył w Poznaniu pierwszy w Polsce oddział rehabilitacji. Był on też pierwszym prezesem Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem, zrzeszającego osoby reprezentujące różne zawody zainteresowane problematyką niepełnosprawności i rehabilitacji. Howard Rusk i Wiktor Dega są uznawani za twórców współczesnej rehabilitacji.

Epidemia choroby poliomyelitis w Polsce w 1951 r. spowodowała konieczność dalszego

rozwoju placówek rehabilitacyjnych-ambulatoryjnych i stacjonarnych (10 zakładów leczniczo-wychowawczych na terenie Polski). Podjęto kształcenie specjalistów rehabilitacji (specjalność kliniczna dla lekarzy). Powołano kliniki i zakłady rehabilitacji w akademiach medycznych. Magistrów rehabilitacji kształcono w akademiach wychowania fizycznego. Uczelnie wyższe kształcą obecnie magistrów fizjoterapii.

Duży wkład w rozwój rehabilitacji w Polsce wniósł również Marian Weiss – twórca i wieloletni dyrektor Stołecznego Centrum Rehabilitacji w Konstancinie, gdzie rehabilitacji kompleksowej uczyli się specjaliści nie tylko z Polski, ale też z wielu krajów świata.

Dobrze rozwijająca się w naszym kraju rehabilitacja, m.in. pod kierunkiem Wiktora Degi, stała się wzorem dla innych. Już ponad 50 lat temu tzw. polska szkoła rehabilitacji została rekomendowana przez WHO jako wzór postępowania dla innych krajów. Koncepcja ta zakładała, że rehabilitacja powinna być wczesna, powszechna, kompleksowa i ciągła. Mimo że minęło wiele lat, te założenia są nadal aktualne. Wczesność zakłada stosowanie rehabilitacji już od początku choroby, co stwarza większe szanse na odtworzenie utraconych w wyniku choroby lub urazu funkcji i zmniejsza liczbę ewentualnych powikłań. Powszechność zgodnie z założeniami prawa krajowego i międzynarodowego nakłada na państwo obowiązek umożliwienia wszystkim potrzebującym korzystania z rehabilitacji. Kompleksowość warunkuje zastosowanie wszelkich dostępnych i nowoczesnych form rehabilitacji przy uwzględnieniu pracy całego zespołu, w którego skład wchodzą lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuta, masażysta, pielęgniarka, psycholog, logopeda, pedagog specjalny, ergoterapeuta, pracownik socjalny, technik ortopeda i inni. Należy pamiętać, że rehabilitacja nie może się kończyć w momencie wypisu pacjenta ze szpitala. Dlatego zachowanie ciągłości rehabilitacji jest konieczne m.in. dla utrzymania uzyskanych efektów leczenia, jak i spowolnienia postępu choroby w przypadku schorzeń o charakterze przewlekłym. Istotne jest także ścisłe powiązanie rehabilitacji medycznej z rehabilitacją społeczną i zawodową. Tak rozumiana rehabilitacja jest uznawana za integralną część leczenia pacjentów i ma zastosowanie w wielu dziedzinach współczesnej medycyny. Jest ona złożonym procesem medyczno-społecznym, który leczy i rehabilituje pacjenta.

Zgodnie z przywołanymi wcześniej założeniami współczesnej rehabilitacji lekarz specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, będący liderem wielodyscyplinarnego zespołu rehabilitacyjnego, powinien koordynować pracę tego zespołu i wykorzystać zespołową wiedzę w procesie rehabilitacji. Jakość i efekty rehabilitacji są zależne od działań zespołu rehabilitacyjnego. Tylko taki zespół współpracujących ze sobą i z pacjentem specjalistów może realizować program rehabilitacji. Pacjent musi także uzyskać odpowiednie informacje dotyczące dalszego postępowania rehabilitacyjnego, edukacji, nauki zawodu, przekwalifikowania i ewentualnego zatrudnienia.

Rehabilitacja według Światowej Organizacji Zdrowia to kompleksowe i skoordynowane stosowanie środków medycznych, socjalnych i zawodowych w celu usprawniania osób z naruszoną sprawnością organizmu i uzyskania możliwie najlepszego stanu funkcjonalnego.

Efektywność procesu rehabilitacji zależy od podjęcia usprawnienia jak najwcześniej (od początku choroby). Wcześnie rozpoczęta rehabilitacja skraca okres leczenia oraz zapobiega powstawaniu lub utrwaleniu niepełnosprawności.

Dr Howard Rusk z Wydziału Rehabilitacji i Medycyny Fizykalnej w Szpitalu Bellevue w Nowym Jorku mówił: „Rehabilitacja rozciąga się na okres zawarty między łóżkiem chorego, a jego warsztatem pracy. (...) Opieramy się raczej na pozostałych zdolnościach chorego, a nie jego niezdolnościach, i uczymy, jak żyć i pracować przy tym, co mu pozostało".

W programie rehabilitacji kompleksowej uwzględniamy rehabilitację:

- leczniczą – nowoczesny program leczenia mający na celu przywrócenie w jak najkrótszym czasie sprawności pozwalającej na uczestnictwo w życiu społecznym, a w przypadku uszkodzeń morfologicznych – wykształcenie i utrwalenie mechanizmów zastępczych,
- społeczną – przygotowującą osobę niepełnosprawną do czynnego udziału w życiu społecznym (nauka pokonywania barier środowiskowych i technicznych oraz uodpornienie psychiczne),
- zawodową – przywrócenie zdolności do pracy, przekwalifikowanie zawodowe, a także stworzenie warunków do podjęcia pracy po zakończeniu rehabilitacji.

W naszym kraju rehabilitacja lecznicza jest realizowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). NFZ finansuje rehabilitację leczniczą zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[6]. Obejmuje ona rehabilitację leczniczą, programy zdrowotne i lecznictwo uzdrowiskowe. Świadczenia rehabilitacji leczniczej mogą być realizowane w warunkach ambulatoryjnych, domowych, ośrodkach lub oddziałach dziennych i stacjonarnych.

Rehabilitacja lecznicza w ramach prewencji rentowej jest realizowana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Obecnie tą formą rehabilitacji objęte są osoby ze schorzeniami układu krążenia i układu ruchu, a także układu oddechowego, schorzeniami onkologicznymi (kobiety po mastektomii) i psychosomatycznymi oraz narządu głosu i schorzeń układu nerwowego (od 2019). Przez 20 lat skorzystało z programu rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ponad milion osób ubezpieczonych.

Także KRUS prowadzi rehabilitację leczniczą dla osób zagrożonych niezdolnością do pracy w gospodarstwie rolnym oraz okresowo niezdolnych do pracy w celu minimalizacji tej niezdolności.

Głównym źródłem finansowania rehabilitacji społecznej i zawodowej jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Rehabilitacja społeczna zgodnie z art. 9 *Ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych* ma na celu umożliwienie osobom niepełnosprawnym uczestnictwa w życiu społecznym i jest realizowana poprzez:

- wyrabianie zaradności osobistej i pobudzanie aktywności społecznej osoby niepełnosprawnej,
- wyrabianie umiejętności samodzielnego wypełniania ról społecznych,
- likwidację barier, w szczególności architektonicznych, urbanistycznych, transportowych, technicznych, w komunikowaniu się i w dostępie do informacji oraz edukacji,
- kształtowanie w społeczeństwie właściwych postaw i zachowań sprzyjających integracji z osobami niepełnosprawnymi.

Natomiast celem rehabilitacji zawodowej jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania odpowiedniego zatrudnienia i awansu zawodowego przez umożliwienie jej korzystania z poradnictwa zawodowego, szkolenia zawodowego i pośrednictwa pracy. Do realizacji tego celu niezbędne jest:

- dokonanie oceny zdolności do pracy,
- prowadzenie poradnictwa zawodowego uwzględniającego ocenę zdolności do pracy oraz umożliwiającego wybór odpowiedniego zawodu i szkolenia,
- przygotowanie zawodowe z uwzględnieniem perspektyw zatrudnienia,
- dobór odpowiedniego miejsca pracy i jego wyposażenie,
- określenie środków technicznych umożliwiających lub ułatwiających wykonywanie pracy, a w razie potrzeby – przedmiotów ortopedycznych, środków pomocniczych, sprzętu rehabilitacyjnego itp.

Instytucje ubezpieczenia społecznego ZUS i KRUS są zobowiązane do prowadzenia zadań w zakresie rehabilitacji zawodowej i zgodnie z *Ustawą z 1996 r. o zmianie niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym*[7] wprowadzono w ZUS nowe świadczenie – rentę szkoleniową. Ma ona na celu umożliwienie przekwalifikowania zawodowego osobom ubezpieczonym, które utraciły zdolność do pracy zarobkowej w wyuczonym zawodzie.

W 2005 r. wprowadzono możliwość przyznawania renty szkoleniowej rolnikom ubezpieczonym w KRUS[8].

Obok funkcjonującej już od lat 90. poprzedniego stulecia rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej jest to kolejna forma działań rehabilitacyjnych stwarzająca osobom ubezpieczonym możliwość powrotu do aktywności zawodowej. Przekwalifikowanie zawodowe powinno więc pełnić istotną rolę w systemie zabezpieczania społecznego w naszym kraju.

Mimo rangi tego świadczenia jest ono relatywnie rzadko przyznawane. W praktyce niewiele jest przypadków pomyślnego i długotrwałego przekwalifikowania.

Program rehabilitacji zawodowej funkcjonuje już od lat 90. ubiegłego wieku. Jednak program ten pozwoliłby na lepsze wykorzystywanie możliwości, jakie daje osobom ubezpieczonym renta szkoleniowa, gdyby było możliwe stworzenie specjalnych ośrodków rehabilitacji zawodowej.

W Niemczech funkcjonuje już 30 ośrodków rehabilitacji zawodowej, a na Litwie – kilkanaście.

Wiktor Dega mówił: „Jeżeli rehabilitacja lecznicza nie będzie ściśle powiązana z rehabilitacją społeczną i zawodową, wynik rehabilitacji nie będzie pełny".

Dla prawidłowego rozwiązywania problemów społecznych w każdym nowoczesnym kraju konieczny jest więc rozwój rehabilitacji kompleksowej.

Również akty prawa międzynarodowego podkreślają konieczność kompleksowej rehabilitacji.

- Już w roku 1967 przyjęto konwencję nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy, w myśl której każde państwo członkowskie związane konwencją powinno świadczyć usługi rehabilitacyjne mające na celu przygotowanie inwalidów w każdym przypadku, gdzie jest to możliwe, do powrotu do poprzednio wykonywanej pracy lub do innej pracy, która odpowiada najlepszym ich uzdolnieniom, a także podjąć środki ułatwiające inwalidom podjęcie pracy[9].
- Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z 14 czerwca 1971 r.[10] również dotyczy świadczeń z tytułu inwalidztwa łącznie ze świadczeniami służącymi zachowaniu albo zwiększeniu zdolności do zarobkowania. Inwalidztwo cechuje więc utrata zdolności do pracy najczęściej przed osiągnięciem wieku emerytalnego z powodu naruszenia sprawności organizmu w następstwie choroby lub urazu. Powoduje to ukończenie lub ograniczenie aktywności zawodowej, a więc konieczna jest nie tylko rekompensata utraconych dochodów z pracy, ale także podjęcie działań w zakresie rehabilitacji zawodowej i społecznej.
- Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych[11] sporządzona w Nowym Jorku 13 grudnia 2006 r., ratyfikowana przez Polskę 6 września 2012 r. stanowi: *Państwa Strony podejmą skuteczne i odpowiednie środki, uwzględniając wsparcie wzajemnie udzielane sobie przez osoby niepełnosprawne oraz wsparcie udzielane przez inne osoby, w celu umożliwienia osobom niepełnosprawnym uzyskania i utrzymania możliwie największej niezależności, pełnych zdolności fizycznych, intelektualnych, społecznych i zawodowych oraz pełnej integracji i udziału we wszystkich aspektach życia społeczeństwa. W tym celu Państwa Strony zorganizują, wzmocnią i rozwiną usługi i programy w zakresie wszechstronnej rehabilitacji, w szczególności w obszarze zdrowia, zatrudnienia, edukacji i usług socjalnych w taki sposób, aby usługi i programy:*
  - *były dostępne od możliwie najwcześniejszego etapu i były oparte na multidyscyplinarnej ocenie indywidualnych potrzeb i potencjału,*
  - *wspierały udział i integrację w społeczeństwie oraz włączenie we wszystkie aspekty życia społeczeństwa, były dobrowolne i dostępne dla osób niepełnosprawnych możliwie blisko społeczności, w których żyją, w tym na obszarach wiejskich.*
- Powszechna deklaracja praw człowieka ONZ [12]. Zapisano w niej m.in., że osoba niepełnosprawna nie powinna być przez całe życie traktowana jako przedmiot opieki. Osoba taka jest obywatelem o specjalnych potrzebach wynikających z konkretnej niepełnosprawności. Potrzeby te powinny być spełniane na gruncie społecznym w kontekście „normalności". Zasadnicze znaczenie ma uczestnictwo, a głównym jego warunkiem jest dostęp do społeczeństwa.
- Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych ONZ[13]: *Rządy państw powinny opracować własne programy rehabilitacji dla wszystkich grup osób niepełnosprawnych. Programy te powinny być oparte na potrzebach osób niepełnosprawnych i na zasadach pełnego uczestnictwa i równości. Rehabilitacja powinna być dostępna dla wszystkich osób, które jej potrzebują i opierać się na ciągłości postępowania w kontekście biopsychospołecznym, uwzględniając zarówno czynniki osobowe, jak i środowiskowe, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (WHO). Rehabilitacja powinna zapewnić osobiste wsparcie osobom niepełnosprawnym i przyczynić się do pełnego ich uczestnictwa we wszystkich aspektach życia.*

Globalny plan działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021[14] został sporządzony po 67. Światowym Zgromadzeniu Zdrowia w porozumieniu z państwami członkowskimi, organizacjami systemu Narodów Zjednoczonych, partnerami międzynarodowymi, organizacjami

pozarządowymi, w tym organizacjami osób niepełnosprawnych i stowarzyszeniami zawodowymi.

Niepełnosprawność jest globalnym problemem zdrowia publicznego, ponieważ osoby niepełnosprawne przez całe swoje życie zmagają się z pokonywaniem występujących barier w dostępie do świadczeń zdrowotnych – i powiązaną z nimi rehabilitacją – edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa i transportu. Celem planu jest:

- usunięcie barier oraz poprawa dostępu do świadczeń i programów zdrowotnych,
- wzmacnianie i rozwój rehabilitacji oraz technologii wspomagających, pomocy i świadczeń wspierających oraz rehabilitacji środowiskowej,
- wzmocnienie zbierania porównywalnych w skali międzynarodowej danych na temat niepełnosprawności oraz wspieranie badań nad niepełnosprawnością i związanych z nią świadczeń.

Międzynarodowa Organizacja Rehabilitacji (Rehabilitation International, RI) poprzez współpracę z różnymi organizacjami i ekspertami w ponad 100 krajach od lat wspiera osoby niepełnosprawne. Zabiega m.in. o ich lepszy dostęp do edukacji, rehabilitacji, opieki zdrowotnej, zatrudnienia, wymiaru sprawiedliwości. Na Światowym Kongresie w Seulu w 2012 r. z okazji 90-lecia działalności RI podkreślono rolę rehabilitacji w zapobieganiu niepełnosprawności i zmniejszaniu jej stopnia.

Joachim Breuer, wiceprezydent RI Europe, mówił: – Zaproszono mnie, abym poruszył kwestię rehabilitacji jako inwestycji, ze szczególnym naciskiem na zdemaskowanie mitu głoszącego, że rehabilitacja, powrót do pracy, zarządzanie niepełnosprawnością oraz wszelkie inne środki wspierające uczestnictwo i włączenie społeczne osób z niepełnosprawnością to przede wszystkim koszt dla społeczeństwa. Od wielu lat jestem gorącym zwolennikiem rehabilitacji. Moje przekonanie, że przynosi ona korzyści społeczeństwu i gospodarce, wyrosło z doświadczenia w zajmowaniu się odszkodowaniami oraz rehabilitacją osób, które doznały wypadku w pracy lub które dotknęła choroba zawodowa. Wciąż brakuje świadomości potencjału tkwiącego w rehabilitacji – zwłaszcza w kwestii zmiany percepcji, jaką może spowodować rehabilitacja (tzn. skupieniu się na sprawności zamiast na niepełnosprawności)[15].

Bez rehabilitacji nie istnieje uwieńczony powodzeniem powrót do pracy i czynnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Aby utrzymać miejsce pracy, rehabilitację należy rozpocząć wcześnie i w stosownym momencie, bezpośrednio po utracie zatrudnienia przez osobę niepełnosprawną.

Według Światowego Raportu o Niepełnosprawności *prawie wszystkie prace mogą być wykonywane przez osoby niepełnosprawne, a w odpowiednim środowisku większość osób niepełnosprawnych może być produktywna.*

Polska gospodarka oraz polityka społeczna wymagają natychmiastowego stworzenia systemu wczesnej rehabilitacji kompleksowej, który ułatwiałby powrót osobom niepełnosprawnym do pracy.

Sprawnie działający system zapobiegnie przedłużającej się hospitalizacji, da szanse powrotu do pracy i uczestnictwa w życiu społecznym oraz zapobiegnie zwiększonym kosztom opieki zdrowotnej i zabezpieczenia społecznego.

Dla zwiększenia liczby osób powracających do pracy oraz ich pełnego uczestnictwa w życiu społecznym, a także poprawy ich jakości życia po przebyciu chorób lub urazów konieczne jest podjęcie działań mających na celu zmianę organizacji udzielania świadczeń w zakresie:

- leczenia (wczesna prawidłowa diagnostyka w celu wdrożenia właściwego leczenia i skrócenia okresu czasowej niezdolności do pracy),
- wczesnej rehabilitacji kompleksowej dostosowanej do stanu funkcjonalnego osoby niepełnosprawnej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia.

Aktualnie w Polsce nie ma możliwości kontynuacji rehabilitacji leczniczej bezpośrednio po leczeniu szpitalnym. Czas oczekiwania wynosi od kilku tygodni do kilku miesięcy, a w tym okresie dochodzi do utrwalenia negatywnych zmian funkcjonalnych i pogorszenia się stanu psychicznego pacjenta. Rehabilitacja powinna stać się w naszym kraju, podobnie jak w innych krajach, ważnym elementem polityki społecznej.

Dla realizacji tego celu konieczne jest wspólne działanie wszystkich instytucji służących osobom niepełnosprawnym oraz koordynacja tych działań w celu stworzenia spójnego kompleksowego programu rehabilitacji. Rehabilitacja kompleksowa osób niepełnosprawnych jest warunkiem integracji społecznej i realizowania praw osób niepełnosprawnych.

Dostęp do rehabilitacji należy do podstawowych praw człowieka. Rehabilitacja kompleksowa to społeczna i ekonomiczna konieczność.

Głównym celem rehabilitacji jest umożliwienie osobom niepełnosprawnym prowadzenia życia zgodnego z ich życzeniem przy akceptacji nieuniknionych ograniczeń aktywności wynikających z uszkodzeń będących skutkiem choroby lub urazu. Cel ten można osiągnąć przez połączenie następujących działań:

- likwidacja lub redukcja dysfunkcji,
- likwidacja lub redukcja barier dla uczestnictwa w środowisku, w którym żyje osoba niepełnosprawna,
- wspieranie reintegracji społecznej.

W działaniach zogniskowanych na potrzeby pacjenta właściwe jest dążenie do optymalizacji zarówno aktywności, jak i uczestnictwa.

Duża liczba osób, które z powodu chorób, urazów i ich następstw stają się niepełnosprawne, tworzy konieczność podjęcia aktywnych działań mających na celu przywrócenie lub poprawę sprawności tych osób i umożliwienie im pełnego uczestnictwa w życiu społecznym.

Współtwórca polskiej szkoły rehabilitacji Wiktor Dega mówił: „Nieludzkim jest uratowanie człowiekowi życia, a potem pozostawienie go samemu sobie. Tymczasem właśnie wczesna i dostępna dla wszystkich rehabilitacja zmniejsza cierpienie, poprawia sprawność i jakość życia człowieka"[16].

Uzasadnieniem konieczności szybkiego wprowadzenia systemu kompleksowej rehabilitacji jest sytuacja demograficzna w naszym kraju, a także rosnące koszty świadczeń dla osób niepełnosprawnych (aktualnie około 14% naszego społeczeństwa). Znaczna część osób niepełnosprawnych to ludzie w wieku produkcyjnym, którzy po prawidłowo przeprowadzonej rehabilitacji będą mogli powrócić do pracy lub będą zdolni do stworzenia sobie miejsc pracy. Poza poprawą sprawności, aktywności i jakości życia osób niepełnosprawnych taki program mógłby spowodować zmniejszenie liczby osób niepełnosprawnych, a co za tym – idzie wydatków na świadczenia rzeczowe i pieniężne z zabezpieczenia społecznego. Prawidłowo prowadzona, wczesna rehabilitacja może przyczynić się do skrócenia czasu pobytu chorych w oddziałach szpitalnych, które mogłyby wtedy objąć leczeniem większą liczbę chorych.

Według BAEL w 2019 r. w Polsce pracowało jedynie 26,8 proc. osób niepełnosprawnych w wieku produkcyjnym (20–64 lata), przy wskaźniku zatrudnienia dla osób sprawnych wynoszącym 78,4 proc. [17]. Dane te pokazują, jak poważnym wyzwaniem dla Polski jest aktywizacja zawodowa i wzrost zatrudnienia osób niepełnosprawnych.

Jedną z odpowiedzi na powyższe wyzwanie jest projekt[18] „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy" realizowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych we współpracy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych oraz Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym. Należy podkreślić, iż ma on charakter pilotażowy i koncepcyjny, a głównym celem działania Ośrodków Rehabilitacji Kompleksowej jest pilotaż nowego podejścia do pracy osób niepełnosprawnych, a w rezultacie ich wejście lub powrót na rynek pracy.

Celem projektu jest przygotowanie i przetestowanie modelu rehabilitacji kompleksowej (RK), pozwalające na podjęcie lub powrót do aktywności zawodowej osób, które w następstwie choroby lub urazu: utraciły zdolność wykonywania dotychczasowego zawodu. ale mogłyby podjąć inną pracę, adekwatną do ich zainteresowań i stanu funkcjonalnego, oraz osób niepełnosprawnych, które z powodu upośledzenia funkcji organizmu nie pracowały, ale mają motywację do zdobycia zawodu i podjęcia pracy odpowiedniej do ich możliwości.

Projekt ma na celu podniesienie jakości i skuteczności rehabilitacji osób zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych w stopniu powodującym niezdolność do pracy, tak aby mogły aktywnie uczestniczyć w życiu społecznym i zawodowym.

Dotychczasowe wyniki projektu są obiecujące. Uczestnicy projektu kompleksowej rehabilitacji znajdują pracę mimo epidemii koronawirusa i zamknięciu wielu branż. Dzięki wsparciu, jakie otrzymują w ośrodkach, zdobywają poszukiwane przez pracodawców kwalifikacje, które gwarantują im zatrudnienie na otwartym rynku pracy. Aż 58 proc. osób, które ukończyły projekt, już pracuje. Najpopularniejsze zawody to: pracownicy biurowi, specjaliści ds. kadr i płac, doradcy klienta, analitycy internetowi, operatorzy obrabiarek CNC, elektromonterzy i recepcjonistki. Pośrednicy pracy i doradcy zawodowi w ośrodkach szukają niestandardowych rozwiązań,

tak by każdy uczestnik znalazł pracę adekwatną do swoich umiejętności i stanu funkcjonalnego.

Według Strategii na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju przyjętej przez Radę Ministrów 14.02.2017 r.: *W przypadku osób niepełnosprawnych, należy koncentrować się na tworzeniu warunków do ich wczesnego powrotu do pracy i utrzymania się w zatrudnieniu m.in. poprzez stymulację motywacji, rehabilitację medyczną, uzupełnianie kwalifikacji czy likwidację barier mentalnych i środowiskowych. W tym celu należy stworzyć sieć synergicznych powiązań pomiędzy różnymi instytucjami (np. ZUS, KRUS, PFRON, NFZ, placówki medyczne). Istnieje także konieczność podejmowania kompleksowych i wielowymiarowych działań z zakresu rehabilitacji medycznej (w tym psychologicznej), społecznej i zawodowej, prowadzących do pełnego włączenia społecznego* przy zastosowaniu Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF)[19].

W naszym kraju w 2020 r. ponad 1 200 000 osób pobierało świadczenia z systemu zabezpieczenia społecznego z tytułu niezdolności do pracy w następstwie chorób lub urazów. Wiele z tych osób mogłoby powrócić do czynnego życia społecznego i zawodowego po wprowadzeniu systemu rehabilitacji kompleksowej (medycznej, społecznej i zawodowej).

Aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych jest jednym z najlepszych sposobów na wyjście z izolacji społecznej, nierzadko również biedy, oraz wpływa na ogólną poprawę ich dobrostanu i jakości życia. Praca dla osób niepełnosprawnych oznacza z jednej strony wyższą jakość ich życia dzięki posiadaniu dochodów i aktywnym funkcjonowaniu w społeczeństwie, z drugiej zaś – stanowi także korzyść dla gospodarki. Przywrócenie zdolności i umożliwienie podjęcia lub powrotu do pracy osobom niepełnosprawnym jest więc istotne zarówno ze społecznego jak i ekonomicznego punktu widzenia.

Piśmiennictwo

1. Uchwała Sejmu z 16 września 1982 r. w sprawie inwalidów i osób niepełnosprawnych, M.P. z 1982 r. Nr 22, poz. 188 (uchylony).
2. Portal gov.pl
3. Informacja Rządu Rzeczpospolitej Polskiej o działaniach podejmowanych w 2019 r. na rzecz realizacji postanowień uchwały Sejmu RP z dnia 1 sierpnia 1997 r.
4. Stan Zdrowia Ludności Polski, Warszawa: GUS; 2019.
5. Zarys orzecznictwa lekarskiego, Witaszek F. (red.), Poznań 1935.
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135.
7. Ustawa z 28 czerwca 1996 r. o zmianach niektórych ustaw o zaopatrzeniu emerytalnym i ubezpieczeniu społecznym, Dz. U. Nr 100, poz. 461.
8. Ustawa z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. z 2008 r. Nr 50, poz. 291.
9. Konwencja nr 128 Międzynarodowej Organizacji Pracy, http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k128.html
10. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ.
11. Konwencja ONZ o prawach osób niepełnosprawnych, Dz. U. z 2012 r. poz. 1169.
12. Powszechna deklaracja praw człowieka, http://www.unesco.pl
13. Standardowe zasady wyrównywania szans osób niepełnosprawnych, http://www. tus.org.pl
14. Projekt globalnego planu działania WHO na rzecz niepełnosprawności na lata 2014–2021, *Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania* 2014(13), s. 42–72.
15. Idem, Demaskowanie mitów związanych z powrotem do pracy i miejsc pracy w integrujących społecznie, „Niepełnosprawność – Zagadnienia. Problemy. Rozwiązania" 2012, Nr 5, s. 42–8.
16. Za: Lubecki M., Rola ośrodków rehabilitacyjno-ortopedycznych w polskim modelu rehabilitacji medycznej w drugiej połowie XX wieku, Hygeia Public Health, 2011: 2: 249–55.
17. BAEL 2019.
18. Projekt: Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy nr: POWR.02.06.00–00–0057/17 Projekt finansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i przez Budżet Państwa.
19. Strategie na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030), Warszawa 2017.

Link do nagrania:
https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 2:17

POZOSTAŁE WYKŁADY EKSPERTÓW

Dr n. med. Justyna Dąbrowska-Bień

Szkolenia w zakresie rynochirurgii

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:24:48

Prof. Leonora Bużańska

Bioinżynieria in vitro mózgu i rdzenia kręgowego

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 35:40

Prof. Ryszard Gellert

COVID-19 a paradygmat nauczania medycyny

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 4:11

Prof. Iwona Grabska-Liberek

Terapie komórkowe i genowe w okulistyce

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 24:44

Prof. Karina Jahnz-Różyk

Wybrane problemy w alergologii

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k3.php
Dzień 2., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 40:42

Dr Łukasz Jankowski

Lekarze przyszłości

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k3.php
Dzień 1., kanał 3. – czas rozpoczęcia: 24:13

Katarzyna Kasica, fundacja AKogo?

Przyszłość medycyny regeneracyjnej dla pacjentów w minimalnym stanie świadomości po ciężkich uszkodzeniach mózgu i przebytej śpiączce (ICD10:R40.2)

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k6.php
Dzień 1., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 38:45

Prof. Adam Maciejczyk

Reforma opieki onkologicznej – założenia Krajowej Sieci Onkologicznej

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k6.php
Dzień 2., kanał 6. – czas rozpoczęcia: 2:21

Dr n. med. Beata Miaśkiewicz

Chirurgiczne modelowanie głosu

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k4.php
Dzień 2., kanał 4. – czas rozpoczęcia: 45:59

Prof. Bożena Romanowska-Dixon

Rola terapii protonowej w leczeniu pacjentów z czerniakiem oka

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k5.php
Dzień 2., kanał 5. – czas rozpoczęcia: 43:28

Prof. Henryk Skarżyński

25-lecie Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d1k1.php
Dzień 1., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 8:40

Prof. Henryk Skarżyński, mgr NMT Barbara Kaczyńska, mgr Agnieszka Sepioło

Muzykoterapia w rozwoju drogi słuchowej

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 4:24:48

Dr n. med. Elżbieta Włodarczyk

Opieka rehabilitacyjna przed i po wszczepieniu implantów słuchowych

https://kongres-zdrowiepolakow.pl/linki-do-raportow/2021/d2k1.php
Dzień 2., kanał 1. – czas rozpoczęcia: 3:08:57

PODSUMOWANIE WYKŁADÓW EKSPERTÓW

Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny":

Zorganizowanie Kongresu o tak szerokim zakresie tematycznym to ogromne wyzwanie. Wiadomo, że zdrowie całej populacji jest składową wielu elementów. Czy jednak zdajemy sobie sprawę, ile ich jest, jaka jest ich rola w procesie utrzymania dobrostanu zdrowotnego, jak jedne wpływają na drugie bądź wzajemnie się warunkują? Zapewne te lub podobne pytania stały się dla prof. Henryka Skarżyńskiego podstawą do powstania pomysłu zorganizowania Kongresu „Zdrowie Polaków". Zgromadzone wokół Profesora grono specjalistów przygotowuje cykliczną diagnozę dotyczącą wybranych aspektów zdrowia Polaków, analizę potrzeb w tym względzie, prezentacje nowych standardów opieki oraz wyznacza cele, reagując na ciągle zmieniającą się rzeczywistość.

Pandemia stale obecnym kontekstem. Choć podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" liczba debat, wykładów czy prezentacji, a także przekazywanych w nich informacji mogła przytłaczać, żaden z elementów programu nie był przypadkowy.

Dr Leszek Borkowski przedstawił ogólną sytuację dotyczącą szczepień przeciwko COVID-19 i przyjmowania leków podczas zakażenia. W kontekście infekcji SARS-CoV-2 pojawił się także wykład: „Współczesne możliwości badania węchu i smaku", przygotowany przez dr Małgorzatę Buksińską i prof. Piotra H. Skarżyńskiego. To podczas pandemii zdaliśmy sobie sprawę, że zaburzenia węchu i smaku stanowią nie tylko dyskomfort i pogorszenie jakości życia, ale też czasami są objawem lub przyczyną innych poważnych chorób.

Wspomniane wyżej tematy zostały uzupełnione m.in. takimi wykładami, jak: „Szczepienia w zapobieganiu starym i nowym chorobom zakaźnym" prof. Sylwii Kołtan, „Niewirusowe czynniki ryzyka zdrowia w czasie COVID-19" gen. bryg. prof. Marka Maruszyńskiego i prof. Andrzeja Mastalerza, „Choroby infekcyjne wyzwaniem XXI wieku – lekooporna gruźlica" prof. Jarosława Dziadka. Poruszono także aktualny problem zacierania się granicy pomiędzy lekami a suplementami diety, który omawiali prof. Włodzimierz Opoka i dr Mariusz Janikowski.

Zainteresowani mogli pogłębić swoją wiedzę dzięki takim prezentacjom jak: „Współczesne możliwości diagnostyki szumów usznych" (prof. Danuta Raj-Koziak) czy „Nowoczesna diagnostyka genetyczna niedosłuchów" (prof. Monika Ołdak).

Nowe wyzwania na trudne czasy. Gdy mówimy o zdrowiu populacji, nie może zabraknąć odniesienia do chorób cywilizacyjnych, onkologicznych czy dobrostanu psychicznego społeczeństwa. Z omówieniem wyzwań psychiatrii zmierzyli się prof. Dominika Dudek i prof. Janusz Heitzman. Podsumowanie dotychczasowych działań w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej przedstawił prof. Piotr Rutkowski. Z kolei prof. Wojciech Golusiński skupił się na „Polskiej onkologii w dobie COVID-19 ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów głowy i szyi". W programie znalazły się też rekomendacje i praktyczne zalecenia dla profilaktyki onkologicznej i promocji zdrowia, omówione przez dr Małgorzatę Synowiec-Piłat.

W wykładach poruszono także kilka innych problemów, którym poświęcono uwagę rówież podczas debat, paneli i sympozjów, m.in. poprawie opieki nad pacjentami z chorobami rzadkimi, co przybliżyła dr hab. Jolanta Sykut-Cegielska.

Zaangażowanie w promocję zdrowego stylu życia. Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia okazały się bardzo szerokim tematem dającym możliwość zwrócenia uwagi na prozdrowotne działania różnych instytucji. O niezwykle ciekawych inicjatywach w tym zakresie wspominał ks. dr Marcin Iżycki w wystąpieniu „Caritas Polska jako promotor prozdrowotnego stylu życia".

Zazwyczaj w kontekście zdrowego stylu życia mówi się o naszych nawykach żywieniowych. Polakom, oprócz wiedzy o tym, jak zdrowo jeść, potrzebna jest również świadomość konsumencka. Kto odpowiada za bezpieczeństwo żywności, wskazała Monika Jarzębska. Organizacje konsumenckie coraz częściej włączają się w działania edukacyjne.

To, jak ważne jest pomaganie sobie nawzajem w drodze do zdrowia, potwierdziły organizacje zrzeszające pacjentów, którym organizatorzy Kongresu słusznie oddali w tej sprawie głos. Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, wymieniła nowe działania organizacji, możliwe dzięki rozwojowi mediów elektronicznych, a także znaczenie wsparcia chorych w trudnym czasie pandemii. Do tych ostatnich doświadczeń odwoływała się również Dorota Korycińska, omawiając rolę organizacji zrzeszającej pacjentów onkologicznych.

Z wykładu dr hab. Barbary Piekarskiej można się było dowiedzieć, dlaczego zdrowie środowiskowe jest niezbędnym elementem w formułowaniu polityki zdrowotnej państwa i programów profilaktycznych. Dbanie o środowisko, aby sprzyjało naszemu zdrowiu, jest koniecznością XXI w. Czynniki środowiskowe nie mogą być utożsamiane jedynie z bezpieczeństwem i higieną pracy.

Warto ponownie spojrzeć w kalejdoskop. Dzięki hybrydowej formule Kongresu zawsze można wrócić do prezentowanych treści, co polecam. Spoglądając ponownie w kalejdoskop, w zależności od oświetlenia pewne elementy wzoru widzimy wyraźniej. Oczywiście zmieni się on, gdy spojrzymy na niego po kolejnym kongresie – w zależności od zewnętrznych wstrząsów. Ale elementy i kolory pozostają te same, zyskują tylko inną perspektywę. Gratuluję jeszcze raz organizatorom 3. Kongresu „Zdrowie Polaków". Myślę, że jesteśmy świadkami formowania się największej w Polsce merytorycznej platformy dyskusyjnej na temat zdrowia.

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

REKOMENDACJE

Zapraszam do lektury różnych spostrzeżeń i szczegółowych rekomendacji, które zostały opracowane przez uczestników Kongresu. Wszystkim, którzy je sformuowali i przesłali, przekazuję podziękowanie w imieniu Rady Programowej oraz współautorów tego podsumowania. Zaprezentowane 10 punktów stanowi wypadkową większości głosów w dyskusji prowadzonej podczas 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" 2021 i po jego zakończeniu.

1

Jednym z powracających tematów podczas debat, paneli, sympozjów i wykładów był brak kadr medycznych. W zawodzie lekarskim dochodzi do zmiany pokoleniowej. Z pracy odchodzi starsze pokolenie lekarzy, część młodych absolwentów kierunków lekarskich wybiera pracę za granicą. W Polsce mamy najniższy w krajach OECD i wśród wszystkich naszych sąsiadów współczynnik liczby lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Podobnie ogromne braki występują w odniesieniu do pielęgniarek. Obecnie funkcjonuje ponad 20 uczelni kształcących medyków. Jak oceniano, to znacznie więcej niż jeszcze kilka lat temu, ale wciąż za mało w stosunku do potrzeb.

Rekomendujemy *konieczność zapewnienia odpracowania przez młodych lekarzy kosztów poniesionych na ich kształcenie przez system ochrony zdrowia. Dla potrzeb kształcenia nowych kadr należy rozwinąć system stypendialny, zgodnie z którym będzie można odpracować lub w przypadku wyjazdu za granicę zwrócić koszty poniesione na kształcenie. Aby zwiększyć kadry, do rozważenia pozostają dwa sposoby: zwiększenie liczby studentów na uniwersytetach medycznych lub tworzenie filii dużych ośrodków akademickich. Bezdyskusyjna jest konieczność opracowania nowego sposobu kształcenia kadr medycznych, uwzględniająca fakt, że młode pokolenie ma zupełnie inne możliwości informatyczne, komunikacyjne i weryfikacji wiedzy.*

2

Jednym z głównych tematów Kongresu było zdrowie publiczne. Przedstawiona analiza Ministerstwa Zdrowia, opublikowana w „Krajowym Planie Transformacji na lata 2022–2026", określa i precyzuje czynniki dominujące w utracie zdrowia i przedwczesnych zgonach Polaków. To między innymi palenie tytoniu, nieprawidłowa dieta, nadmierna masa ciała, spożywanie alkoholu. Są to czynniki ryzyka prowadzące do wielu chorób, możliwe jednak do wyeliminowania. Tymczasem w okresie pandemii nastąpił odwrót od profilaktyki, a kondycja zdrowotna Polaków się pogorszyła, wzrósł m.in. odsetek osób z nadwagą i otyłością. Eksperci alarmowali o złej kondycji zdrowotnej (fizycznej i psychicznej) najmłodszego pokolenia Polaków. Dlatego wielokrotnie podkreślano konieczność edukacji prozdrowotnej od najmłodszych lat, bowiem inwestycja w zdrowie dzieci procentuje w życiu dorosłym.

Rekomendujemy *wprowadzenie takich rozwiązań i zmian systemowych, w efekcie których ranga zdrowia publicznego wzrośnie – w systemie ochrony zdrowia będzie ono traktowane na równi z medycyną naprawczą, zwiększy się też ilość wydatkowanych środków na profilaktykę i edukację. Wzmocni to proces kształcenia postaw prozdrowotnych nie tylko odnoszący się do programu szczepień. Konieczne jest wyłonienie lidera – instytucji lub osoby, która z pasją i zaangażowaniem koordynowałaby działania na rzecz odwrócenia niepokojących trendów w zdrowiu publicznym. Funkcję tę może pełnić Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy, w którym rozpoczęto już prace nad reformą obecnego systemu zdrowia publicznego. W działania na rzecz zdrowia publicznego, profilaktykę i edukację powinny w szczególności zostać zaangażowane media publiczne.*

Rekomendujemy także wprowadzenie do programu szkolnego lekcji poświęconej profilaktyce zdrowia, zdrowemu odżywianiu, aktywności fizycznej – zwiększenie udziału wszystkich grup wiekowych w zorganizowanych zajęciach sportowych, także tych pozaszkolnych, poprawę dostępu dla dzieci i młodzieży do infrastruktury sportowej w miejscu zamieszkania, promocję aktywności fizycznej wśród rodziców, dostęp dla nastolatków do nowych technologii monitorujących aktywność fizyczną (m.in. mobilnych aplikacji).

Zdecydowanie postulujemy większe finansowanie budowy sieci poradni psychologicznych na terenie całego kraju. Świadczenia w tym zakresie u dzieci powinny być dostępne bez skierowania, a praca terapeutyczna ma nie tylko dotyczyć objawów dziecka, lecz także uwzględniać jego najbliższe środowisko.

3

Podczas Kongresu wielokrotnie podkreślano, jak dużą rolę odgrywają w systemie ochrony zdrowia samorządy oraz jak różnorodne są ich działania. Przegląd programów profilaktyki zdrowotnej oraz inicjatyw prozdrowotnych realizowanych przez samorządy pokazał, że zakres tych działań jest bardzo szeroki. Samorządy realizują programy zdrowotne dla różnych grup odbiorców: dzieci, młodzieży, rodzin, seniorów. Jak zwracano uwagę, polityka zdrowotna powinna być w większym stopniu kształtowana na poziomie regionalnym, w mniejszym – na centralnym. Władze regionalne są bliżej mieszkańców, z tego powodu łatwiej im identyfikować zarówno potrzeby, jak i narzędzia.

Rekomendujemy *konieczność współpracy władz centralnych z władzami samorządowymi w zakresie działań prowadzonych na rzecz zdrowia Polaków oraz współpracy z innymi instytucjami. Niezwykle ważne jest porozumienie się różnych środowisk uczestniczących w budowaniu postaw prozdrowotnych w celu ustalenia najbardziej optymalnych i efektywnych działań. Do tych środowisk należą: przedstawiciele pracodawców, przedstawiciele samorządów medycznych (lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki), przedstawiciele mediów i Kościoła. Tylko stworzenie wspólnego przekazu może być czytelne dla społeczeństwa.*

4

W kolejnych wystąpieniach podczas debat, paneli i wykładów podkreślano duże znaczenie innowacji, technologii i sztucznej inteligencji w medycynie. Zwracano uwagę, że innowacyjne rozwiązania stanowią papierek lakmusowy stopnia zaawansowania rozwoju gospodarki opartej na wiedzy. Bez innowacyjności nie ma postępu – w nauczaniu medycyny, w technologiach wytwarzania produktów i preparatów leczniczych, a także w diagnostyce i terapii. Podczas jednej z debat przedstawiono wiele przykładów zastosowania sztucznej inteligencji w praktyce klinicznej oraz projektów, które w najbliższej przyszłości będą stanowić znaczący krok w rozwoju różnych programów medycznych, zwłaszcza dotyczące powszechnych czy populacyjnych badań przesiewowych.

Rekomendujemy, *aby wszystkie instytucje mające wpływ na finansowanie badań, jak Narodowe Centrum Nauki, Narodowe Centrum Badań i Rozwoju, Agencja Badań Medycznych i inne, promowały tworzenie i wdrażanie nowych technologii i rozwiązań z zastosowaniem sztucznej inteligencji, m.in. pozwalających na prowadzenie na szeroką skalę badań przesiewowych w kierunku zaburzeń zmysłów i chorób, których wczesne wykrycie daje szansę na skuteczniejsze leczenie. Takie metody powinny być upowszechniane w różnych obszarach medycyny.*

5

Wielu ekspertów zwracało uwagę podczas Kongresu na stale rosnące wskaźniki zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe oraz związane z tym poważne konsekwencje zdrowotne, społeczne i gospodarcze zarówno dla pacjentów i ich rodzin, jak i dla całego społeczeństwa. Przedstawiane dane wskazują na małą skuteczność dotychczasowych działań antynowotworowych w Polsce, chociaż w różnych specjalnościach zmienia się to na lepsze.

Rekomendujemy *wypracowanie nowych strategii walki z rakiem. Badania socjologiczne wskazują na potrzebę szerokiego i wnikliwego uwzględniania w działaniach antynowotworowych perspektywy społeczno-kulturowej, ze szczególnym zwróceniem uwagi na fałszywe przekonania związane z chorobami nowotworowymi oraz ich wpływ na postawy i zachowania zdrowotne (profilaktykę onkologiczną, zgłaszanie się do lekarza w przypadku zaobserwowania niepokojących objawów, podjęcie leczenia oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich w przypadku diagnozy nowotworowej). Zgodnie z zasadami współczesnej promocji zdrowia konieczne jest również wzmacnianie podmiotowości jednostek i społeczności w ich dążeniu do utrzymania i pomnażania potencjału zdrowia.*

6

Instytuty naukowo-badawcze i uniwersyteckie ośrodki kliniczne w dobie pandemii znalazły się w nowej sytuacji i pokazały swoją wartość wielowymiarowo. Kongres był okazją do zaprezentowania, czym instytuty badawcze obecnie się zajmują i jaki jest ich wkład w zdrowie publiczne i medycynę interwencyjną. Zespoły eksperckie tych placówek i kliniki uniwersyteckie są obecne w praktycznie wszystkich specjalnościach medycyny, a ich rola w poszczególnych obszarach jest wiodąca. Jak mówiono, zarówno ośrodki uniwersyteckie, jak i instytuty są niezbędnym ogniwem całego systemu ochrony zdrowia w naszym kraju.

Rekomendujemy *przy szerokiej i wielokierunkowej działalności instytutów medycznych i jednostek uniwersyteckich odpowiednie dofinansowanie ich działalności klinicznej i dydaktycznej. Ważne jest, aby między innymi wzrastały dotacje z Ministerstwa Edukacji i Nauki, a także wycena procedur medycznych wykonywanych w jednostkach o najwyższym poziomie referencyjności.*

7

Liczne grono uczestników Kongresu podkreślało, że pandemia pogłębia kryzys w systemie ochrony zdrowia i zmniejsza jego wydolność, przez co znaczny odsetek pacjentów z różnego typu schorzeniami, zwłaszcza przewlekłymi, nie może liczyć na należytą opiekę. System ochrony zdrowia był zmieniany pod kątem COVID-19, przez co dostęp do specjalistów, badań diagnostycznych i rehabilitacji często bywa utrudniony. COVID-19 współistnieje z innymi chorobami, z których leczeniem nie można czekać. Odkładanie terapii może mieć tragiczne skutki. Obniża to ogólną kondycję społeczeństwa.

Rekomendujemy *zwrócenie uwagi na to, że termin „pandemia" zawęża pole widzenia do jednej choroby, czyli COVID-19. W jej kontekście należy raczej mówić o syndemii. Za takim podejściem przemawiają fakty dotyczące negatywnego oddziaływania SARS--CoV-2 na inne dziedziny medycyny, co skutkuje na przykład zmniejszeniem liczby wykonywanych transplantacji, ograniczeniem leczenia chirurgicznego, zmniejszeniem ilości badań przesiewowych, zaniechaniem rehabilitacji. W trybie pilnym powinny zostać utworzone placówki, oddziały dla pacjentów covidowych, jednocześnie powinno się umożliwić normalne funkcjonowanie i finansowanie kluczowych placówek ochrony zdrowia, które będą świadczyć nieprzerwanie usługi w każdej specjalności medycyny. W pierwszej kolejności powinno to dotyczyć zapewnienia pełnej działalności jednostek monospecjalistycznych – uniwersytetów i instytutów medycznych. Jednocześnie rekomendujemy, by wspierając akcję szczepień przeciw SARS-CoV-2, faktycznie, a nie deklaratywnie, wzmocnić przywileje osób zaszczepionych.*

8

Podczas Kongresu dyskutowano nad zmianami finansowania opieki medycznej. Wraz z postępem medycyny terapie stają się coraz bardziej kosztowne i nie tylko w Polsce brakuje środków na finansowanie m.in. najnowocześniejszych i wysokospecjalistycznych procedur. Wielu uczestników Kongresu stawiało pytanie, co robić, aby były one dostępne dla wszystkich.

Rekomendujemy *wprowadzenie rozwiązań – VBHC (Value-Based Health Care) – wypróbowanych w innych krajach, które będą umożliwiać pacjentom poprawę stanu zdrowia i jednocześnie minimalizować koszty uzyskania tej poprawy. Wymaga to wielu interdyscyplinarnych przygotowań. Konieczne jest oparcie się na medycynie personalizowanej. A przede wszystkim należy opracować zestawy KPIs dostarczające wskaźniki obejmujące następujące obszary:*

- *obszar medyczny/ kliniczny koncentrujący się na wynikach zdrowotnych leczenia zarówno pozytywnych, jak i negatywnych;*
- *obszar statusu zdrowotnego osiąganego przez społeczeństwo, także w ujęciu geograficznym;*
- *obszar kapitału ludzkiego służący poznaniu i podnoszeniu kwalifikacji pracowników ochrony zdrowia;*

- *obszar kapitału rzeczowego i inwestycji pokazujący warunki materialne, w jakich leczenie się odbywa i będzie się odbywać;*
- *obszar finansowania w ochronie zdrowia, który należałoby podzielić na dwie strefy – pierwsza charakteryzowałaby finansowanie systemu ochrony zdrowia jako całości, a druga pokazywałaby sytuację finansową świadczeniodawców, a przede wszystkim szpitali;*
- *obszar funkcjonowania szpitali/świadczeniodawców, co ujawniłoby warunki i organizację leczenia w każdym podmiocie;*
- *obszar zdrowia publicznego, w ramach którego można osiągnąć nieskończenie wiele korzyści dla profilaktyki i przede wszystkim edukacji dzieci i całego społeczeństwa;*
- *obszar regulacji prawnej ochrony zdrowia, w której od wielu lat źle się dzieje, co prowadzi do pogarszającej się sytuacji przede wszystkim szpitali;*
- *obszar uwarunkowań makroekonomicznych i finansów publicznych, który określi gospodarcze uwarunkowania dla funkcjonowania ochrony zdrowia;*
- *obszar zachowań ludzkich – psychologiczny i socjologiczny, z których wynika, że postawy ludzkie powinny być bardziej sprzyjające.*

Znaczenie tych wskaźników jest bezcenne, ponieważ zawierają one czynniki determinujące wyniki zdrowotne nastawione na cel.

9

Nowym wątkiem, jaki w 2021 roku pojawił się podczas Kongresu, była opieka farmaceutyczna. Jak podkreślano, pandemia przyczyniła się do obalenia mitu, iż farmaceuci są wyłącznie sprzedawcami leków. Na pierwszy plan wysunęła się rola farmaceuty jako często bardzo zaufanego edukatora zdrowotnego. Opieka farmaceutyczna, zwłaszcza specjalistyczne doradztwo, może być dobrym rozwiązaniem problemu braków kadr w systemie opieki zdrowotnej.

Rekomendujemy, *by usługi wykonywane w ramach świadczeń Opieki Farmaceutycznej były wdrażane na ściśle określanych zasadach:*

- *współpraca pomiędzy lekarzami a farmaceutami powinna zachodzić w sposób niepodważalny wobec wzajemnych kompetencji;*
- *wdrażanie narzędzi Opieki Farmaceutycznej wpływa na zwiększenie ogólnej dostępności do opieki zdrowotnej;*
- *wdrażanie Opieki Farmaceutycznej może zdecydowanie wpłynąć na zwiększenie efektywności monitorowania występujących działań niepożądanych;*
- *priorytetem wdrażania usług Opieki Farmaceutycznej powinno być stworzenie procedur właściwego raportowania działań niepożądanych;*
- *bezpieczeństwo preskrypcji i jej nadzór powinny być jednym z głównych zadań Opieki Farmaceutycznej, dlatego ważne jest, żeby wprowadzić system raportowania potencjalnych problemów, które występują na recepcie, a pacjenci muszą mieć wiedzę, jak mogą korzystać z usług Opieki Farmaceutycznej.*

10

Niekwestionowaną rolę w działaniach na rzecz zdrowia publicznego odgrywają media, podkreślało wielu uczestników Kongresu. Stało się to szczególnie widoczne w dobie pandemii – w tym trudnym czasie media starały się dostarczać informacji, które są rzetelne, merytoryczne i dogłębnie sprawdzone. Nie zapobiegło to jednak licznym fake newsom pojawiającym się w internecie, zwłaszcza na portalach społecznościowych. Zastanawiano się, jak nauczyć odbiorców odróżniania prawdziwych od fałszywych informacji. To ważne, bo odpowiednio przygotowany materiał dziennikarski może zbudować w odbiorcach zaufanie do medycyny, pomóc poznać osiągnięcia i przekonać do korzystania z terapii. Media to także nieocenione narzędzie do kreowania świadomości, czym jest zdrowie publiczne i jak każdy z nas może przyczynić się do budowania zdrowej społeczności, w której żyje na co dzień. To jedno z najważniejszych zadań mediów.

Rekomendujemy *bliższą współpracę dziennikarzy z ekspertami z różnych dziedzin medycyny. W Polsce jest wiele dobrych zespołów, które mają osiągnięcia na skalę europejską czy nawet światową. Warto o tych sukcesach informować społeczeństwo. Pacjent, który oczekuje dobrej opieki, nie chce słyszeć tylko o niedoskonałościach systemu ochrony zdrowia. Chciałby usłyszeć coś pozytywnego i mieć nadzieję, że w przychodni, szpitalu spotka się z zainteresowaniem ze strony personelu i że może liczyć na dobre leczenie. Warto więc nagłaśniać pozytywne informacje, konsekwentnie dementując fake newsy.*

Konieczny jest też nadzór nad treściami przekazywanych reklam oraz promocjami pseudoprozdrowotnych działań, jakie są coraz częściej wpisywane w naszą rzeczywistość. Treści reklam, np. żywności, leków, suplementów, czy zasadność umieszczania rozlicznych badań w tzw. pakietach prozdrowotnych powinny być autoryzowane przez instytucje związane ze światem medycyny, np. izby lekarskie, konsultantów krajowych. Takie komunikaty wzbudzają poczucie zdrowia w odbiorcy zażywającym reklamowane substancje, jednocześnie powodując zaniechanie działań prozdrowotnych. Ponadto pieniądze wydawane nieroztropnie przez nieuświadomionych odbiorców reklam mogą być spożytkowane na ich rzeczywiste potrzeby.

prof. Henryk Skarżyński

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

AFILIACJE

uczestników debat, paneli, wykładów, sympozjów

Od redaktora

Szanowni Państwo!
Zespół redakcyjny niniejszej publikacji uwzględnił wszystkie nadesłane informacje dotyczące byłych i obecnie pełnionych funkcji oraz te, które są powszechnie znane w środowisku naukowym i klinicznym. W czasie, który minął od naszego spotkania, przy niektórych nazwiskach mogły pojawić się nowe tytuły naukowe lub zmienić afiliacje. Staraliśmy się, korzystając ze wszystkich dostępnych źródeł, nasz materiał uzupełnić. Jeżeli jednak przy jakimś nazwisku zauważą Państwo pewne nieścisłości, proszę o wyrozumiałość.

A

dr n. o zdr. Małgorzata Andryszczyk, dziekan Wydziału Ochrony Zdrowia, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

prof. dr hab. n. med. Piotr Andziak, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Centralny Szpital Kliniczny MSWiA, kierownik II Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii CMKP, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii naczyniowej

prof. dr hab. n. med. Adam Antczak, prorektor ds. klinicznych i zarządzania nauką Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki Pulmonologii Ogólnej i Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

lek. Artur Asztabski, prezes zarządu Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Ewa Augustynowicz-Kopeć, zastępca dyrektora ds. naukowych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Zakład Mikrobiologii, Krajowe Referencyjne Laboratorium Prątka, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, konsultant w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej dla województwa mazowieckiego

B

dr Marek Balicki, minister zdrowia w roku 2003 oraz w latach 2004–2005, członek Rady ds. Zdrowia Psychicznego przy Ministrze Zdrowia

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Maciej Banach, nauczyciel akademicki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Uniwersytetu Zielonogórskiego, przewodniczący Rady Uczelni w Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

dr n. pr. Anna Banaszewska, członek Rady Fundacji Urszuli Jaworskiej, radca prawny, współwłaściciel kancelarii prawnej, kierownik naukowy, wykładowca Akademii Leona Koźmińskiego

Katarzyna Barna, dyrektor ds. pielęgniarstwa Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o.

dr hab. Joanna Basiaga-Pasternak, prof. AWF, Zakład Psychologii, Akademia Wychowania Fizycznego w Krakowie, członek Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

dr hab. Jerzy Bertrandt, prof. PWS, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

dr hab. n. med. Dariusz Białoszewski, prof. WUM, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, przewodniczący Zespołu Zadaniowego ds. Wydawnictw Naukowych, Dydaktycznych i Popularnonaukowych KRKFiIS PAN, dziekan Wydziału Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego (WUM), kierownik Kliniki Rehabilitacji WUM

dr hab. n. pr. Agnieszka Bielska-Brodziak, prof. UŚ, Wydział Prawa i Administracji, Instytut Nauk Prawnych, Uniwersytet Śląski w Katowicach

Marzanna Bieńkowska, zastępca dyrektora Departamentu Dialogu Społecznego i Komunikacji, opiekun Rady Organizacji Pacjentów w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta

prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Janusz Bohosiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii dziecięcej

prof. dr hab. n. farm. Maria H. Borawska, Zakład Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr hab. inż. Michał Borecki, Instytut Mikroelektroniki i Optoelektroniki, Wydział Elektroniki i Technik Informacyjnych Politechniki Warszawskiej

dr n. farm. Leszek Borkowski, pełnomocnik dyrektora ds. analizy i gospodarki lekiem w Szpitalu Wolskim w Warszawie, były prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, prezes zarządu fundacji Razem w Chorobie

dr n. społ. Agnieszka Borowiec, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Narodowy Instytut Kardiologii – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, sekretarz zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

dr hab. n. med. Grażyna Brzezińska, prof. IPCZD, kierownik Pracowni Interwencji Sercowo-Naczyniowych Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

Elżbieta Brzozowska, wiceprezes fundacji Koalicja dla Wcześniaka, Ogólnopolskie Porozumienie Razem dla Wcześniaków

prof. dr hab. n. med. Andrzej Budzyński, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

dr hab. n. med. Joanna Bugajska, prof. CIOP, kierownik Zakładu Ergonomii Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego

lek. Małgorzata Buksińska, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Leonora Bużańska, dyrektor Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego Polskiej Akademii Nauk, kierownik Zakładu Bioinżynierii Komórek Macierzystych IMDiK PAN

Michał Byliniak, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie, wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

C

prof. dr hab. n. med. Adrian Chabowski, prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta

dr hab. n. med. Anna Chrapusta, kierownik Małopolskiego Centrum Oparzeniowo-Plastycznego, Replantacji Kończyn z Ośrodkiem Terapii Hiperbarycznej Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Alicja Chybicka, senator RP, była prezes Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Onkologii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej, Klinika Transplantologii Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej „Przylądek Nadziei" we Wrocławiu

Agnieszka Chyrc, Instytut Równości w Zielonej Górze

dr Błażej Cieślik, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie

dr n. biol. Hanna Cygan, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski, konsultant krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii, kierownik II Katedry i Kliniki Położnictwa i Ginekologii Szpitala im. Księżnej A. Mazowieckiej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. n. o kult. fiz. Dariusz Czaprowski, prof. OSW, kierownik Pracowni Kinezyterapii, Zakład Fizjoterapii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, kierownik Centrum Postawy Ciała w Olsztyńskiej Szkole Wyższej im. Józefa Rusieckiego

Anna Czarnecka, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku, Powiślańska Szkoła Wyższa w Kwidzynie

prof. dr hab. n. med. Piotr Czauderna, przewodniczący Rady ds. Ochrony Zdrowia, Narodowa Rada Rozwoju przy Prezydencie RP, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii i Urologii Dzieci i Młodzieży Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezydent Sekcji Chirurgii Dziecięcej Unii Europejskich Specjalistów Medycznych

prof. dr hab. n. ekon. i dr n. med. Marcin Czech, kierownik Zakładu Farmakoekonomiki w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, wykładowca Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2017–2019, prezes Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, członek Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, członek Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Roman Czejarek, dziennikarz Programu Pierwszego Polskiego Radia

dr hab. n. med. Jarosław Czerwiński, dyrektor medyczny Polstransplantu, kierownik Zakładu Medycyny Ratunkowej Wydziału Lekarskiego WUM

prof. dr hab. n. med. Anna Członkowska, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Stanisław J. Czuczwar, wiceprezes PAN, członek korespondent PAN, kierownik Katedry i Zakładu Patofizjologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zastępca redaktora w czasopiśmie naukowym „Neurochemical Research", członek honorowy Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego

prof. dr hab. n. med. Leszek Czupryniak, kierownik Kliniki Diabetologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM, przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Metabolicznych i Przeciwdziałania Otyłości Medycznej Racji Stanu

prof. dr hab. inż. dr h.c. Andrzej Czyżewski, kierownik Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

D

prof. dr hab. n. med. Roman Danielewicz, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne – Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus WUM, prezes Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego

lek. Joanna Dąbrowska, Oddział Onkologii Klinicznej Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

dr n. med. Justyna Dąbrowska-Bień, ordynator Oddziału Rynologii Kliniki Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Anna Dela, pełnomocnik dyrektora ds. operacyjnych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego

dr hab. n. med. Bożenna Dembowska-Bagińska, prof. IPCZD, kierownik Kliniki Onkologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie

prof. dr hab. Agnieszka Dobrzyń, dyrektor Instytutu Biologii Doświadczalnej im. M. Nenckiego PAN

dr Joanna Domienik-Andrzejewska, kierownik Zakładu Ochrony Radiologicznej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Izabela Domogała, członek Zarządu Województwa Śląskiego

Zuzanna Donath-Kasiura, wicemarszałek województwa opolskiego

Marta Dora, Poradnia Seksuologiczna Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

dr hab. n. farm. Mariola Drozd, prof. UM w Lublinie, Katedra i Zakład Nauk Humanistycznych i Medycyny Społecznej, Międzywydziałowe Centrum Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas, kierownik Katedry Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Zakład Epidemiologii, Prewencji Chorób Układu Krążenia i Promocji Zdrowia, Narodowy Instytut Kardiologii Sfefana kardynała Wyszyńskiego, Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

dr hab. n. med. Sławomira Drzymała-Czyż, Katedra i Zakład Bromatologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ks. Władysław Duda, duszpasterz Służby Zdrowia w Archidiecezji Warszawskiej, dyrektor Archidiecezjalnego Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej, Medyczna Racja Stanu

prof. dr hab. n. med. Dominika Dudek, kierownik Katedry Psychiatrii i Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, członek Rady Dyscypliny CM UJ

Mirosława Dulat, zastępca dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia, Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego

prof. dr hab. n. med. Magdalena Durlik, kierownik Kliniki Medycyny Transplantacyjnej, Nefrologii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant ds. nefrologii dla województwa

mazowieckiego, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego

prof. dr hab. Jarosław Dziadek, dyrektor Instytutu Biologii Medycznej Polskiej Akademii Nauk

Daniel Dziekoński, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

ks. prof. dr hab. Stanisław Dziekoński, Centrum Cyfrowej Nauki i Technologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, rektor UKSW w latach 2012–2020

prof. dr hab. n. med. Katarzyna Dzierżanowska-Fangrat, kierownik Zakładu Mikrobiologii i Immunologii Klinicznej, Instytut „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", konsultant krajowy w dziedzinie mikrobiologii lekarskiej

E

Paweł Elbanowski, współzałożyciel i dyrektor operacyjny StethoMe sp. z o.o.

F

dr hab. n. med. Jarosław Fedorowski, prof. UMMSC, prof. uniw. dr med (USA), MBA, prof. CH, FACP, FESC, prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator i członek Prezydium Europejskiej Federacji Szpitali HOPE, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Wojciech Fendler, kierownik Zakładu Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Fijałkowska, zastępca dyrektora ds. nauki Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Jarosław Filipczak, MBA, prezes zarządu Regionalnej Izby Gospodarczej Pomorza

prof. dr hab. n. med. Krzysztof J. Filipiak, FESC, rektor Uczelni Medycznej im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, dyrektor Instytutu Nauk Klinicznych UM MCS, wiceprzewodniczący Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Urszula Fiszer, kierownik Kliniki Neurologii i Epileptologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, przewodnicząca Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

prof. dr hab. n. med. Robert Flisiak, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, prezes zarządu Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych

prof. dr hab. n. med. Edward Franek, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Endokrynologii i Diabetologii Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, główny ekspert zespołu Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek, ordynator Oddziału Chirurgii Ogólnej, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa mazowieckiego

dr hab. n. o zdr. Adam Fronczak, prof. WUM, wiceminister zdrowia w latach 2007–2011, kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Renata Furman, redaktor naczelna „Służby Zdrowia"

dr n. med. Mariusz Furmanek, zastępca kierownika Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

G

dr n. med. Paweł Gaj, Warsaw Genomics

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gajos, Oddział Kliniczny Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca, Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie

dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dziekan Centrum Kształcenia Podyplomowego, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia oraz Center of Value Based Healthcare, Uczelnia Łazarskiego, zastępca przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Aneta Gawlik, prodziekan Wydziału Nauk Medycznych w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej z Pododdziałem Zaburzeń Rozwoju Płci, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Mariusz Gąsior, kierownik III Katedry i Oddziału Klinicznego Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

prof. dr hab. n. med. Ryszard Gellert, dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie nefrologii, kierownik Kliniki Nefrologii i Chorób Wewnętrznych CMKP

gen. dyw. prof. dr hab. n. med. Grzegorz Gielerak, dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, konsultant krajowy ds. obronności w dziedzinie medycyny – choroby wewnętrzne, członek Rady ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, członek Rady ds. Zdrowia Publicznego przy Ministrze Zdrowia

Kalina Gierblińska, prezes Instytutu Komunikacji Zdrowotnej

dr hab. n. med. Rafał Gierczyński, prof. NIZP-PZH-PIB, zastępca dyrektora ds. bezpieczeństwa epidemiologicznego i środowiskowego, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

Adam Giza, redaktor TVP Info

dr n. o zdr. Jolanta Gładczuk, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

dr hab. n. o zdr. Mariola Głowacka, prof. MUP, prof. UMK, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku, Wydział Nauk o Zdrowiu w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

prof. dr hab. n. med. Wojciech Golusiński, kierownik Katedry i Kliniki Chirurgii Głowy, Szyi i Onkologii Laryngologicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu oraz w Wielkopolskim Centrum Onkologii, prezes Polskiego Towarzystwa Nowotworów Głowy i Szyi, prezydent European Head and Neck Society

Agnieszka Gonczaryk, dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego

Małgorzata Gosiewska, wicemarszałek Sejmu

prof. dr hab. n. med. Renata Górska, kierownik Zakładu Chorób Błony Śluzowej i Przyzębia w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym, prezes Polskiego Towarzystwa Periodontologicznego, konsultant krajowy w dziedzinie periodontologii

dr Jarosław Górski, Wydział Nauk Ekonomicznych Uniwersytetu Warszawskiego, doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"

Szymon Grabia, Zakład Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Ewelina Grabowska, Zakład Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Marcin Grabowski, kierownik I Katedry i Kliniki Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Iwona Grabska-Liberek, kierownik Kliniki Okulistyki CMKP, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, dyrektor Banku Tkanek Oka w Warszawie, dyrektor Warszawskiego Centrum Okulistycznego Libermedic, prezes Polskiego Stowarzyszenia Bankowania Tkanek i Komórek, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Okulistycznego

dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM, kierownik Pracowni Seksuologii Katedry Psychiatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, koordynator Poradni Seksuologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, członek zespołu szkolącego WPATH GEI

dr n. med. Beata Graff, Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku

dr hab. n. farm. Małgorzata Grembecka, kierownik Katedry i Zakładu Bromatologii, Wydział Farmaceutyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny

dr Anna Gręziak, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w latach 2005–2007, doradca Prezydenta RP, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Radosław Grochal, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia, Rodziny, Równego Traktowania i Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Tomasz Grodzicki, członek korespondent PAN i PAU, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, prorektor ds. Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, kierownik Katedry Chorób Wewnętrznych i Gerontologii UJ CM, ordynator Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych i Geriatrii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzki, marszałek Senatu RP, kierownik Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej i Transplantacji, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr hab. Ewa Gruszczyńska, prof. Uniwersytetu SWPS, prorektor do spraw dydaktyki, członek Komisji ds. Komunikacji i Odpowiedzialności Społecznej Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

dr n. med. Paweł Grzesiowski, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej ds. walki z COVID-19

dr hab. n. med. Ewa Gulczyńska, prof. ICZMP, kierownik Kliniki Neonatologii Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, konsultant w dziedzinie neonatologii dla województwa łódzkiego, sekretarz Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

prof. dr hab. n. o kul. fiz. Monika Guszkowska, kierownik Katedry Terapii Zajęciowej, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

Patrycja Gutowska, zastępca dyrektora w Departamencie Nauki w Ministerstwie Edukacji i Nauki

H

prof. dr hab. n. med. Wojciech Hanke, kierownik Zakładu Epidemiologii Środowiskowej, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, przewodniczący Komitetu Zdrowia Publicznego PAN

Dawid Harasim, kierownik Działu Promocji i Karier, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

dr n. o zdr. Emilia Harasim-Piszczatowska, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

prof. dr hab. n. med. Janusz Heitzman, kierownik Kliniki Psychiatrii Sądowej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. psychiatrii sądowej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, członek Komitetu Zdrowia Publicznego PAN, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie w latach 2016–2020, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w latach 2010–2013

prof. dr hab. n. med. Ewa Helwich, konsultant w Instytucie Matki i Dziecka w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii

prof. dr hab. n. med. Tomasz Hinrle, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Piotr Hoffman, kierownik Kliniki Wad Wrodzonych Serca, Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy

I

dr Wojciech Idzikowski, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

ks. dr Marcin Iżycki, dyrektor Caritas Polska

J

dr hab. n. med. Ewa Jabłońska, Zakład Badań Translacyjnych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

prof. dr hab. n. farm. Renata Jachowicz, kierownik Katedry Technologii Postaci Leku i Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. n. med. Karina Jahnz-Różyk, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Pneumonologii, Alergologii i Immunologii Klinicznej, Wojskowy Instytut Medyczny, konsultant krajowy w dziedzinie alergologii

Marta Jakubiak, redaktor naczelna „Gazety Lekarskiej"

dr n. med. Beata Jakubowska-Zając, ordynator Oddziału Pediatrii Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

dr n. farm. Witold Jamróz, Katedra Technologii Postaci Leku i Biofarmacji, Wydział Farmaceutyczny Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Janas-Kozik, kierownik Katedry i Oddziału Klinicznego Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. reformy psychiatrii dziecięcej

dr hab. Beata Jankowska-Polańska, prof. UMW, Wydział Nauk o Zdrowiu, Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Zakład Chorób Układu Nerwowego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

lek. Łukasz Jankowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Warszawie

dr n. med. Mariusz Janikowski, kierownik Zespołu ds. Polityki Lekowej i Farmakoterapii, Naczelna Rada Lekarska, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Monika Jarzębska, dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia w Głównym Inspektoracie Sanitarnym

Anna Jasińska, rzecznik Medycznej Racji Stanu, Polskiej Unii Onkologii, prezes Green Communication

Wiesława Jasińska, Oddział Intensywnej Terapii Noworodka Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

Urszula Jaworska, prezes Fundacji Urszuli Jaworskiej

prof. dr hab. Wiesław W. Jędrzejczak, kierownik Zakładu Audiologii Eksperymentalnej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

lek. Michał Jędrzejek, Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, wiceprezes zarządu fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

dr hab. n. med. Jacek Jóźwiak, prof. UO, dziekan Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Opolskiego

Arleta Beata Jurczykowska, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

prof. dr hab. Joanna Jurewicz, kierownik Zakładu Bezpieczeństwa Chemicznego, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

dr hab. n. o zdr. Grzegorz Juszczyk, dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego

Karolina Juszko, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

K

mgr NMT Barbara Kaczyńska, kierownik Zespołu Muzykoterapii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus, kierownik Katedry Kardiologii, Wrodzonych Wad Serca i Elektroterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Zabrzu, przewodniczący Komitetu Naukowego MedTrends

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Kałwak, kierownik Kliniki Transplantacji Szpiku, Onkologii i Hematologii Dziecięcej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, Ponadregionalne Centrum Onkologii Dziecięcej „Przylądek Nadziei" we Wrocławiu

Wit Kania, Stowarzyszenie Profilaktyki Zdrowotnej „Jeden Świat", Centrum Psychoterapii Przestworza w Krakowie

dr hab. n. med. Andrzej Kansy, prof. IPCZD, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka"

Agnieszka Kapała-Sokalska, członek zarządu województwa pomorskiego, Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego

prof. dr hab. n. o zdr. Beata Karakiewicz, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

dr n. med. Alicja Karney, zastępca dyrektora ds. klinicznych Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie

Katarzyna Kasica, koordynator projektów naukowo-badawczych w fundacji Akogo?

prof. dr hab. n. med. Beata Kawala, kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej i Ortodoncji, Wydział Lekarsko-Stomatologiczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, konsultant krajowy w dziedzinie ortodoncji

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kawecki, kierownik Kliniki Nowotworów Głowy i Szyi, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej

Renata Kaznowska, wiceprezydent m.st. Warszawy

prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak, kierownik Kliniki Kardiologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii

prof. dr hab. n. med. Kornelia Kędziora-Kornatowska, prorektor ds. Collegium Medicum, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, wiceprzewodnicząca Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych, kierownik Katedry Geriatrii na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMK

prof. dr hab. n. tech. dr h.c. multi Michał Kleiber, przewodniczący Kapituły konkursu „Teraz Polska", przewodniczący Kapituły konkursu „Popularyzator Nauki", przewodniczący Rady Fundacji Akademii Polskiego Sukcesu, prezydent EMF (European Materials Forum), przewodniczący Polskiego Komitetu ds. UNESCO, były prezydent ECCOMAS (European Community of Computational Methods in Applied Sciences), były minister nauki i informatyzacji, były wiceprezes Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk

dr hab. n. zdr. Ewa Kleszczewska, prof. PUZ, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

dr hab. inż. Emilia Klimaszewska, prof. UTH, prodziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

ks. dr hab. Jan Klinkowski, prof. PWT, Papieski Wydział Teologiczny we Wrocławiu

płk prof. dr hab. n. med. dr h.c. Krzysztof Stanisław Klukowski, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

Teresa Kłys, dyrektor Centralnej Przychodni Rehabilitacyjno-Leczniczej Polskiego Związku Niewidomych

prof. dr hab. Brygida Knysz, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odpornościowych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. farm. Wojciech Koch, prof. UM w Lublinie, Katedra i Zakład Żywności i Żywienia, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Krzysztof Kochanek, sekretarz naukowy Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, sekretarz Komitetu Nauk Klinicznych PAN

Elżbieta Kois-Żurek, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia w Urzędzie Miasta Krakowa

dr n. med. Monika Kolanowska, Warsaw Genomics

dr hab. n. ekon. Katarzyna Kolasa, prof. ALK, Zakład Ekonomiki Zdrowia i Zarządzania Opieką Zdrowotną Akademii Leona Koźmińskiego

Magdalena Kołodziej, prezes fundacji My Pacjenci

Iwona Konarska, redaktor „Menedżera Zdrowia", wydawnictwo Termedia

dr hab. n. med. Sylwia Kołtan, prof. UMK, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii Collegium Medicum UMK, Szpital Uniwersytecki w Bydgoszczy, konsultant krajowy w dziedzinie immunologii klinicznej

Małgorzata Konaszczuk, redaktor naczelna „Pulsu Medycyny"

prof. dr hab. n. med. Tomasz Konopka, prodziekan ds. kształcenia na kierunku lekarsko-dentystycznym, kierownik Katedry i Zakładu Periodontologii, Uniwersytet Medyczny im. Powstańców Śląskich we Wrocławiu

Krzysztof Kopeć, prezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. med. Danuta Koradecka, Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, członek Komitetu Zdrowia Publicznego Polskiej Akademii Nauk

Dorota Korycińska, prezes Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej

Barbara Korzeniowska, dyrektor ds. lecznictwa otwartego, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Dariusz A. Kosior, prorektor ds. medycznych Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. o kul. fiz. Andrzej Kosmol, Wydział Rehabilitacji, Katedra Nauczania Ruchu, Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie

prof. dr hab. inż. Bożena Kostek, kierownik Laboratorium Akustyki Fonicznej, Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki, Politechnika Gdańska

prof. dr hab. n. med. Anna Kostera-Pruszczyk, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. n. o zdr. Joanna Kostka, prof. UM w Łodzi, prodziekan ds. jednolitych studiów magisterskich na kierunku fizjoterapii Wydziału Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, sekretarz naukowy Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, kierownik Zakładu Gerontologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Tomasz Kostka, prorektor ds. kształcenia Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, kierownik Kliniki Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr Dariusz Kostrzewa, prezes zarządu Copernicus Podmiotu Leczniczego w Gdańsku

dr n. med. Marta Kotlarek-Łysakowska, Warsaw Genomics

prof. dr hab. n. med. Jerzy Kotowicz, rektor Mazowieckiej Uczelni Medycznej, członek zarządu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, wiceprezes Doradczej Komisji Medycznej Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, członek Amerykańskiej Akademii Neurologicznej oraz Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, prezes Mazowieckiego Oddziału Okręgowego Polskiego Czerwonego Krzyża

dr hab. n. społ. Paweł Kowal, prof. ISP PAN, poseł na Sejm RP, były wiceminister spraw zagranicznych i eurodeputowany, współzałożyciel Medycznej Racji Stanu, Instytut Studiów Politycznych PAN

dr n. farm. MBA Anna Kowalczuk, dyrektor Narodowego Instytutu Leków

Karolina Kowalska, redaktor „Rzeczpospolitej"

dr hab. n. med. Oskar Kowalski, prof. SUM, prorektor ds. kształcenia podyplomowego i promocji uczelni SUM, Katedra Dietetyki Wydziału Nauk o Zdrowiu SUM w Bytomiu, kierownik Pracowni Elektrofizjologii i Stymulacji Serca, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu

Katarzyna Kozińska, Lubuskie Centrum Informacji

Witold Kozłowski, marszałek województwa małopolskiego

Halina Krajkowska, zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia, Mazowiecki Urząd Wojewódzki

dr n. med. Paulina Krasnodębska, Klinika Audiologii i Foniatrii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. Maciej Krawczyk, prezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów

prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk, członek rzeczywisty PAN i członek korespondent PAU, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, honorowy członek Towarzystwa Chirurgów Amerykańskich, członek Rady Polskiego Komitetu Olimpijskiego, kanclerz elekt Kapituły Medalu Gloria Medicinae

Ewa Krawczyńska, położna, edukatorka zdrowotna Punktu Edukacji Zdrowotnej we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Maciej R. Krawczyński, kierownik Pracowni Poradnictwa Genetycznego w Chorobach Narządu Wzroku Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

dr n. med. Zbigniew J. Król, zastępca dyrektora ds. klinicznych i naukowych Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

dr n. farm. Marcin Kruk, prezes Polskiego Towarzystwa Bezpiecznej Farmakoterapii

dr hab. n. med. Andrzej Krupienicz, prof. UTH w Radomiu, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Grażyna Kruszniewska, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

Paweł Kruś, redaktor naczelny „Świata Lekarza"

prof. dr hab. n. med. Maciej Krzakowski, kierownik Kliniki Nowotworów Płuca i Klatki Piersiowej, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy, przewodniczący Krajowej Rady ds. Onkologii przy Ministrze Zdrowia, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej

płk dr hab. n. med. Paweł Krzesiński, prof. WIM, kierownik Kliniki Kardiologii i Chorób Wewnętrznych, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

lek. Tomasz Książczyk, Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Jolanta Kujawa, dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownik Kliniki Rehabilitacji Medycznej z Pododdziałem Rehabilitacji dla Dzieci Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr hab. n. med. Paweł Kukołowicz, prof. NIO-PIB, kierownik Zakładu Fizyki Medycznej, konsultant krajowy w dziedzinie fizyki medycznej

dr hab. n. med. Iwona Kurkowska-Jastrzębska, prof. IPiN, II Klinika Neurologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, ekspert zewnętrzny ds. działań niepożądanych leków przy Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych

Adam Kurowski, Wydział Elektroniki, Telekomunikacji i Informatyki, Katedra Systemów Multimedialnych, Politechnika Gdańska

dr hab. n. med. Magdalena Kwaśniewska, prof. UM w Łodzi, prodziekan ds. nauki Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Zakład Medycyny Zapobiegawczej

Bartosz Kwiatek, dziennikarz Polsat News

prof. dr hab. n. med. Brygida Kwiatkowska, zastępca dyrektora ds. klinicznych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. Eleonory Reicher w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie reumatologii

dr n. med. Grzegorz Kwiatkowski, ordynator Oddziału Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

L

Elżbieta Lanc, członek Zarządu Województwa Mazowieckiego

prof. dr hab. n. med. Ryszard Lauterbach, p.o. kierownika Oddziału Klinicznego Neonatologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, prezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

prof. dr hab. n. med. Ewa Lech-Marańda, dyrektor Instytutu Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie hematologii

prof. dr hab. n. med. Jacek Legutko, dyrektor Instytutu Kardiologii Wydziału Lekarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Interwencyjnej Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie

dr Maria Libura, ekspert Centrum Analiz Klubu Jagiellońskiego ds. Zdrowia, kierownik Zakładu Dydaktyki i Symulacji Medycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

prof. dr hab. inż. Adam Liebert, członek korespondent PAN, dyrektor Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej im. Macieja Nałęcza PAN, kierownik Pracowni Pomiarów Biofizycznych oraz Zakładu Obrazowania i Pomiarów Biofizycznych w IBIB PAN, członek International Academy of Medical and Biological Engineering (IAMBE)

Monika Lipińska, zastępca prezydenta ds. społecznych miasta Lublina

dr hab. inż. Artur Lorens, prof. IFPS, kierownik Zakładu Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Ł

prof. dr hab. n. pedag. Jan Łaszczyk, kierownik Zakładu Metodologii i Pedagogiki Twórczości na Wydziale Nauk Pedagogicznych Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej (APS), pełnomocnik rektora ds. infrastruktury i finansów APS, członek Rady Uczelni APS, rektor APS w latach 2008–2016

Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

M

prof. dr hab. n. med. Bogusław Machaliński, rektor Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

dr hab. n. med. Piotr Maciejak, zastępca dyrektora ds. naukowych Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr hab. n. med. Adam Maciejczyk, dyrektor Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, kierownik Kliniki Radioterapii Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, przewodniczący Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

dr hab. n. o kul. fiz. Agnieszka Maciejewska-Skrendo, prof. AWFiS, prorektor ds. nauki Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego w Gdańsku, Zakład Biologii Molekularnej

dr n. med. Tomasz Maciejewski, dyrektor Instytutu Matki i Dziecka w Warszawie, kierownik Kliniki Położnictwa i Ginekologii Instytutu Matki i Dziecka, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Stanisław Maćkowiak, prezes Federacji Pacjentów Polskich

dr hab. Katarzyna Madziarska, Katedra i Klinika Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. med. Piotr Majcher, prof. UM w Lublinie, kierownik Zakładu Rehabilitacji i Fizjoterapii Katedry Rehabilitacji, Fizjoterapii i Balneoterapii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN, przewodniczący Komisji Kompleksowej Rehabilitacji KRKFiIS PAN, konsultant krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, prezes Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji

Kamila Majchrzak, psycholog, Dział Psychologii, Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

dr n. med. Krzysztof Madej, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej

dr n. ekon. Andrzej Malinowski, prezydent Pracodawców RP

Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

dr n. med. Beata Małecka-Libera, senator RP, przewodnicząca senackiej Komisji Zdrowia, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w 2015 roku

Beata Mańkowska, dziennikarka portalu niezalezna.pl, „Gazety Polskiej", „Gazety Polskiej Codziennie"

prof. dr hab. n. społ. Barbara Marcinkowska, rektor Akademii Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie, przewodnicząca Konferencji Rektorów Uczelni Pedagogicznych

Marta Markiewicz, redaktor Cowzdrowiu.pl

płk dr hab. n. med. Leszek Markuszewski, prof. UTH w Radomiu, dziekan Wydziału Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Technologiczno-Humanistycznego im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu, kierownik Ośrodka Chorób Serca i Naczyń, Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych oraz Klinicznego Oddziału Kardiologii w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym w Radomiu

dr hab. n. med. Wojciech Marlicz, Katedra i Klinika Gastroenterologii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

prof. dr hab. n. med. Marek Maruszyński, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, nauczyciel akademicki, wieloletni kierownik klinik chirurgicznych w „Szpitalu na Szaserów", członek honorowy: Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej i Polskiego Towarzystwa Flebologicznego

dr hab. n. o kul. fiz. Andrzej Mastalerz, prof. AWF, kierownik Katedry Nauk Biomedycznych, Wydział Wychowania Fizycznego, Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Rafał Matkowski, kierownik Centrum Chorób Piersi Breast Unit we Wrocławiu

dr n. med. Monika Matusiak, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Andrzej Matyja, chirurg onkolog, prezes Naczelnej Rady Lekarskiej, kierownik II Katedry Chirurgii Ogólnej, Obrażeń Wielonarządowych i Medycyny Ratunkowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, kierownik Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej, Metabolicznej i Stanów Nagłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, konsultant w dziedzinie chirurgii ogólnej dla województwa małopolskiego

prof. dr hab. n. med. Artur Mazur, prorektor Kolegium Nauk Medycznych, Uniwersytet Rzeszowski, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dzieci Uniwersytetu Rzeszowskiego

dr n. o kult. fiz. Justyna Mazurek, Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Maria Mazurkiewicz-Bełdzińska, kierownik Kliniki Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Neurologów Dziecięcych, członek Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

dr n. med. Janusz Meder, prezes Polskiej Unii Onkologii, przewodniczący Rady Ekspertów ds. Onkologii Medycznej Racji Stanu, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

dr n. farm. Piotr Merks, Zakład Farmakologii i Farmakologii Klinicznej Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

dr n. med. Beata Miaśkiewicz, ordynator oddziału, Klinika Audiologii i Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

lek. Arkadiusz Michalak, Klinika Pediatrii, Diabetologii, Endokrynologii i Diabetologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Gabriela Michalska, Oddział Onkologii Klinicznej Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

mec. Piotr Mierzejewski, dyrektor Zespołu Prawa Administracyjnego i Gospodarczego w Biurze Rzecznika Praw Obywatelskich, członek Zespołu Ekspertów ds. Konsumentów przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, współprzewodniczący Komisji Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, członek Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu

dr n. med. Marek Migdał, dyrektor Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", członek Komitetu Pediatrycznego Europejskiej Agencji Leków

dr Magdalena Mijas, Zakład Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Maciej Miłkowski, podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia

prof. dr hab. n. med. Dagmara Mirowska-Guzel, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodnicząca Komitetu Terapii i Nauk o Leku PAN

Barbara Misiewicz-Jagielak, dyrektor ds. relacji zewnętrznych Polpharmy

dr n. med. Maria Miszczak-Knecht, Klinika Kardiologii Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka", konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej

prof. dr hab. n. med. Przemysław Mitkowski, kierownik Pracowni Elektroterapii Serca Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego, I Klinika Kardiologii Katedry Kardiologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

mec. Tomasz Młynarski, zastępca dyrektora Departamentu Prawnego w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, członek Rady Funduszu Medycznego oraz Rady Przejrzystości

prof. dr hab. n. med. Wojciech Młynarski, kierownik Kliniki Pediatrii, Onkologii, Hematologii i Diabetologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

dr hab. n. farm. Hanna Mojska, prof. NIZP-PZH-PIB, kierownik Zakładu Metabolomiki, Zakład Żywienia i Wartości Odżywczej Żywności, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

prof. dr hab. Bartosz Molik, rektor Akademii Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, członek Komitetu Rehabilitacji, Kultury Fizycznej i Integracji Społecznej PAN

prof. dr hab. n. med. Kamal Morshed, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

dr Wojciech Moskal, dziennikarz działu Nauka i Zdrowie „Gazety Wyborczej"

Marzena Mrozek, prezes Szpitala Specjalistycznego w Kościerzynie, wykładowca Powiślańskiej Szkoły Wyższej

prof. dr hab. n. med. Marcin Mycko, kierownik Kliniki Neurologii Collegium Medicum, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie, członek zarządu The European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis (ECTRIMS)

prof. dr hab. n. med. Małgorzata Myśliwiec, ordynator Kliniki Pediatrii, Diabetologii i Endokrynologii UCK Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej dla województwa pomorskiego, wiceprzewodnicząca Sekcji Diabetologii Pediatrycznej Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, członek zarządu głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego i Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej

prof. dr hab. n. med. Michał Myśliwiec, I Klinika Nefrologii i Transplantologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Państwowa Wyższa Szkoła Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży, wiceprzewodniczący Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych, przewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN i członek korespondent PAU

prof. dr hab. n. med. Piotr Myśliwiec, prezydent Światowego Kongresu Videochirurgii 2022, I Klinika Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

N

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Narkiewicz, kierownik Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

dr inż. Dawid Nidzworski, prezes GeneMe sp. z o.o., wiceprezes SensDx SA, dyrektor Instytutu Biologii i Medycyny Molekularnej

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. Aneta Nitsch-Osuch, prodziekan ds. programów i jakości kształcenia Wydziału Lekarskiego, kierownik Zakładu Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, konsultant ds. epidemiologii dla województwa mazowieckiego, członek Rady Sanitarno-Epidemiologicznej

prof. dr hab. n. ekon. Ewelina Nojszewska, katedra Ekonomii Stosowanej Kolegium Zarządzania i Finansów Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, członek Rady Naukowej fundacji Instytut Innowacji i Odpowiedzialnego Rozwoju

prof. dr hab. n. ekon. Alojzy Z. Nowak, rektor Uniwersytetu Warszawskiego, prezes Akademickiego Związku Sportowego, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Joanna Nyczak, dyrektor Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miejskiego we Wrocławiu

O

dr n. o zdr. inż. Anita Obrycka, zastępca kierownika Zakładu Implantów i Percepcji Słuchowej, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr inż. Piotr Odya, zastępca kierownika Katedry Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej

Justyna Oknińska-Janzen, główny specjalista w Zespole Spraw Społecznych w Biurze Rzecznika Praw Dziecka

dr hab. n. med. i n. o zdr. Dominik Olejniczak, Zakład Zdrowia Publicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, członek fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani

prof. dr hab. n. farm. Regina Olędzka, wiceprzewodnicząca Sekcji Bromatologicznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, członek Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka PAN

prof. dr hab. n. med. Jurek Olszewski, kierownik II Katedry Otolaryngologii i Kliniki Otolaryngologii, Onkologii Laryngologicznej, Audiologii i Foniatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Monika Ołdak, prof. IFPS, kierownik Zakładu Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. farm. Włodzimierz Opoka, kierownik Katedry Chemii Nieorganicznej i Analitycznej, kierownik Zakładu Chemii Nieorganicznej Wydziału Farmaceutycznego, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, konsultant krajowy w dziedzinie analityki farmaceutycznej

prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski, I Katedra i Klinika Kardiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, były prorektor WUM, były konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, zastępca przewodniczącego Rady Kuratorów V Wydziału Nauk Medycznych PAN, członek korespondent PAN, były wiceprzewodniczący Rady Naukowej przy Ministrze Zdrowia, członek Rady Naukowej Instytutu Kardiologii i Instytutu Biocybernetyki i Inżynierii Biomedycznej PAN

prof. dr hab. n. med. Przemysław Oszukowski, kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Oddział Ginekologiczno-Położniczy Pabianickiego Centrum Medycznego, przewodniczący Zespołu Ekspertów ds. Akredytacji do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie perinatologii, konsultant w dziedzinie położnictwa i ginekologii dla województwa świętokrzyskiego, były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników, członek zarządu Polskiego Towarzystwa Medycyny Perinatalnej

dr n. med. i n. o zdr. Dominika Oziębło, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

P

prof. dr hab. n. farm. Jan Pachecka, honorowy przewodniczący Komitetu Terapii i Nauk o Leku Polskiej Akademii Nauk

mec. Jan Pachocki, radca prawny, prezes zarządu Fundacji Telemedyczna Grupa Robocza, senior associate kancelarii Domański Zakrzewski Palinka

Małgorzata Pacholec, dyrektor Instytutu Tyflologicznego Polskiego Związku Niewidomych, prezes Stowarzyszenia Retina AMD Polska

prof. dr hab. n. med. Miłosz Parczewski, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Nabytych Niedoborów Immunologicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa zachodniopomorskiego

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Paśnik, Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Pułaskiego w Radomiu

Mikołaj Pawlak, rzecznik praw dziecka

dr Bolesław Piecha, zastępca przewodniczącego sejmowej Komisji Zdrowia

dr hab. n. med. Mariusz Piechota, kierownik Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Ośrodka Pozaustrojowych Technik Wspomagania Czynności Nerek i Wątroby Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi

dr hab. n. med. Anna Piekarska, prof. UM w Łodzi, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

dr hab. n. med. i n. o zdr. Barbara Piekarska, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego, Zakład Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych, Alergologii i Immunologii, Warszawski Uniwersytet Medyczny

dr Katarzyna Pietrasik, Zakład Otoneurologii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr n. med. Radosław Pietrzak, Klinika Kardiologii Wieku Dziecięcego i Pediatrii Ogólnej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Ewa Pilarska, Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, zastępca przewodniczącej Komitetu Nauk Neurologicznych PAN

Olga Pilarska-Siennicka, dyrektor Biura Polityki Zdrowotnej w Urzędzie m.st. Warszawy

prof. dr hab. n. med. Maciej Pilecki, kierownik Kliniki Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży, Katedry Psychiatrii, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, p.o. kierownika Oddziału Klinicznego Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, konsultant ds. psychiatrii dzieci i młodzieży dla województwa małopolskiego

prof. dr hab. n. med. Jarosław Pinkas, konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego, dziekan Szkoły Zdrowia Publicznego – Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Katarzyna Pinkosz, dziennikarka medyczna, redaktor naczelna Swiatlekarza.pl, zastępca redaktora naczelnego magazynu „Świat Lekarza"

dr hab. n. med. Ewa Piotrowicz, FESC, kierownik Centrum Telekardiologii, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Klinika Choroby Wieńcowej i Rehabilitacji Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Aninie, Wyższa Szkoła Rehabilitacji w Warszawie

Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

dr n. hum. Agnieszka Pluta, Naukowe Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Elżbieta Anna Polak, marszałek województwa lubuskiego

dr n. med. Róża Poźniak-Balicka, kierownik Klinicznego Oddziału Radioterapii i Zakładu Radioterapii Szpitala Uniwersyteckiego im. K. Marcinkowskiego w Zielonej Górze Sp. z o.o.

dr Artur Prusaczyk, wiceprezes Zarządu, Centrum Medyczno-Diagnostyczne w Siedlcach

prof. dr hab. n. med. Piotr Pruszczyk, prorektor ds. nauki i transferu technologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych i Kardiologii WUM

Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"

dr n. hum. Krzysztof Puchalski, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, laureat (wraz z zespołem) nagrody Światowej Organizacji Zdrowia za wybitny wkład w badania promocji zdrowia, wiceprzewodniczący zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego

R

Paweł Rabiej, doradca prezesa Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska", wiceprezydent Warszawy w latach 2018–2020

dr n. med. Konstanty Radziwiłł, wojewoda mazowiecki, minister zdrowia w latach 2015–2018

prof. dr hab. inż. Leszek Rafalski, przewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych, dyrektor Instytutu Dróg i Mostów w latach 1990–2021

dr hab. n. med. Danuta Raj-Koziak, prof. IFPS, kierownik Zakładu Szumów Usznych Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

Magda Rakita, Fundacja „Interakcja"

dr n. o zdr. Anna Ratuszniak, Klinika Oto-Ryno-Laryngochirurgii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

lek. Mariusz Rąbalski, ordynator Oddziału Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger, kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, przewodniczący Zespołu Ekspertów ds. Akredytacji do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie położnictwa i ginekologii, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

prof. dr hab. n. med. Adam Reich, dyrektor Instytutu Nauk Medycznych oraz Zakładu Dermatologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak, kierownik Katedry i Kliniki Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

dr hab. n. med. Barbara Remberk, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży

Sylwia Rembiszewska-Piątek, dyrektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Miasta Olsztyna

prof. dr hab. n. med. Edyta Reszka, Zakład Badań Translacyjnych, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

prof. dr hab. Andrzej Rokita, rektor Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, przewodniczący Kolegium Rektorów Akademii Wychowania Fizycznego, członek Komisji ds. Sportu Akademickiego Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

prof. dr hab. n. med. Radosław Rola, kierownik Kliniki Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Dorota Romanowska, szefowa działu Nauka „Newsweeka"

prof. dr hab. n. med. Bożena Romanowska-Dixon, kierownik Oddziału Klinicznego Okulistyki i Onkologii Okulistycznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie, kierownik Katedry Okulistyki, Uniwersytet Jagielloński

Tomasz Rosłonek, zastępca dyrektora Departamentu Nadzoru Właścicielskiego i Inwestycji, Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego

prof. dr hab. Iga Rudawska, przewodnicząca Rady Naczelnej Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, dyrektor Instytutu Ekonomii i Finansów, Uniwersytet Szczeciński

Aleksandra Rudnicka, rzecznik Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych

Anna Rulkiewicz, wiceprezydent Pracodawców RP, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta

Małgorzata Rusak, wiceprezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych

lek. Stanisław Rusek, Oddział Neurologii i Udarów Mózgu z Pododdziałem Udarów Mózgu Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

Jagoda Rusowicz, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, fundacja Siwy Dym

prof. dr hab. n. med. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaków, zastępca dyrektora ds. Narodowej Strategii Onkologicznej i Badań Klinicznych, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, przewodniczący Zespołu Ministra Zdrowia ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Onkologicznego

prof. dr hab. n. med. Filip Rybakowski, kierownik Kliniki Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

prof. dr hab. n. med. Andrzej Rydzewski, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nefrologii i Transplantologii Centralnego Szpitala MSWiA w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

Agnieszka Ryniec, dyrektor Centrum Rozwoju Badań Klinicznych, Agencja Badań Medycznych

dr Marek Rząca, koordynator merytoryczny „Programu profilaktyki raka piersi u kobiet, mieszkanek Wrocławia", kierownik Centrum Chorób Piersi Breast Unit we Wrocławiu, chirurg, onkolog w Ośrodku Diagnostyki Chorób Piersi we Wrocławiu

S

Łukasz Salwarowski, prezes Stowarzyszenia MANKO, wydawcy „Głosu Seniora"

prof. dr hab. n. med. Jerzy Samochowiec, prorektor ds. nauki i współpracy z zagranicą, kierownik Katedry i Kliniki Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, prezes Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, kierownik Katedry Zdrowia Publicznego i Środowiskowego oraz Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii WUM, przewodniczący Rady Ekspertów Rzecznika Praw Pacjenta, przewodniczący grupy ekspertów Countinue Curatio, przewodniczący Rady Dyscypliny Nauk o Zdrowiu WUM

Anna Sarosiak, Zakład Genetyki, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

dr hab. n. med. Iwona Sarzyńska-Długosz, kierownik Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

prof. dr n. med. Małgorzata Schlegel-Zawadzka, emer. prof. UJCM, pracownik Collegium Masoviense – Wyższa Szkoła Nauk o Zdrowiu w Żyrardowie

mgr Agnieszka Sepioło, Wydział Kompozycji, Dyrygentury, Teorii i Edukacji Muzycznej, Akademia Muzyczna im. Karola Szymanowskiego w Katowicach

Anna Serweta-Pawlik, Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu

dr Andrzej Sęk, Państwowa Uczelnia Zawodowa im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

prof. dr hab. n. med. Piotr Sieroszewski, kierownik I Katedry Ginekologii i Położnictwa oraz Kliniki Medycyny Płodu i Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, konsultant w dziedzinie perinatologii dla województwa świętokrzyskiego, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

dr hab. n. med. Halina Sienkiewicz-Jarosz, prof. IPN, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii, kierownik I Kliniki Neurologii, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

dr hab. n. med. Radosław Sierpiński, prezes Agencji Badań Medycznych, pełnomocnik Prezesa Rady Ministrów do spraw rozwoju sektora biotechnologii i niezależności Polski w zakresie produktów krwiopochodnych

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Simon, ordynator I Oddziału Chorób Zakaźnych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. dr h.c. multi Henryk Skarżyński, członek korespondent PAN, w latach 2011–2020 przewodniczący, a obecnie wiceprzewodniczący Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, wiceprzewodniczący Rady Głównej Instytutów Badawczych, konsultant krajowy w dziedzinie otorynolaryngologii, dyrektor Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, przewodniczący Rady Uczelni Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, członek Rady Ekspertów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, członek Rady Naukowej Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji, członek Kapituły Fundacji Godła Promocyjnego „Teraz Polska", członek założyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, członek Rady Naukowej Głównej Biblioteki Lekarskiej, prezes Polskiego Towarzystwa Otolaryngologów Dziecięcych, redaktor naczelny „Journal of Hearing Science" i „Nowa Audiofonologia", członek Kapituły Medalu Gloria Medicinae, przewodniczący Rady Fundacji „Po Pierwsze Zdrowie" i Rady Fundacji „Pro Polonia", członek Rady Programowej Centrum Studiów Zaawansowanych Politechniki Warszawskiej, prezydent fundacji Akademia Polskiego Sukcesu

prof. dr hab. n. med. i n. o zdr. mgr zarz. Piotr Henryk Skarżyński, wiceprezydent Międzynarodowego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia (ISfTeH), ekspert WHO ds. zdrowia cyfrowego, członek założyciel Światowego Forum Słuchu przy WHO, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Biznesu Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, członek Komitetu Słuchu Amerykańskiej Akademii Otolaryngologicznej – Chirurgii Głowy i Szyi, wiceprezydent światowej sieci ośrodków doskonałości – Hearring Group, audytor Europejskiej Federacji Towarzystw Audiologicznych (EFAS), członek Komitetu Wykonawczego Europejskiej Akademii Otologii i Neurootologii, dyrektor naukowy Instytutu Narządów Zmysłów, pracownik naukowy WUM

dr hab. n. med. i n. o zdr. Karolina Skonieczna-Żydecka, prodziekan ds. nauki Wydziału Nauk o Zdrowiu, kierownik Samodzielnej Pracowni Badań Biochemicznych, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr hab. n. farm. Agnieszka Skowron, prof. UJ, kierownik Zakładu Farmacji Społecznej, prodziekan ds. studenckich i dydaktycznych Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

prof. dr hab. n. med. Maciej Słodki, rektor Mazowieckiej Uczelni Publicznej w Płocku

dr n. hum. Zofia Słońska, wiceprezydent Europejskiego Towarzystwa Socjologii Zdrowia i Medycyny (European Society for Health and Medical Sociology), członek Rady fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słopień, kierownik Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Szpitala Klinicznego im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, przewodnicząca zarządu sekcji psychiatrii dzieci i młodzieży Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, konsultant krajowy w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży

dr inż. Urszula Smyczyńska, Zakład Biostatystyki i Medycyny Translacyjnej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Jolanta Sobierańska-Grenda, MBA, prezes Zarządu Szpitale Pomorskie Sp. z o.o. w Gdyni

dr hab. n. farm. Katarzyna Socha, kierownik Zakładu Bromatologii Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ks. Andrzej Sochal, dyrektor Radia Podlasie

Andrzej Sroczyński, Katedra Systemów Multimedialnych Politechniki Gańskiej

dr hab. n. med. i n. o zdr. Anna Staniszewska, Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes fundacji Obywatele Zdrowo Zaangażowani

prof. dr hab. n. med. Jerzy Starzyk, kierownik Kliniki Endokrynologii Dzieci i Młodzieży, Katedra Pediatrii Polsko-Amerykańskiego Instytutu Pediatrii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego oraz ordynator Oddziału Endokrynologii Uniwersyteckiego Szpitala Dziecięcego w Krakowie

Bożena Stasiak, dziennikarka „Super Expressu" i „Świata Lekarza"

dr n. med. Rafał Staszewski, dyrektor generalny Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, członek Agencji Badań Medycznych

prof. dr hab. n. med. Rafał Stec, kierownik Kliniki Onkologii, ordynator Oddziału Klinicznego Onkologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Janina Stępińska, Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej, Narodowy Instytut Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Aninie

lek. Stanisław Stępniewski, dyrektor Szpitala Dziecięcego im. św. Ludwika w Krakowie

Paulina Stochniałek, członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego

prof. dr hab. n. ekon. Krystyna Strzała, rektor Powiślańskiej Szkoły Wyższej w Kwidzynie

prof. dr hab. n. med. Jan Styczyński, Klinika Pediatrii, Hematologii i Onkologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. Antoniego Jurasza, Wydział Lekarski, Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej

Krzysztof Suszek, przewodniczący Rady Fundacji Misja Medyczna

dr hab. n. med. Edyta Sutkowska, Uniwersyteckie Centrum Rehabilitacji Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr n. med. Michał Sutkowski, prezes Warszawskich Lekarzy Rodzinnych, rzecznik prasowy Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, dyrektor NZOZ Medycyna Rodzinna, prodziekan Wydziału Medycznego ds. Rozwoju, Uczelnia Łazarskiego, członek Narodowej Rady Rozwoju ds. Ochrony Zdrowia przy Prezydencie RP, przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Zakaźnych Medycznej Racji Stanu

prof. dr hab. n. med. Piotr Suwalski, kierownik Kliniki Kardiochirurgii CSK MSWiA w Warszawie, kierownik Kliniki Kardiochirurgii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego

dr hab. n. med. Jolanta Sykut-Cegielska, prof. IMiD, konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii metabolicznej, przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Wrodzonych Wad Metabolizmu, kierownik Kliniki Wrodzonych Wad Metabolizmu i Pediatrii, Instytut Matki i Dziecka, redaktor naczelna „Journal of Mother and Child/ Medycyna Wieku Rozwojowego"

dr n. hum. Małgorzata Synowiec-Piłat, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, przewodnicząca zarządu Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, prezes zarządu fundacji Kreatywnie dla Zdrowia, Wrocław

prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik, Centrum Mikrochirurgii Oka Laser Klinika prof. Jerzego Szaflika

prof. dr hab. Dominika Szalewska, kierownik Kliniki Rehabilitacji Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. Tomasz Szapiro, Zakład Analizy i Wspomagania Decyzji, Szkoła Główna Handlowa, przewodniczący Komisji ds. Akredytacji i Rankingów Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

dr hab. n. med. Tomasz Szczapa, prof. UM w Poznaniu, kierownik Pracowni Diagnostyki Biofizycznej i Terapii Krążeniowo-Oddechowych Noworodka, zastępca kierownika Kliniki Neonatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Neonatologicznego

dr hab. n. med. Dariusz Szczepanek, prof. UM w Lublinie, Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

dr hab. n. o kult. fiz. Joanna Szczepańska-Gieracha, prof. AWF, Wydział Fizjoterapii Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, prezes fundacji Siwy Dym

prof. dr hab. n. med. Tomasz Szczepański, rektor Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Dziecięcej SUM w Zabrzu, członek Zespołu ds. Narodowej Strategii Onkologicznej, prezes Polskiego Towarzystwa Onkologii i Hematologii Dziecięcej

dr hab. Wojciech Szczerba, prof. EWST, rektor Ewangelikalnej Wyższej Szkoły Teologicznej we Wrocławiu

Małgorzata Szczudłowska, p.o. kierownika Oddziału Polityki Zdrowotnej i Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach

dr hab. inż. Piotr Szczuko, prof. PG, Katedra Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej

prof. dr hab. Leszek Szenborn, kierownik Katedry i Kliniki Pediatrii i Chorób Infekcyjnych, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr hab. n. med. Agata Szkiełkowska, prof. IFPS, konsultant województwa mazowieckiego w dziedzinie audiologii i foniatrii, kierownik Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu, wiceprzewodnicząca Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. inż. dr h.c. Jan Szmidt, dyrektor Instytutu Mikroelektroniki i Optoelektroniki Politechniki Warszawskiej, rektor Politechniki Warszawskiej w latach 2012–2020, honorowy przewodniczący Konferencji Rektorów Akademickich Szkół Polskich

Henryk Szrubarz, redaktor Polskiego Radia

dr hab. n. med. Mariusz Szuta, ordynator Oddziału Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Szpitala Specjalistycznego im. L. Rydygiera w Krakowie

Urszula Szybowicz, MPH, wiceprezes i dyrektor zarządzająca Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, dyrektor operacyjna Polskiej Federacji Szpitali

Joanna Szyman, prezes zarządu NEO Hospital Group, członek Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

Ś

Anna Śliwińska, prezes Zarządu Głównego Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków

Tomasz Śmiałkowski, Katedra Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej

T

dr n. med. Grażyna Tacikowska, p.o. kierownika Zakładu Otoneurologii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. inż. dr h.c. multi Ryszard Tadeusiewicz, Wydział Elektrotechniki, Automatyki, Informatyki i Inżynierii Biomedycznej Akademii Górniczo-Hutniczej im. Stanisława Staszica w Krakowie, członek IEEE, SPIE, ACM, członek honorowy Polskiego Towarzystwa Informatycznego

prof. dr hab. n. med. Wiesław Tarnowski, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Bariatrycznej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego

Kształcenia Podyplomowego, członek Towarzystwa Chirurgów Polskich, Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii i Polskiego Towarzystwa Urologicznego

dr n. med. Piotr Tederko, Klinika Rehabilitacji, Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Tomasiewicz, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie, członek Rady Medycznej działającej przy Prezesie Rady Ministrów

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Tomasz Trojanowski, Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, ordynator Oddziału Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, konsultant krajowy w dziedzinie neurochirurgii, honorowy przewodniczący Komitetu Nauk Neurologicznych PAN, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN, członek rzeczywisty PAN, członek korespondent PAU

prof. dr hab. Krzysztof Turlejski, Wydział Biologii i Nauk o Środowisku Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, członek TNW i PAU

U

Kamila Urbańczyk, Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

prof. dr hab. Gertruda Uścińska, prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Uniwersytet Warszawski

W

prof. dr hab. n. ekon. Piotr Wachowiak, rektor Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Mieczysław Walczak, kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, konsultant krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

prof. dr hab. n. med. Jerzy Walecki, kierownik Zakładu Diagnostyki Radiologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej

prof. dr hab. n. med. Jolanta Walusiak-Skorupa, dyrektor Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, kierownik Kliniki Chorób Zawodowych i Zdrowia Środowiskowego, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy, konsultant ds. medycyny pracy dla województwa łódzkiego

Anna Warczyńska, MBA, współzałożyciel Polskiego Towarzystwa Koordynowanej Ochrony Zdrowia, wiceprzewodnicząca Rady Naczelnej Polskiej Federacji Szpitali

prof. dr hab. n. med. Bożena Werner, kierownik Oddziału Klinicznego Kardiologii Dziecięcej i Pediatrii Kliniki Kardiologii Dziecięcej i Pediatrii, Warszawski Uniwersytet Medyczny, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr hab. n. med. Stefan Wesołowski, prof. IGiChP, dyrektor Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, kierownik Zakładu Fizjopatologii Oddychania im. prof. A. Koziorowskiego IGiChP

dr hab. n. pr. Marcin Wiącek, prof. UW, rzecznik praw obywatelskich

prof. dr hab. n. med. Adam Wichniak, kierownik III Kliniki Psychiatrycznej, Ośrodek Medycyny Snu Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, sekretarz Polskiego Towarzystwa Badań nad Snem, przewodniczący Sekcji Psychiatrii Biologicznej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

dr n. hum. Magdalena Wieczorkowska, kierownik Zakładu Socjologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. Anna Wiela-Hojeńska, kierownik Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej, Wydział Farmaceutyczny, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

prof. dr hab. n. med. Waldemar Wierzba, dyrektor Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie

prof. dr hab. n. med. dr h.c. Andrzej Więcek, kierownik Katedry i Kliniki Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, kierownik Oddziału Nefrologii,

Transplantologii i Chorób Wewnętrznych, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, członek korespondent PAN, członek Rady Kuratorów V Wydziału Nauk Medycznych, członek Europejskiej Akademii Nauk i Sztuk, członek Prezydium Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr hab. n. med. Maria Wilińska, prof. CMKP, kierownik Oddziału Klinicznego Neonatologii Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego

dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska, prof. UŁa, Wydział Medyczny, Uczelnia Łazarskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego

dr Piotr Artur Winciunas, naczelny lekarz ZUS, przewodniczący Komisji ds. Rejestracji i Prawa Wykonywania Zawodu Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie, sędzia Naczelnego Sądu Lekarskiego, wykładowca akademicki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie i Uniwersytetu Warszawskiego

dr Marta Wiszniewska, prof. PUZ, rektor Państwowej Uczelni Zawodowej im. prof. Edwarda F. Szczepanika w Suwałkach

prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, kierownik Kliniki Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej, Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, były prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, członek korespondent PAN, członek Komitetu Nauk Klinicznych PAN

dr n. med. Elżbieta Włodarczyk, kierownik Kliniki Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, członek Rady Naukowej Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. Włodzimierz Cezary Włodarczyk, Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński

prof. dr hab. n. med. Marek Wojtukiewicz, kierownik Kliniki Onkologii Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr hab. n. med. Andrzej Wojtyła, prof. AK, rektor Akademii Kaliskiej im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego

dr n. przyr. Bogdan Wojtyniak, prof. NIZP-PZH-PIB, zastępca dyrektora ds. analiz i strategii w zdrowiu publicznym, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny – Państwowy Instytut Badawczy

dr hab. n. o zdr. inż. Tomasz Wolak, prof. IFPS, kierownik Naukowego Centrum Obrazowania Biomedycznego, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

prof. dr hab. n. med. Tomasz Wolańczyk, kierownik Kliniki Psychiatrii Wieku Rozwojowego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

dr n. roln. Katarzyna Wolnicka, kierownik Zakładu Edukacji Żywieniowej w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny – Państwowego Instytutu Badawczego

dr hab. n. med. Anna Wójcicka, Warsaw Genomics

dr hab. n. med. Mariusz Wyleżoł, II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Z

prof. dr hab. Romuald Zabielski, wiceprezes PAN, członek korespondent PAN, Centrum Medycyny Translacyjnej SGGW w Warszawie

prof. dr hab. n. med. Wojciech Załuska, rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, konsultant województwa lubelskiego w dziedzinie nefrologii, członek American Society of Nephrology, European Dialysis and Transplantation Association, Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego oraz Lubelskiego Towarzystwa Naukowego, przewodniczący i członek Międzynarodowej Komisji Wydziałowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie ds. Akredytacji, członek Uniwersyteckiej Komisji ds. Jakości Kształcenia na Kierunku Lekarskim

prof. dr hab. inż. Krzysztof Zaremba, rektor Politechniki Warszawskiej

dr hab. Danuta Zarzycka, prof. KPU, Zakład Pielęgniarstwa Karpackiej Państwowej Uczelni w Krośnie

dr hab. n. med. Tomasz Zatoński, prof. UMW, prorektor ds. budowania relacji i współpracy z otoczeniem, kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

dr n. med. Marta Zawadzka, Klinika Neurologii Rozwojowej, Gdański Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. med. Tomasz Zdrojewski, kierownik Zakładu Prewencji i Dydaktyki, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii, Gdański Uniwersytet Medyczny, Komitet Zdrowia Publicznego PAN

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski, konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej, kierownik Katedry Chirurgii Onkologicznej, Centrum Onkologii, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Lidia Zelek, dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

prof. dr hab. n. med. Wojciech Zgliczyński, zastępca dyrektora ds. kadr medycznych – prorektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zastępca dyrektora ds. klinicznych Szpitala Bielańskiego w Warszawie

dr n. o zdr. Małgorzata Zgoda, zastępca kierownika Kliniki Rehabilitacji, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu

Piotr Zgorzelski, wicemarszałek Sejmu

dr hab. n. med. Hanna Zielińska-Bliźniewska, prof. UM w Łodzi, kierownik Zakładu Alergologii i Rehabilitacji Oddechowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

prof. dr hab. n. med. Andrzej Ziemba, Zakład Fizjologii Stosowanej Instytutu Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej im. M. Mossakowskiego PAN w Warszawie, członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej

prof. dr hab. n. med. Krzysztof Zieniewicz, kierownik Kliniki Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Wątroby, ordynator Oddziału Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. med. Mariusz Zimmer, kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników

dr hab. n. farm. Agnieszka Zimmermann, prof. GUMed, kierownik Zakładu Prawa Medycznego i Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz prodziekan ds. jakości kształcenia i praktyk studenckich Wydziału Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej GUMed, przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Prawa Farmaceutycznego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

Ż

dr hab. Dorota Żołnierczyk-Zreda, kierownik Pracowni Psychologii i Socjologii Pracy Centralnego Instytutu Ochrony Pracy – Państwowego Instytutu Badawczego

dr hab. n. med. Zbigniew Żuber, prof. KA AFM, kierownik Katedry Pediatrii Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, kierownik III Oddziału Klinicznego Pediatrii, Reumatologii z Pododdziałem Alergologii, Szpital Dziecięcy św. Ludwika w Krakowie, przewodniczący Rady Ekspertów ds. Chorób Rzadkich Medycznej Racji Stanu

KONGRES „ZDROWIE POLAKÓW" 2021

FOTOGALERIA

▲ Powitanie marszałka Senatu prof. Tomasza Grodzkiego przez prof. Henryka Skarżyńskiego, gospodarza Kongresu „Zdrowie Polaków", w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach

▶ Wywiad z prof. Henrykiem Skarżyńskim przed uroczystym otwarciem Kongresu

▼ Wicemarszałek Sejmu Małgorzata Gosiewska z prof. Henrykiem Skarżyńskim

▲ Wywiad prof. Michała Kleibera dla TVP INFO

▼ Zwiedzanie Centrum Zaawansowanych Symulacji Chirurgicznych w Światowym Centrum Słuchu. Marszałek Tomasz Grodzki z dr. Witoldem Cieślą, zastępcą dyrektora IFPS.

▲ Prof. Henryk Skarżyński wita dr Beatę Małecką-Liberę, przewodniczącą senackiej Komisji Zdrowia

▼ Prof. Henryk Skarżyński rozmawia z Renatą Kaznowską, wiceprezydent Warszawy

▲ Od lewej: prof. Leszek Rafalski, Jerzy Mazur, zastępca dyrektora IFPS, wicemarszałek Sejmu Małgorzata Gosiewska, Paweł Doliński, zastępca dyrektora IFPS, senator Beata Małecka-Libera, prof. Michał Kleiber

▶ Dr Marek Balicki testuje wirtualny symulator 3D operacji oto- i rynochirurgicznych

▼ Prof. Romuald Zabielski udziela wywiadu dla TVP3

▲ Uroczyste otwarcie 3. Kongresu „Zdrowie Polaków" przez prof. Henryka Skarżyńskiego – studio nagrań w Światowym Centrum Słuchu w Kajetanach

◄ ▼ Zaproszeni goście, m.in. marszałek Senatu prof. Tomasz Grodzki, wicemarszałek Sejmu Małgorzata Gosiewska, prof. Michał Kleiber, podczas uroczystego otwarcia Kongresu

▲ Prof. Henryk Skarżyński przygotowujący się do moderowania pierwszej debaty poświęconej sztucznej inteligencji

◄ Za pięć minut rozpoczęcie Kongresu – operatorzy kamer gotowi do pracy

▼ Transmisja debaty poświęconej działaniom samorządów na rzecz powszechnej profilaktyki zdrowia – kulisy

▲ Kongres „Zdrowie Polaków" od strony reżyserki

▶ Prof. Henryk Skarżyński wita w studiu red. Małgorzatę Konaszczuk i red. Beatę Mańkowską, uczestniczki debaty „Zdrowie Polaków – rola mediów"

◀ Po zakończeniu debaty „Globalne zagrożenia w ocenie ekspertów środowiska uniwersyteckiego" prof. Henryk Skarżyński dołączył do jej uczestników: prof. Piotra Wachowiaka, ks. prof. Stanisława Dziekońskiego, prof. Alojzego Z. Nowaka, prof. Jana Łaszczyka

▲ Studio nagrań podczas debaty poświęconej zdrowiu publicznemu

◄ Prof. Henryk Skarżyński i uczestniczący w debacie nt. zdrowia publicznego: prof. Michał Kleiber, dr Małgorzata Gałązka-Sobotka i dr Beata Małecka-Libera

▼ Od lewej: prof. Ryszard Gellert, prof. Henryk Skarżyński i prof. Leszek Markuszewski

▲ Panel dyskusyjny „Rola pracodawców, mediów i Kościoła w promocji zdrowia Polaków". W studiu: red. Bartosz Kwiatek, online: dr hab. Edyta Sutkowska, prof. Wojciech Szczerba, ks. prof. Jan Klinkowski, Anna Rulkiewicz, prof. Joanna Szczepańska-Gieracha.

◄ Red. Roman Czejarek podczas panelu dyskusyjnego „Rola pracodawców, mediów i Kościoła w promocji zdrowia Polaków"

▼ Wykład dr Elżbiety Włodarczyk „Opieka rehabilitacyjna przed i po wszczepieniu implantów słuchowych"

▲ Panel „Innowacje w medycynie z Godłem „Teraz Polska". W studiu od lewej: dr Jarosław Górski, Paweł Elbanowski, prof. Wojciech Zgliczyński, prof. Piotr Suwalski. Online: prof. Piotr H. Skarżyński i dr inż. Dawid Nidzworski.

▲ Krzysztof Przybył, prezes Fundacji Polskiego Godła Promocyjnego „Teraz Polska"

▶ Wystąpienie Katarzyny Kasicy z fundacji „Akogo?" pt. „Przyszłość medycyny regeneracyjnej dla pacjentów w minimalnym stanie świadomości po ciężkich uszkodzeniach mózgu i przebytej śpiączce"

▲ Wystąpienie prof. Tomasza Wolaka „Badania obrazowe drogi słuchowej w grupach klinicznych" podczas panelu „Neuroobrazowanie w badaniach naukowych z udziałem grup klinicznych"

► Wykład naczelnego lekarza ZUS Piotra Artura Winciunasa – „Absencja chorobowa w latach 2019–2020 oraz działalność ZUS zapobiegająca niezdolności do pracy"

▼ Uczestnicy panelu „Przeszczepianie narządów w Polsce – sukcesy i wyzwania": prof. Roman Danielewicz, dr hab. Jarosław Czerwiński, prof. Magdalena Durlik, prof. Krzysztof Zieniewicz.

▲ Panel dyskusyjny „Szkolenie specjalizacyjne w położnictwie i ginekologii". Od lewej: prof. Mariusz Zimmer, prof. Krzysztof Czajkowski, prof. Przemysław Oszukowski.

◄ Wykład prof. Janusza Heitzmana „Jak COVID-19 wpływa na epidemiologię zaburzeń psychicznych i zmiany w organizacji psychiatrycznej opieki zdrowotnej?"

▼ Dr Tomasz Maciejewski i prof. Piotr Sieroszewski podczas dyskusji na temat potrzeb zmian w kształtowaniu kadr specjalistów w dziedzinie położnictwa i ginekologii

▲ Panel „Telemedycyna – świetne projekty, a jakie efekty". W studiu: płk prof. Paweł Krzesiński, dr hab. Radosław Sierpiński, prof. Przemysław Mitkowski. Online: prof. Katarzyna Kolasa.

◄ Mec. Jan Pachocki, moderator panelu „Telemedycyna – świetne projekty, a jakie efekty"

▼ Prof. Ryszard Piotrowicz (moderator) oraz prof. Piotr H. Skarżyński i gen. dyw. prof. Grzegorz Gielerak, uczestnicy panelu „Telemedycyna – świetne projekty, a jakie efekty"

◀ Panel „Dług zdrowotny - młodszy brat pandemii". W studiu dr Janusz Meder i prof. Leszek Czupryniak, online od lewej: ks. Władysław Duda, prof. Paweł Kowal, mec. Piotr Mierzejewski, prof. Anna Kostera-Pruszczyk, prof. Zbigniew Żuber, prof. Piotr Pruszczyk, prof. Janusz Heitzman, prof. Krzysztof Tomasiewicz.

▼ Wystąpienie dr. Leszka Borkowskiego

▲ Moderatorzy panelu „Dług zdrowotny – młodszy brat pandemii": Anna Jasińska, dr Michał Sutkowski

▶ Wykład mec. Tomasza Młynarskiego „Bezpieczeństwo pacjenta w praktyce działania Rzecznika Praw Pacjenta"

▲ Panel „Naturalne metody wspierania odporności organizmu poprzez żywność i żywienie" moderowany przez prof. Marię H. Borawską z udziałem dr hab. Katarzyny Sochy, prof. Jerzego Bertrandta, prof. Reginy Olędzkiej

▲ Sympozjum satelitarne Narodowego Instytutu Leków „Opieka farmaceutyczna jako integralny element procesu terapeutycznego. Gdzie jesteśmy i dokąd zmierzamy?". W studiu prof. Marcin Czech i dr Piotr Merks, na łączach: Magdalena Kołodziej.

▶ Dr Anna Kowalczuk, dyrektor Narodowego Instytutu Leków

◀ Wykład Doroty Korycińskiej „Rola parasolowej organizacji pacjentów onkologicznych w działaniach na rzecz chorych na raka. Doświadczenie z czasów pandemii COVID-19".

▼ Panel „COVID-19, ale co dalej?" prowadzi Mariola Łodzińska

▲ Panel „COVID-19, ale co dalej?". W studiu: Zofia Małas, Elżbieta Piotrowska-Rutkowska i Maciej Krawczyk, na łączach: dr Paweł Grzesiowski.

◄ Wystąpienie dr Agnieszki Borowiec „Postawy wobec COVID-19 a stosowanie się do zaleceń epidemicznych"

▼ Panel „Zdrowie w stylu życia. Wnioski z badań socjologicznych". Od lewej: dr Krzysztof Puchalski, dr Agnieszka Borowiec, dr Małgorzata Synowiec-Piłat, dr Zofia Słońska.

▲ Dr Magdalena Wieczorkowska podczas wystąpienia „Znaczenie badań socjologicznych w opiece nad pacjentem w wieku podeszłym"

► Wystąpienie lek. Michała Jędrzejka „Znaczenie priorytetu aktywizacji i upodmiotowienia w interwencjach na rzecz zdrowego stylu życia – aspekty etyczne"

▲ Panel ekspercki „Wdrożenie leczenia nieubezpieczonych osadzonych, chorych na HCV" z udziałem Macieja Miłkowskiego, wiceministra zdrowia, oraz Urszuli Jaworskiej, dr Anny Banaszewskiej i prof. Roberta Flisiaka

◄ Prof. Henryk Skarżyński wręcza prof. Robertowi Flisiakowi książkę „Powrót Beethovena" inspirowaną losami pacjentów, którzy odzyskali słuch

▼ Panel ekspercki „Rola pacjenta w badaniu klinicznym". Od prawej: Kalina Gierblińska (moderator), dr Rafał Staszewski, Agnieszka Ryniec.

◄ Dr hab. Piotr Maciejak i prof. Iwona Kurkowska-Jastrzębska podczas panelu „Choroby mózgu – priorytet współczesnej medycyny"

▲ Wystąpienie dr. Marka Balickiego podczas panelu „Aktualne wyzwania zdrowotne w psychiatrii"

► Wykład prof. Moniki Ołdak pt. „Nowoczesna diagnostyka genetyczna niedosłuchów"

▲ Bartłomiej Chmielowiec, rzecznik praw pacjenta, prof. Henryk Skarżyński i Krzysztof Suszek, przewodniczący Rady Fundacji Misja Medyczna, po panelu „Jak naprawić adherence w procesie leczniczym po erze teleporady?".
Na łączach: dr Leszek Borkowski, dr Maria Libura i Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

▲ Rzecznik praw pacjenta Bartłomiej Chmielowiec po zakończeniu panelu „Jak naprawić adherence w procesie leczniczym po erze teleporady?" zwiedza Centrum Zaawansowanych Symulacji Chirurgicznych IFPS. Możliwości doskonalenia otochirurgicznego prezentują prof. Henryk Skarżyński i dr inż. Kamil Pławski.

▲ Panel „Psychiatria dziecięca – stare i nowe problemy" moderowany przez dr hab. Barbarę Remberk. Na łączach: prof. Małgorzata Janas-Kozik, prof. Agnieszka Słopień, i prof. Tomasz Wolańczyk.

▲ Prof. Urszula Fiszer i prof. Tomasz Trojanowski, prowadzący panel „Obecne wyzwania w neurologii i neurochirurgii"

▶ Wystąpienie prof. Anny Członkowskiej na temat osiągnięć w diagnostyce i terapii choroby Wilsona

◄ Sympozjum „70-lecie Instytutu Matki i Dziecka". Od lewej: dr Alicja Karney, dr Tomasz Maciejewski, prof. Anna Fijałkowska.

▲ Wykład prof. Piotra Andziaka pt. „Dostęp naczyniowy do dializ – aktualne problemy i wyzwania na przyszłość"

► Wystąpienie prof. Iwony Grabskiej-Liberek dotyczące terapii komórkowych i genowych w okulistyce

▲ Panel „Zwierzęta w badaniach medycznych i doskonaleniu biegłości zabiegowej". Od lewej: prof. Adam Liebert, prof. Wiesław Tarnowski, prof. Agnieszka Dobrzyń, prof. Stanisław J. Czuczwar, prof. Krzysztof Turlejski oraz moderator prof. Romuald Zabielski.

▲ „Telemedycyna w kardiologii dziecięcej" – panel poprowadzony przez prof. Bożenę Werner i prof. Ryszarda Piotrowicza z udziałem prof. Pawła Krzesińskiego, dr. Radosława Pietrzaka i lek. Tomasza Książczyka

◄ Dr hab. Piotr Hoffman i prof. Grażyna Brzezińska podczas dyskusji w czasie panelu „Dorosły z wadą wrodzoną serca - zagubiony w systemie opieki zdrowotnej"

▲ Panel „Dorosły z wadą wrodzoną serca – zagubiony w systemie opieki zdrowotnej" prowadzony przez prof. Jarosława Kaźmierczaka (zdalnie) i dr Marię Miszczak-Knecht, jednym z uczestników był prof. Andrzej Kansy

▲ Panel „Strategie pomocowe dla osób z niepełnosprawnością słuchową w okresie pandemii COVID-19" moderowany przez prof. Artura Lorensa z udziałem dr Elżbiety Włodarczyk, dr Anity Obryckiej, Eweliny Grabowskiej i dr Małgorzaty Zgody

◄ Prof. Jarosław J. Fedorowski, prowadzący panel „Opieka koordynowana jako ważny element budowy systemu ochrony zdrowia opartego na wartości dla pacjenta"

▼ Panel „Opieka koordynowana jako ważny element budowy systemu ochrony zdrowia opartego na wartości dla pacjenta". W studiu: Joanna Szyman, Anna Warczyńska, Urszula Szybowicz; na łączach: prof. Iga Rudawska i prof. Marcin Czech.

◄ Prof. Henryk Skarżyński i Barbara Misiewicz-Jagielak podczas panelu „W jaki sposób powinny być realizowane duże inwestycje zdrowotne?"

▼ Prowadząca panel red. Karolina Kowalska

▲ Krzysztof Kopeć, uczestnik panelu „W jaki sposób powinny być realizowane duże inwestycje zdrowotne?"

► Wykład dr hab. Barbary Piekarskiej pt. „Zdrowie środowiskowe jako jeden z elementów formułowania polityki zdrowotnej państwa i programów profilaktycznych"

Patronaty honorowe

Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej Tomasz Grodzki

Minister Rodziny i Polityki Społecznej – Patronat honorowy

Minister Edukacji i Nauki

Rzecznik Praw Pacjenta

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

ZUS Zakład Ubezpieczeń Społecznych

PFSz Polska Federacja Szpitali

Patronat

Towarzystwo Kardiologiczne Polskie

TOFAP

Stowarzyszenie Przyjaciół Osób Niesłyszących i Niedosłyszących Człowiek-Człowiekowi

Polskie Towarzystwo Otolaryngologów Chirurgów Głowy i Szyi – ORL

Partner wspierający

ORLEN

Złoty Partner

Advanced Bionics – Powerful connections

Medincus

oticon – life-changing technology

Srebrny Partner

polpharma

Brązowy Partner

GNP Magnusson – Aparatura medyczna

modelowanie słuchu

Patronat medialny

TVP 2

Jedynka – Polskie Radio

Rzeczpospolita

Do Rzeczy

Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia

Gazeta Lekarska

Gazeta Polska codziennie

Gazeta Polska

Świat Seniora

ISB Zdrowie

Med Express

mZ menedżer zdrowia

niezależna.pl

Puls Medycyny

Raport CSR.pl

Republika

Służba Zdrowia

Słyszę

Superbiznes

Świat Lekarza.pl

wyborcza.pl

Patronat regionalny

krp

Organizatorzy

Fundacja Po Pierwsze Zdrowie

Światowe Centrum Słuchu

PAN Komitet Nauk Klinicznych

Rada Główna Instytutów Badawczych

Instytut Narządów Zmysłów

www.kongres-zdrowiepolakow.pl

Zapraszamy na

KONGRES ZDROWIE POLAKÓW 2022

ŚWIATOWE CENTRUM SŁUCHU
INSTYTUTU FIZJOLOGII I PATOLOGII SŁUCHU